

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

SOUFFRANCE ET PLAISIR AU TRAVAIL :
LES DIFFÉRENTS SENS QUE DONNENT
LES TRAVAILLEURS SOCIAUX
DU SOUTIEN À DOMICILE
À L'OPTIMISATION

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
SYLVIE-ANNE RUEL

MARS 2016

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements vont à ma directrice de maîtrise, Mme Lucie Dumais. Grâce à son ouverture, j'ai pu tirer profit de son expertise pour approfondir des sujets qui me passionnent. Nos longues discussions ont affiné mon sens critique tout en bonifiant mon parcours professionnel. Je garde un précieux souvenir des heures passées en sa présence.

Je tiens aussi à remercier généreusement les 12 travailleurs sociaux qui ont accepté de participer à ce projet. Ils occupent une place essentielle dans ce mémoire. Le partage de leurs vécus et de leurs réflexions pose un regard humain sur une réalité complexe.

Un remerciement particulier à l'OTSTCFQ qui a accepté de diffuser ma demande de recrutement de participants ainsi qu'aux nombreuses personnes m'ayant aidé à recruter des participants. Cette contribution a été essentielle à ma démarche.

Un remerciement très sincère à mon amoureux, Martin Ouellet. Par sa présence, son écoute et ses encouragements, il a toujours su me motiver et me soutenir. Son intérêt pour mon sujet de recherche, sa grande disponibilité, sa façon de toujours m'offrir la bonne aide au bon moment et son immense implication font que sans lui, ce projet n'aurait jamais existé. Je suis aussi extrêmement reconnaissante envers son minutieux travail de correction. Ses connaissances linguistiques exceptionnelles et son grand esprit analytique font de lui un correcteur hors pair.

Un dernier remerciement à mon fils Renaud, qui est ma source d'inspiration quotidienne. Que sa curiosité enfantine grandisse pour lui permettre de toujours se rendre au bout de ses questionnements.

NOTE AUX LECTEURS

Ce mémoire a principalement été rédigé avant la réforme du réseau de la santé et des services sociaux de 2015. Cette réforme a notamment restructuré plusieurs organisations du réseau de la santé et des services sociaux en abolissant certaines organisations citées dans ce mémoire comme les centres de santé et de services sociaux et les agences de santé et de services sociaux.

Afin d'assurer une cohérence et une uniformité dans le texte, l'utilisation des noms des organisations abolies a été maintenue tout au long du mémoire. De plus, pour éviter une possible confusion, les nouveaux termes organisationnels de cette réforme n'ont pas été utilisés.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures	VII
Liste des tableaux	VIII
Abréviations, sigles et acronymes	IX
Résumé	X
Introduction	1
Chapitre I	
L'état de la question	4
1.1. Situation sociopolitique et financière actuelle du réseau de la santé et des services sociaux	4
1.2. La restructuration des centres de santé et de services sociaux	6
1.3. Le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS	9
1.3.1. Présentation du Plan stratégique 2010-2015 du MSSS	9
1.3.2. Les enjeux du Plan stratégique	10
1.3.3. La notion de performance	12
1.4. L'optimisation	14
1.4.1. Définitions de l'optimisation	14
1.4.2. L'approche <i>Lean Healthcare Six Sigma</i>	16
1.5. Les orientations ministérielles et les projets d'optimisation appliqués au soutien à domicile : évaluer et améliorer les services	18
1.6. Réactions face à l'implantation des projets d'optimisation dans le soutien à domicile	21
1.7. Le soutien à domicile	24
1.7.1. Description du soutien à domicile	24
1.7.2. Critiques envers le fonctionnement du soutien à domicile	25
1.8. Le travailleur social en soutien à domicile	27
Chapitre II	
Problématique et objectifs de recherche	29
2.1. La problématique	29
2.2. La pertinence de la recherche, les objectifs et la question de recherche	32

Chapitre III	
Le cadre conceptuel	37
3.1. La théorie de la psychodynamique du travail de Dejours	38
3.2. Les dimensions conceptuelles	42
3.2.1. Le cadre organisationnel du SAD	42
3.2.2. L'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux	44
3.2.3. Les ressources mises à la disposition des travailleurs sociaux en CLSC	46
3.3. Le schéma conceptuel	48
Chapitre IV	
Méthodologie	51
4.1. Nature et approche de la recherche	51
4.2. La stratégie méthodologique de la recherche et l'instrument de collecte de données	52
4.3. Échantillon, recrutement, critères d'exclusion et d'inclusion	53
4.4. Considérations éthiques	55
4.5. Choix de l'analyse des données	56
Chapitre V	
Présentation et analyse des résultats	58
Première partie : mise en contexte	58
5.1. Profils des participants	58
5.2. Caractéristique distinctive et termes spécifiques	59
5.3. Rappel des dimensions conceptuelles	61
Deuxième partie : présentation des résultats	61
5.4. Présentation sommaire des positions des participants au sujet de l'optimisation selon la caractéristique distinctive	62
5.4.1. Participants « POUR » l'optimisation	62
5.4.2. Participants « CONTRE » l'optimisation	62
5.4.3. Participants « NUANCÉS » envers l'optimisation	63
5.5. Le cadre organisationnel du SAD : l'optimisation	64
5.6. Le travail et les exigences de l'optimisation	67
5.6.1. Travail prescrit	67
5.6.2. Travail réel	70

5.7	Opinions des travailleurs sociaux envers les supérieurs	77
5.7.1.	La situation des supérieurs	78
5.7.2.	Relations avec les supérieurs	80
5.8.	Souffrance au travail	82
5.8.1.	Souffrance pathogène	82
5.8.2.	Souffrance créatrice	88
5.8.3.	Satisfaction envers l'emploi	91
5.9.	L'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux en CLSC	93
5.9.1.	Autonomie professionnelle	93
5.9.2.	Qualité des interventions	98
5.10.	Les ressources des travailleurs sociaux en SAD	101
5.10.1.	Nature des ressources	102
5.10.2.	Manque de ressources	106
5.10.3.	Solutions	108
Chapitre VI		
	Discussion	115
6.1.	La formation et les compétences des gestionnaires	115
6.2.	Les logiques institutionnelles et professionnelles	120
6.3.	Les pertes et les gains des travailleurs sociaux en lien avec l'optimisation	125
6.3.1.	Les pertes des travailleurs sociaux	125
6.3.2.	Les gains des travailleurs sociaux	128
	Conclusion	131
Annexe A :		
	Grille d'entrevue	137
Appendice A :		
	Références des politiques, lois, commissions et plans cités dans le texte	138
	Bibliographie	140

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1	
Schéma intermédiaire présentant l'état de la question	33
Figure 2.2	
Schéma illustrant la question et les sous-questions de recherche	36
Figure 3.1	
Schéma conceptuel inspiré de la typologie de Dejours	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1	
Les enjeux du Plan stratégique 2010-2015 du MSSS	10
Tableau 1.2	
Dimensions de la performance et définitions des indicateurs de performance selon le modèle de l'OCDE	12
Tableau 1.3	
Le cycle de l'approche <i>Lean</i> et ses cinq étapes	18
Tableau 1.4	
Évaluation des programmes gouvernementaux. Questions posées aux responsables des programmes gouvernementaux	19
Tableau 5.1	
Profil des participants	59
Tableau 5.2	
Années d'implantation de l'optimisation dans les SAD des 12 participants	66
Tableau 6.1	
Les tâches des chefs de l'administration de programmes selon le MSSS	118

ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

- AQESSS : Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
- APTS : Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux
- ASSSM : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- CLSC : Centre local de services communautaires
- CSN : Confédération des syndicats nationaux
- CSSS : Centre de santé et de services sociaux
- ESP : Évaluation et suivi de la performance
- FIQ : Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
- LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux
- MFA : Ministère de la Famille et des Aînés
- MQRP : Médecins québécois pour le régime public
- MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
- OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
- OPTSQ : Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (appellation de l'OTSTCFQ avant 2009)
- OTSTCFQ : Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
- TS : Travailleur social ou travailleurs sociaux
- RLS : Réseaux locaux de services
- RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux
- SAD : Soutien à domicile
- VAD : Visite à domicile

RÉSUMÉ

En 2010, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a ordonné l'implantation progressive d'un projet d'optimisation dans chacun des programmes de soutien à domicile des CLSC. L'optimisation, aussi nommée « approche *Lean* », vise l'augmentation de la performance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par une réorganisation du travail des employés. L'implantation de l'optimisation a provoqué des réactions positives et négatives provenant de divers acteurs. Certains acteurs sont inquiets des répercussions de l'optimisation, inférant que l'optimisation affecte la santé des employés, leur autonomie professionnelle ainsi que la qualité des services offerts à la population. Cette recherche qualitative cible spécifiquement les effets de l'optimisation sur les travailleurs sociaux exerçant en soutien à domicile. Les entretiens de recherche effectués auprès de 12 travailleurs sociaux se positionnant pour, contre et nuancés envers l'optimisation dressent un portrait de la situation : ils font part de leurs perceptions sur le sujet et s'expriment sur les changements que l'optimisation a pu amener dans leurs pratiques professionnelles. L'analyse des entretiens est basée sur la théorie de la psychodynamique du travail de Dejours, adaptée au sujet de la recherche par l'ajout de trois dimensions conceptuelles, soit le cadre organisationnel du soutien à domicile, l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux et les ressources des travailleurs sociaux en soutien à domicile. Cette recherche démontre que l'optimisation a modifié la perception que la majorité des travailleurs sociaux avaient initialement du cadre organisationnel du soutien à domicile. Les résultats de la recherche démontrent aussi que seuls les travailleurs sociaux « pour » l'optimisation ne ressentent pas de répercussions négatives reliées à cette réorganisation du travail. Dans le cadre de cette recherche, tous les travailleurs sociaux « contre » et « nuancés » expriment ressentir de la souffrance au travail depuis l'implantation des mesures d'optimisation. De plus, ils considèrent que l'optimisation entrave leur autonomie professionnelle. Certains de ces participants ont développé diverses stratégies afin de contrer la souffrance ressentie et de recouvrer leur autonomie professionnelle. Tous les participants s'entendent pour dire que la solidarité entre collègues est leur ressource principale pour exercer leur travail de façon satisfaisante. La majorité des travailleurs sociaux soulignent aussi un manque flagrant de ressources dans les programmes de soutien à domicile. En réponse à ce manque de ressources et afin de dénoncer les lacunes provoquées par l'optimisation, de nombreux participants mentionnent l'importance de la revendication, de la mobilisation et du militantisme. Finalement, malgré le fait que l'optimisation provoque des répercussions négatives chez la majorité des travailleurs sociaux, plus de la moitié d'entre eux nomment être relativement satisfaits de leur emploi et de leur pratique professionnelle.

Mots-clés : travail social, soutien à domicile, optimisation, *Lean Healthcare SixSigma*, pratiques professionnelles des travailleurs sociaux, souffrance au travail, plaisir au travail

INTRODUCTION

L'optimisation du soutien à domicile (SAD) provient d'orientations ministérielles visant l'augmentation de la performance du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Ces orientations ministérielles mettent en lien plusieurs éléments : le contexte financier du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la capacité financière du RSSS; le vieillissement de la population et l'augmentation des besoins de la population; la performance du RSSS. Concrètement, le phénomène du vieillissement de la population affecte les dépenses du RSSS puisque qu'il provoque une augmentation de la demande de services dans les SAD. Selon le MSSS, le RSSS peut être en mesure de répondre aux besoins croissants des usagers du SAD tout en respectant les limites des finances publiques s'il cesse d'injecter des montants financiers supplémentaires au SAD et qu'il procède plutôt à une réorganisation du travail. Cette réorganisation, nommée approche *Lean Healthcare Six Sigma*, est davantage connue sous les appellations « *Lean* », « *Méthode Toyota* » ou « *optimisation* ».

Divers groupes d'acteurs valorisent ou dénoncent publiquement l'application du *Lean Healthcare Six Sigma* dans le SAD. Certains se positionnent en faveur de l'optimisation en expliquant que l'approche, adaptée au milieu de la santé, permet d'augmenter la performance du RSSS tout en assurant la qualité des services offerts à la population. Les groupes d'acteurs opposés à l'optimisation appuient plutôt leur argumentaire sur les répercussions négatives des mesures d'optimisation sur les travailleurs du RSSS et sur les usagers. Diamétralement opposées, ces nombreuses réactions proviennent surtout de dirigeants d'organisations et rarement des employés du RSSS ; elles permettent donc difficilement de connaître les positions de ces employés, directement ciblés par cette réorganisation du travail.

En ce sens, il est complexe de comprendre les effets que peut avoir l'optimisation sur les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux. Ce constat, présenté dans ce mémoire comme étant la problématique, a permis de développer la question de recherche : *Quels*

sont les sens que les travailleurs sociaux du soutien à domicile donnent à l'optimisation?

Des sous-questions permettent d'approfondir la question principale en introduisant les notions suivantes à l'analyse : le cadre organisationnel du SAD, l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux et les ressources mises à la disposition des travailleurs sociaux exerçant en SAD. L'analyse de ces résultats est appuyée par la théorie de la psychodynamique du travail de Dejours qui aborde la souffrance au travail et, en contrepartie, le plaisir au travail. Cette théorie propose ainsi une vision principalement axée sur les effets de la souffrance au travail et sur les solutions accessibles aux travailleurs afin d'atténuer cette souffrance. Elle aborde aussi le concept de plaisir au travail.

Ce mémoire est divisé en six chapitres. Le chapitre I présente la situation sociopolitique et financière actuelle du RSSS et permet de faire des liens concrets entre le RSSS, les orientations ministérielles, l'optimisation, le SAD et les travailleurs sociaux exerçant en SAD. Les chapitres II, III et IV précisent sous quel angle cette recherche est orientée afin de répondre à la question de base et aux sous-questions. La problématique, la pertinence ainsi que les questions et les objectifs de recherche sont présentés au chapitre II. Ce chapitre fait notamment le parallèle entre le premier chapitre et les suivants. Le chapitre III, quant à lui, définit le cadre conceptuel, soit la théorie de la psychodynamique du travail de Dejours ainsi que les dimensions conceptuelles sélectionnées pour répondre à la question et aux sous-questions de recherche. Par la suite, le chapitre IV présente la méthodologie utilisée : la nature et l'approche de la recherche, la stratégie méthodologique et l'instrument de collecte de donnée, l'échantillon, les méthodes de recrutement, les critères d'exclusion et d'inclusion, les considérations éthiques et le choix de l'analyse des données.

Finalement, les deux derniers chapitres font mention des résultats de la recherche et de l'analyse des résultats. Découpés en plusieurs catégories et sous-catégories, le chapitre V présente les résultats de la recherche en lien avec les dimensions conceptuelles et la typologie de Dejours. Ces résultats sont issus des entretiens effectués dans le cadre de cette recherche. Finalement, le chapitre VI propose une analyse approfondie de certains éléments pertinents provenant du contenu des entretiens de recherche et soulignés, sans être

nécessairement élaborés, dans le chapitre précédent. Les deux derniers chapitres permettent donc de répondre à la question et aux sous-questions de recherche en proposant différents angles d'analyse.

CHAPITRE I L'ÉTAT DE LA QUESTION

Le RSSS a vécu de nombreuses transformations au cours des dernières décennies. Afin de contextualiser le sujet de la recherche, il s'avère pertinent de présenter certains éléments clés du RSSS. Tout d'abord, un survol de la situation sociopolitique et financière actuelle du RSSS et de la restructuration des centres de santé et de services sociaux (CSSS) permet de mettre en contexte les orientations ministérielles qui concernent l'optimisation. Ces orientations proviennent du Plan stratégique du MSSS 2010-2012. Les descriptions de certains enjeux et de la notion de performance issues du Plan stratégique 2010-2015 du MSSS tracent un lien entre le contexte du RSSS et la nouvelle réorganisation du travail implantée dans les programmes de SAD. Divers aspects de cette réorganisation, nommée « optimisation », ainsi que son application concrète dans les SAD sont ensuite approfondis.

Plusieurs groupes d'influence se sont positionnés publiquement au sujet de l'optimisation. Ces réactions sont présentées afin de dresser un portrait de leurs positions sur le sujet. Finalement, une description du SAD et du rôle du travailleur social exerçant en SAD termine cette section en permettant de cibler directement le programme et les employés visés par l'optimisation.

1.1. Situation sociopolitique et financière actuelle du RSSS

Le discours politique actuel fait régulièrement référence aux problèmes économiques présents dans les divers paliers gouvernementaux (Arweiler et Contandriopoulos, 2007). Compte tenu du vieillissement de la population, un des discours récurrents porte sur l'impact de l'augmentation des besoins des personnes âgées et des dépenses reliées à ce phénomène sur le RSSS. Les auteurs Arweiler et Contandriopoulos (2007) expliquent qu'il est de plus en plus fréquent de remettre en question la capacité du gouvernement provincial à maintenir le système de santé et de services sociaux dans sa forme actuelle. C'est

d'ailleurs une vision partagée par la *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux* (Commission Clair) (2000) et par la première politique sociale sur le vieillissement *Vivre et vieillir ensemble* (MSSS et ministère de la Famille et des Aînés (MFA) (2012). Bernier et Mallon (2009) et Caradec (2009) mentionnent que certains discours font même référence à un risque de crise financière provoquée par la croissance démographique québécoise. Par exemple, la politique *Vivre et vieillir ensemble* (MSSS et MFA, 2012) et le rapport du Comité consultatif sur l'économie et les finances publiques (2010) se positionnent en ce sens. La peur de l'effondrement du système de santé universel est une autre crainte souvent exprimée dans la sphère publique (Bernier et Mallon, 2009; Caradec, 2009; Lafortune, Béland et Bergman, 2008).

Le fonctionnement des programmes de SAD, défini par la politique sociale « *Chez soi : le premier choix* » (MSSS, 2003), est fréquemment critiqué. Certains pointent le financement peu généreux de ces programmes (Arweiler et Contandriopoulos, 2007) et d'autres croient nécessaire de les restructurer pour en assurer un fonctionnement optimal (Boudreault et St-Onge, 2007; Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000; Lafortune, Béland et Bergman, 2008). Pour Busque (2009), l'émergence de problèmes sociaux connexes reliés aux besoins à domicile non comblés doit aussi être considérée comme étant un facteur de l'augmentation des coûts reliés aux services sociaux et de santé.

Pour plusieurs auteurs (Arweiler et Contandriopoulos, 2007; Bourque, 2012a; Bourque, 2012b; Lafortune, Béland et Bergman, 2008), la peur de l'effondrement du système de santé n'est pas fondée puisque l'analyse des coûts du système public est beaucoup plus complexe que celle entendue dans le discours populaire. Certains se positionnent ainsi en considérant les avancées technologiques futures, l'état de santé des personnes vieillissantes, l'efficacité des soins dispensés (Lafortune, Béland et Bergman, 2008) et la participation financière des aînés touchant un fonds de pension et payant des impôts (Arweiler et Contandriopoulos, 2007).

Par ailleurs, l'aspect économique n'est pas le seul élément devant être considéré dans l'évaluation de l'efficacité du système sociosanitaire québécois. Outre le volet financier, la Commission Clair a notamment souligné des problèmes organisationnels, structurels et managériaux affectant le système de santé et de services sociaux. Pour Clair, ces lacunes sont remédiables par l'intégration de mesures stratégiques de performance dans le RSSS (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000).

1.2. La restructuration des centres de santé et de services sociaux

Les réformes institutionnelles favorisant l'implantation de modèles basés sur la performance ont toujours été présentes dans l'évolution des organisations. Les différents modèles se modifient selon les innovations technologiques et les courants du marché (Boyer, 1996). D'ailleurs, Mayer (1994, cité dans Pelchat et Malenfant, 2004) mentionne que le RSSS québécois a vécu, au cours des dernières décennies, un nombre de transformations beaucoup plus important que les autres services publics. Ce phénomène sociopolitique a ainsi grandement réformé le modèle originel du RSSS québécois (Bourque *et al.*, 2011).

Bourque *et al.* (2011) relèvent trois déterminants politiques ayant amené le RSSS vers la situation financière complexe dans laquelle il se retrouve aujourd'hui : les décisions politiques du gouvernement fédéral de 1993 provoquant des coupures dans les transferts aux provinces et limitant les dépenses nationales dans le RSSS; le désir du gouvernement provincial, en 1995, de réorganiser le RSSS sans y investir les montants financiers nécessaires; et la volonté gouvernementale nationale d'atteindre le déficit zéro en coupant dans les finances du réseau public à la fin des années 1990. Pour le collectif d'auteurs, ces nombreux changements ont provoqué des modifications dans le système en valorisant davantage la productivité, créant ainsi de la résistance et des malaises chez les employés du réseau (Bourque *et al.*, 2011).

Diverses publications gouvernementales telles que la *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux* (2000), les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* (MSSS, 2001) et *La vision et les priorités d'action du gouvernement du Québec* (Gouvernement du Québec, 2004) ont reconnu la nécessité de réorganiser le RSSS afin de l'adapter au phénomène du vieillissement de la population et aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Le comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec (Rapport Ménard) (2005) et le groupe de travail sur le financement du système de santé (Rapport Castonguay) (2008) ont ensuite corroboré cette nécessité, en insistant principalement sur le financement du réseau.

La *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux* présidée par Clair (2000) a apporté de nombreux questionnements relatifs à la performance des programmes du RSSS. Selon le rapport, il est possible d'atteindre une performance optimale si certains déterminants sont présents tels que la présence de management dans le réseau, l'intégration d'une culture de l'excellence et l'utilisation rationalisée des ressources.

Suite aux recommandations de la Commission Clair, l'adoption du Projet de Loi 25 en 2003 (Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux) a permis la création des réseaux locaux de services (RLS) en formant 95 Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Le développement des CSSS a été possible grâce à la fusion des CLSC, des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des territoires, d'un centre hospitalier local. Les CSSS sont ainsi devenus responsables d'offrir des services répondant aux réalités de chaque territoire. La mission de ces nouvelles organisations touche à la fois la prévention, la promotion, le traitement, le suivi, la réadaptation, l'adaptation, la réinsertion sociale et les soins en fin de vie (Bourque *et al.*, 2011).

La Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux oriente aussi la nouvelle gouvernance vers l'augmentation de la

performance du réseau. Elle projette l'implantation d'une nouvelle organisation des services visant l'augmentation de l'accessibilité du RSSS ainsi que l'assurance de la qualité et de la continuité des services (Bourque *et al.*, 2011).

En modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), l'adoption en 2004 du projet de Loi 83 délègue aux agences régionales de la santé et des services sociaux les responsabilités de coordination nécessaires pour les ressources financières, humaines et les services spécialisés. Dans cette mesure, il revient aux agences régionales, substituées aux anciennes Régies, de développer les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie via les RLS. Les RLS doivent intégrer et coordonner les ressources provenant des milieux publics, des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et des ressources privées. Le mandat de s'assurer de l'exécution de ces services via les CSSS a aussi été attribué aux agences. Le MSSS, pour sa part, assure la gestion à l'échelle nationale par des actions telles que la planification, le financement, le suivi et l'évaluation des résultats (Bourque *et al.*, 2011; Protecteur du citoyen, 2012).

En somme, le MSSS développe des politiques et des orientations ministérielles selon le contexte sociopolitique du système public en fonction des lois, de la condition économique du RSSS et des divers besoins de la population. Les agences régionales de la santé et des services sociaux ont, quant à elles, la responsabilité de développer et de coordonner les services offerts par les CSSS, tout en respectant les orientations ministérielles. Les agences doivent considérer les aspects politiques, financiers et sociaux dans l'élaboration des services. Finalement, les CSSS ont comme mandat d'offrir ces services directement à la population tout en respectant les spécificités reliées aux populations de chacun des territoires. Ces services peuvent être offerts en CLSC, en CHSLD ou encore en milieu hospitalier.

1.3. Le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS

1.3.1. Présentation du Plan stratégique 2010-2015 du MSSS

Le Plan stratégique (MSSS, 2010) mobilise et responsabilise les 18 agences de la santé et des services sociaux pour mettre en place les actions nécessaires afin de répondre aux orientations ministérielles, notamment celles qui concernent l'optimisation. Le document mentionne entre autres la nécessité de modifier les façons de faire du réseau, dans l'objectif d'améliorer l'offre de service. Le vieillissement de la population augmentant la responsabilité de l'État en ce qui a trait aux services à domicile ainsi que l'écart entre la croissance des revenus publics et celle des dépenses reliées au RSSS créent cette nécessité. Pour y parvenir, le MSSS insiste sur l'importance d'intégrer des nouvelles pratiques et des programmes technologiques tout en assurant la rétention du personnel du réseau.

Qualifiant les ressources actuelles du RSSS de précaires, le MSSS (2010) considère que le contexte rend impératif l'intégration de programmes d'optimisation axés sur la performance et la productivité. Pour y parvenir, le MSSS augmente de 5% le financement public en santé et en services sociaux, tout en débloquant un fonds particulier pour financer parallèlement les initiatives novatrices qui permettront d'atteindre les résultats des orientations du Plan stratégique. Pour rendre ce fonds accessible, le MSSS rend imputable les divers paliers de gestion afin qu'ils atteignent les objectifs visés par le Plan stratégique. Le Plan stratégique du MSSS (2010) vise ainsi l'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise par la mise en place de services accessibles, continus et mieux coordonnés dans le RSSS. Afin de répondre adéquatement aux besoins de la population, le gouvernement sollicite la participation de tous les acteurs du RSSS pour mettre en place des projets d'optimisation des ressources du réseau qui favoriseront l'augmentation de la performance du système sociosanitaire québécois.

1.3.2. Les enjeux du Plan stratégique

Le Plan stratégique vise notamment le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie ou ayant des incapacités. Pour y parvenir, le plan identifie six enjeux présentés dans le tableau 1.1. Chaque enjeu est relié à des orientations précises. Pour chaque orientation, des objectifs, des indicateurs ainsi que des cibles sont présentés. Les orientations découpent chaque enjeu en se basant sur des axes d'intervention spécifiques. Les objectifs précisent les attentes globales du gouvernement par rapport aux changements à apporter dans le RSSS. Les indicateurs, quant à eux, identifient les ressources à développer pour permettre l'atteinte des objectifs et définissent la mesure utilisée pour chaque cible. Finalement, les cibles représentent les mesures qui seront utilisées pour vérifier l'évolution des indicateurs, généralement présentés sous forme de pourcentages et de temps (exemple : 90% d'ici 2015) (MSSS, 2010). Trois de ces enjeux attirent davantage l'attention car ils permettent de faire un lien concret entre l'optimisation et le SAD. Une brève description des enjeux 2, 5 et 6 est donc présentée à la suite du tableau 1.1.

Tableau 1.1 : Les enjeux du Plan stratégique 2010-2015 du MSSS

<p>Enjeu 1 : L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être</p> <p>Enjeu 2 : La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services</p> <p>Enjeu 3 : Un délai raisonnable pour l'accès aux services</p> <p>Enjeu 4 : La qualité des services et l'innovation</p> <p>Enjeu 5 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines</p> <p>Enjeu 6 : Une gestion performante et imputable</p>

Source : *Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la santé et des services sociaux*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 2010, p. 21).

L'enjeu 2 présente des orientations axées sur les services offerts en première ligne comme le maintien à domicile des aînés et des personnes ayant des incapacités. Les objectifs de cet enjeu sont de fournir des services intégrés et adaptés en nombre suffisant pour répondre aux besoins de cette population. Pour atteindre ces objectifs, le MSSS (2010) considère nécessaire de définir l'offre des services à domicile et d'augmenter de 10%, d'ici 2015, le

nombre d'heures de services offert directement à domicile. Cet enjeu répond ainsi aux intentions du MSSS d'augmenter l'offre et l'intensité des services à domicile.

Les enjeux 5 et 6 abordent directement les notions de performance et d'imputabilité. L'enjeu 5 cible tous les acteurs du RSSS, soit les médecins, les ressources humaines et les gestionnaires. Les orientations et les objectifs visent à s'assurer de la disponibilité, de la rétention et de l'utilisation optimale du personnel du réseau. Il est entre autres mentionné que tous les établissements doivent développer des stratégies de réorganisation du travail afin de bénéficier de façon optimale des compétences des employés. Parallèlement, le Plan stratégique encourage aussi l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien des cadres. Les établissements doivent également mettre en place des mesures qui assureront un meilleur climat de travail et une valorisation de la santé et du bien-être de chacun des employés (MSSS, 2010). Les finalités de cet enjeu sont d'assurer la rétention du personnel du réseau et de trouver un équilibre entre la main-d'œuvre disponible et l'offre de service, tout en offrant un environnement de travail valorisant pour les employés.

L'enjeu 6 prévoit deux orientations : l'amélioration de la performance du RSSS via l'optimisation de ses ressources et l'imputabilité des divers paliers impliqués (national, régional et local). Concrètement, en 2015, 75% des établissements du RSSS doivent avoir développé et implanté des projets d'optimisation dans certains services susceptibles de pouvoir augmenter leur performance. Les services ciblés sont les services cliniques, administratifs et auxiliaires ainsi que les services technologiques et informatiques. Pour parvenir à ce résultat, le plan propose un modèle de performance qui permettra de comparer la performance et la productivité des secteurs ciblés avec des indicateurs de performance préétablis. Le suivi et la rétroaction de la performance des établissements du RSSS doivent ensuite être assurés afin d'évaluer l'atteinte des objectifs du Plan stratégique.

1.3.3. La notion de performance

Le *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion* (MSSS, 2012b), publié afin d'atteindre les objectifs d'évaluation de la performance du Plan stratégique, définit huit indicateurs de performance à considérer lors de l'évaluation et de l'appréciation de la performance du RSSS. Ces huit indicateurs de performance sont basés sur le modèle de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et sont présentés dans le tableau 1.2. Dans le cadre de référence du MSSS, la présence de trois dimensions est nécessaire pour qualifier un système de performant : l'accessibilité des services, la qualité des services et l'optimisation des ressources. Ces dimensions, aussi présentées dans le tableau 1.2, permettent de catégoriser les indicateurs de performance du modèle de l'OCDE (MSSS, 2012b).

Tableau 1.2 : Dimensions de la performance et définitions des indicateurs de performance selon le modèle de l'OCDE

<p><u>1^{ère} dimension : Accessibilité des services</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'<i>équité d'accès</i> désigne la capacité de fournir les soins et les services en fonction des besoins et sans égard aux caractéristiques personnelles non reliées aux besoins [...]; - L'<i>accessibilité</i> désigne la capacité de fournir les soins et les services requis, à l'endroit et au moment opportuns;
<p><u>2^{ème} dimension : Qualité des services</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'<i>efficacité</i> désigne la capacité d'améliorer la santé et le bien-être; - La <i>continuité</i> désigne la capacité de fournir les soins et les services requis, de façon intégrée et coordonnée [...]; - La <i>sécurité</i> désigne la capacité de minimiser les risques associés aux interventions et aux milieux de soins et de services eux-mêmes pour les usagers, le personnel et la population; - La <i>réactivité</i> désigne la capacité de s'adapter aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers;
<p><u>3^{ème} dimension : Optimisation des ressources</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'<i>efficacité</i> désigne la capacité d'utiliser les ressources disponibles (humaines, matérielles, financières, technologiques et informationnelles) de façon optimale; - La <i>viabilité</i> désigne la capacité, considérée sous l'angle des ressources humaines, matérielles, financières, technologiques et informationnelles, de répondre aux besoins présents et futurs de la population.
<p>Source : <i>Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion</i> (MSSS, 2012b, p. 5-6).</p>

La notion d'équité présente dans le modèle de l'OCDE permet de faire un lien avec les propos de Mazouz et Tardif (2010). Pour les auteurs, la distinction entre la performance des entreprises privées et celle des organismes publics doit nécessairement passer par l'équité. Ils expliquent que les critères d'évaluation de la performance des programmes publics doivent inclure la notion d'équité puisque les fondations idéologiques, sociopolitiques et juridiques du système public modifient les valeurs et les missions des organisations publiques par rapport aux entreprises de production. Ils considèrent donc que la performance ne doit pas être implantée dans le réseau public de la même façon qu'elle l'est dans les organisations privées.

Le modèle de l'OCDE offre une vision globale de la performance du RSSS car tous les indicateurs de performance sont reliés entre eux; chacun exerce une influence sur les autres.

Le cadre de référence présente un exemple concret afin d'expliquer cette influence :

En effet, des lacunes quant à l'accessibilité, la continuité et la sécurité des services de santé et sociaux ne peuvent que se répercuter négativement sur leur efficacité. De même, des pertes d'efficacité peuvent nuire à la viabilité du système. À l'inverse, un système qui n'est pas viable éprouve vraisemblablement des problèmes d'efficacité (MSSS, 2012b, p. 6).

En somme, les enjeux du Plan stratégique permettent de présenter de quelle façon le MSSS prévoit implanter les projets d'optimisation dans le RSSS afin de rendre ce dernier plus performant. L'objectif principal de cette augmentation de la performance est de permettre aux établissements du RSSS de répondre aux besoins croissants de la population, tout en diminuant au maximum les impacts financiers négatifs liés à l'augmentation des services offerts à la population. La position de Mazouz et Tardif (2010) permet toutefois de nuancer la notion de performance : ils considèrent que pour s'assurer de développer un système public performant, l'État doit trouver un juste équilibre entre l'approche quantitative, fortement utilisée, et l'approche qualitative, trop souvent mise de côté.

1.4. L'optimisation

Le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS souligne à plusieurs reprises les intentions du MSSS d'appliquer des projets d'optimisation dans le RSSS, notamment dans les programmes de SAD (MSSS, 2010). Le rapport annuel de gestion du MSSS de 2010-2011 (MSSS, 2011a) présente clairement la vision du ministère en ce qui a trait à l'optimisation. Il justifie la nécessité de développer ce type de projets par l'augmentation constante des besoins et par la nécessité de contrer la pression que cette situation provoque sur le RSSS. Le rapport précise que l'optimisation « *vise à améliorer l'accès aux services par une utilisation encore plus judicieuse des ressources matérielles, humaines et financières, incluant les immobilisations et les technologies de l'information existantes* (MSSS, 2011a, p. 12) ».

Le rapport mentionne que l'optimisation doit être considérée comme une priorité dans la gestion du RSSS. Par « *l'encadrement, le soutien, l'accompagnement et la reddition de comptes* (MSSS, 2011a, p. 12) » ainsi que par la participation de tous les acteurs du RSSS, particulièrement les intervenants impliqués dans les programmes visés par l'optimisation, le MSSS prévoit la réussite des divers projets d'optimisation (MSSS, 2011a). En ce sens, Mazouz et Tardif (2010) précisent que ce sont les professionnels exerçant directement sur le terrain qui permettent ou empêchent de répondre aux critères de performance exigés par l'État.

1.4.1. Définitions de l'optimisation

Les publications gouvernementales abordant l'optimisation ne définissent pas concrètement son application dans le RSSS. Or, pour mieux comprendre la mise en œuvre de cette approche et d'en saisir la nature, il s'avère pertinent de la définir. Ainsi, cette section présente quatre définitions complémentaires du concept d'optimisation provenant de sources diversifiées. Bien qu'elles présentent l'application de l'optimisation dans les

programmes de soutien à domicile, elles n'abordent pas les résultats de cette application dans les milieux de travail; ce sont plutôt les discours de différents acteurs présentés plus loin qui soulignent cet aspect.

Mougin (2004) présente une vision globale du concept d'optimisation en le référant directement à l'efficience, définie comme étant « *le rapport entre les moyens mis en œuvre, les activités et l'atteinte du résultat recherché* (Mougin, 2004, p. 3) ». En ciblant trois ressources présentes dans une organisation, soit les ressources humaines, matérielles et le travail, il utilise l'approche systémique pour expliquer l'efficience d'un organisme. En effet, pour Mougin, afin d'être efficiente, l'organisation doit être en mesure d'utiliser de façon optimale et conjointe ces trois ressources.

Plus concrètement, le Vérificateur général du Québec mentionne que l'optimisation des services à domicile

[...] vise à augmenter l'efficience, l'efficacité, l'accessibilité, la qualité et la continuité de ces services. De plus, une organisation du travail efficace et des systèmes d'information performants favorisent notamment l'amélioration de la productivité du personnel (2013, p. 140).

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM, 2010) précise ainsi cette définition :

[...] le projet d'optimisation prévoit que la tâche administrative reliée aux services offerts soit diminuée au profit d'un allongement du temps d'intervention auprès de la clientèle. Cette mesure permettra aux intervenants d'améliorer la prestation de services et de mieux répondre aux besoins grandissants [...] en soins à domicile (2010, p. 1).

Finalement, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) (2012) explique que l'objectif principal de l'optimisation du SAD est de diminuer les listes d'attente en augmentant l'intensité et l'accès aux services. Sa définition de l'optimisation rejoint celles nommées précédemment, tout en ajoutant des exemples concrets :

Cette démarche, qui mise non seulement sur l'amélioration de la qualité, mais aussi sur la transformation des façons de faire, s'appuie sur la

participation active des professionnels et s'articule autour de trois axes : identifier les zones de gaspillage et de dédoublements, identifier les activités à valeur ajoutée dans le travail quotidien, c'est-à-dire les activités professionnelles pour lesquelles nos intervenants ont été formés et finalement, diminuer les activités à valeur non ajoutée, comme la saisie de données ou l'envoi de rapports, en les déléguant à du personnel administratif (AQESSS, 2012, p. 1).

En somme, l'optimisation est une réorganisation du travail visant notamment le SAD. Cette réorganisation a comme objectifs d'augmenter la productivité des services offerts et de permettre aux employés du SAD de répondre aux besoins grandissants de la population, sans diminuer la qualité des services.

1.4.2. L'approche *Lean Healthcare Six Sigma*

Pour déployer les projets d'optimisation dans le RSSS, le ministère a sélectionné l'approche *Lean Healthcare Six Sigma* (MSSS, 2012a). Le *Lean Healthcare* est l'application de la méthode *Lean* dans le milieu de la santé et le *Six Sigma* est le standard de qualité le plus reconnu aux États-Unis (Jaccard, 2010).

Pour Jaccard (2010), l'application de la méthode *Lean* dans les entreprises privées est souvent liée à l'augmentation de la qualité des produits fabriqués. Le *Lean* permet aussi d'améliorer le moral et la motivation des employés, de diminuer les dépenses (principalement de temps et d'énergie) et les risques d'accidents. Toutefois, l'auteur affirme que de nombreux dirigeants d'entreprises privées n'implantent pas toujours l'approche *Lean* dans leurs entreprises pour les bonnes raisons puisqu'ils croient à tort qu'elle favorisera une croissance de la productivité chez leurs employés. Jaccard insiste sur le fait que l'utilisation du *Lean* ne doit aucunement être reliée à des objectifs d'augmentation de la productivité.

Pour atteindre des résultats axés sur la qualité et la productivité, une deuxième approche, axée précisément sur la productivité, doit bonifier le *Lean*. À cet égard, Jaccard (2010)

explique que dans les entreprises privées, le *Six Sigma* permet notamment d'augmenter la productivité, de diminuer les coûts de production et de réduire les défauts de production. Il permet aussi de perfectionner les services et les produits offerts par l'entreprise. Le *Six Sigma* est, pour Jaccard (2010), un système de gestion qui assure le succès d'une entreprise privée en se basant sur les besoins des clients, sur l'amélioration des processus de production, sur l'implication des collaborateurs et sur l'utilisation de données probantes.

La définition de Jaccard (2010) de l'approche du *Lean Six Sigma* s'applique à l'entreprise privée et cible principalement la productivité et la qualité. Cette définition concorde avec celle du MSSS, présentée dans le rapport de gestion 2011-2012. Le rapport décrit l'approche *Lean Healthcare Six Sigma* comme misant « sur la révision de tous les processus de travail pour améliorer la qualité et la performance des services offerts (MSSS, 2012a, p. 14) ». Le MSSS, ayant choisi d'appliquer cette approche dans le RSSS, se voit dans l'obligation de l'adapter à la réalité du réseau public, d'où l'ajout du « *healthcare* ». Ainsi, l'application de l'approche *Lean* cible directement les ressources humaines œuvrant dans le RSSS. Un communiqué de presse diffusé par le MSSS en 2011 précise que :

Il ne s'agit donc pas de travailler plus mais plutôt de travailler différemment afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience du travail effectué. Ainsi, la responsabilisation de l'employé, la prise de décision le plus près possible de l'action, le travail en équipe, la résolution immédiate des problèmes et la mesure des actions sont autant de changements mis de l'avant qui seront profitables tant pour le personnel que pour le patient (2011b, p. 1).

Le gouvernement du Québec présente l'approche *Lean* comme étant un cycle composé de cinq étapes précises devant continuellement être répétées afin de rendre le réseau plus performant (Finances Québec, 2010). Les étapes de ce cycle sont présentées dans le tableau 1.3 de la page suivante.

Tableau 1.3 : Le cycle de l'approche *Lean* et ses cinq étapes

- 1- Identifier clairement le produit ou le service demandé par le client en se positionnant de son point de vue;
- 2- Comprendre parfaitement le processus de production pour en éliminer les aspects et les étapes non nécessaires;
- 3- Améliorer la fluidité du rythme de production en s'assurant qu'il demeure orienté vers le client;
- 4- Placer le client au centre du processus plutôt que les producteurs de biens et services;
- 5- Rechercher la perfection par l'amélioration continue des processus.

Source : *Vers un système de santé plus performant et mieux financé*. Budget 2010-2011, Gouvernement du Québec. (Finances Québec (2010), p. 17).

À la fin de chaque cycle, « *les sommes sauvées et le temps épargné sont réinvestis à l'amélioration de la qualité des services* (Finances Québec, 2010, p. 17) », permettant ainsi de rendre le RSSS plus performant.

1.5. Les orientations ministérielles et les projets d'optimisation appliqués au soutien à domicile : évaluer et améliorer les services

Comme mentionné précédemment, le gouvernement du Québec a constaté depuis quelques années la nécessité de moderniser ses ministères et les programmes offerts par ceux-ci. Dans un contexte de vieillissement démographique, cette modernisation vise principalement les programmes de SAD. Concrètement, le gouvernement du Québec considère que l'implantation des *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* (MSSS, 2001) permettra d'adapter les pratiques professionnelles et de gestion à une organisation de services qui répondra davantage aux besoins de la population âgée. Par l'optimisation des ressources humaines et des technologies, le MSSS (2001) conclut que l'application de ces orientations permettra d'offrir des services accessibles et de qualité. Qui plus est, l'intégration de gestionnaires de cas permettra de mettre en place des services continus qui favoriseront la prévention et la promotion de la santé chez les usagers.

La publication « *Briller parmi les meilleurs. La vision et les priorités d'action du gouvernement du Québec* (Gouvernement du Québec, 2004) » soutient ces orientations ministérielles. Afin de rendre le RSSS plus optimal, ce rapport du MSSS propose de réorganiser les services de santé en adoptant le concept de gestion de la performance. La gestion de la performance est basée sur l'évaluation de l'efficacité du réseau et sur la qualité des services publics. Concrètement, les responsables de chaque programme gouvernemental ont dû répondre aux questions présentées dans le tableau 1.4 afin de déterminer l'efficacité de ces programmes et les changements à apporter. Par exemple, pour le gouvernement du Québec (2004), les délais d'attente de plus en plus élevés pour accéder aux services offerts pour les personnes âgées témoignent du manque d'efficacité des programmes de SAD.

Tableau 1.4 : Évaluation des programmes gouvernementaux; questions posées aux responsables des programmes gouvernementaux

- 1- Le rôle de l'État : ce programme répond-t-il toujours à une mission de l'État?
- 2- L'efficacité : ce programme atteint-il ses objectifs?
- 3- L'efficacité : pourrait-on offrir ce programme autrement à moindre coût, tout en préservant la qualité du service aux citoyens?
- 4- La subsidiarité : quelle est la meilleure instance pour assumer la gestion du programme?
- 5- La capacité financière : a-t-on les moyens d'assumer les coûts de ce programme ou faut-il en revoir la portée?

Source : *Briller parmi les meilleurs. La vision et les priorités d'action du gouvernement du Québec*. (Gouvernement du Québec, 2004, p. 203).

Afin d'optimiser la performance du RSSS, le MSSS a pris l'initiative, en 2009, d'implanter l'approche *Lean Healthcare* dans le réseau public (Le Beau, Lessard et Chevrier, 2011). Dans cette optique, le rôle du MSSS sera d'accompagner, d'analyser, de planifier et d'assurer la mise en œuvre et l'évaluation des diverses implantations de l'approche *Lean Healthcare* dans le réseau. En 2011, le MSSS a d'ailleurs publié un document précisant que le ministre, en soulignant l'importance de la réorganisation du travail dans le RSSS,

invitait les divers établissements dispensateurs de services et de soins à s'inspirer de la méthode Toyota¹ afin d'améliorer leurs pratiques (Le Beau, Lessard et Chevrier, 2011).

Le premier budget national ayant abordé le concept d'optimisation est celui des années 2010-2011 (Finances Québec, 2010). En effet, ce budget consacre de nombreuses pages à la description du projet d'optimisation. Ce plan budgétaire utilise explicitement les termes « *optimisation* », « *approche Lean* » et « *approche Lean Healthcare* » en les présentant comme la solution aux problèmes de performance et de productivité du système de santé et de services sociaux québécois. Pour parvenir à améliorer la situation du RSSS, le gouvernement prévoit l'implantation des projets d'optimisation issus de l'approche *Lean* dans tous ses établissements. Ainsi, « *l'accent sera donc mis sur la révision des processus de travail clés des établissements et l'identification des processus potentiellement générateurs de gains de performance* (Finances Québec, 2010, p. 17) ».

Parallèlement, le MSSS (2010) a présenté son *Plan stratégique 2010-2015* qui présente des moyens d'optimisation visant l'utilisation et la gestion des ressources du SAD. Ce plan a comme objectif global d'augmenter l'efficacité du réseau et l'accès aux services sans allouer de budget supplémentaire. L'optimisation débute par le renforcement de la première ligne et propose d'utiliser de façon maximale les ressources déjà présentes dans le SAD afin d'augmenter les services à la population, principalement la plus vulnérable. Le rapport propose des pistes de réflexion afin d'atteindre ces objectifs : économies d'échelle, amélioration de l'organisation du travail, coordination des soins, etc.

¹ Bernier (2004) propose une définition de la méthode Toyota. Ce métasystème, créé par le fabricant de voitures « Toyota », a comme objectif principal de maximiser la productivité des machines et des travailleurs des chaînes de montages de ses usines. L'atteinte de cet objectif est possible en modifiant la chaîne de montage afin de « (...) transférer l'intelligence humaine aux machines et faire en sorte que le travailleur adapte ses mouvements à leur fonctionnement (Bernier, 2004 :2) ». La motivation et la productivité des travailleurs sont assurées par la méthode *Kaisen*, qui consiste à recevoir des suggestions des travailleurs pour augmenter la productivité de la chaîne de montage. Si la suggestion d'un travailleur est retenue, ce dernier se verra offrir une prime financière. Pour Bernier, malgré cette implication des travailleurs, la méthode Toyota est principalement axée sur la productivité de la chaîne de montage et le caractère humain s'en voit grandement limité.

Le rapport annuel de gestion du MSSS pour les années 2010 et 2011 démontre que les projets d'optimisation sont de plus en plus concrets dans le RSSS puisque la publication cible les 18 autorités régionales du RSSS afin d'implanter des projets d'optimisation dans leurs organisations respectives. Ces projets visent les « *technologies de l'information, [les] services de santé [...], l'efficacité énergétique, les approvisionnements en commun, le soutien à domicile ainsi que les ressources humaines du réseau* » (MSSS, 2011a, p. 12). Le rapport annuel de gestion 2011 et 2012 (MSSS, 2012a) mentionne qu'au moment de sa rédaction, 81,7% des établissements du RSSS avaient déjà débuté l'implantation de projets d'optimisation en collaboration avec les gestionnaires, les professionnels et les instances syndicales. De plus, dans le document du MSSS « *Comptes de la santé* » (2013), il est mentionné que chacun des budgets des années 2011-2012 et 2012-2013 ont bénéficié d'une enveloppe de 5 millions de dollars pour le soutien aux projets d'optimisation.

1.6. Réactions face à l'implantation des projets d'optimisation dans le soutien à domicile

Depuis l'implantation de l'optimisation dans le SAD, différents acteurs se prononcent publiquement sur le sujet, que ce soit pour le dénoncer, le questionner ou le justifier. Plusieurs points de vue sont ici présentés afin d'identifier les positions de certains de ces groupes d'acteurs.

Le parti politique Québec Solidaire ainsi que des regroupements syndicaux de professionnels de la santé et des services sociaux dénoncent vivement ces projets d'optimisation via des communiqués de presse (APTS, 2012; CSN, 2013; FIQ, 2013²). De façon générale, ces dénonciations portent sur les effets négatifs de ces projets sur le travail et la santé des professionnels, sur la qualité des soins à domicile et sur le minutage des actes professionnels. Les critiques questionnent également les choix financiers du MSSS. En juin 2013, Québec Solidaire déposait une pétition à l'Assemblée nationale, demandant

² Les regroupements syndicaux ayant diffusé des communiqués de presse sont les suivants : l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS), la Confédération des syndicats nationaux (CSN) et la Fédération interprofessionnelle de la santé au Québec (FIQ).

un moratoire sur les projets d'optimisation mis en place dans le RSSS. La pétition dénonçait entre autres la compromission de la qualité des services et des pratiques professionnelles (Assemblée nationale, 2013). Depuis le dépôt de cette pétition, aucune information n'a été rendue publique quant à la réaction du MSSS à ce sujet.

Le regroupement Médecins québécois pour le régime public (MQRP) a également exprimé publiquement ses inquiétudes face à la philosophie de gestion prônée par l'optimisation. Le regroupement demande entre autres un moratoire sur le projet, qualifiant de discutables les répercussions de l'optimisation sur les professionnels et les usagers du SAD. Le MQRP se questionne notamment sur le principe de minutage des services offerts à la population (MQRP, 2013). Les médecins des programmes de SAD d'Ahuntsic-Montréal-Nord ont aussi choisi de dénoncer publiquement le minutage des actes professionnels, constatant qu'il affecte grandement l'autonomie professionnelle des employés du SAD et la qualité des services offerts aux usagers (Champagne, 2013).

Trois ordres professionnels se sont également positionnés conjointement sur ces projets : l'Ordre des ergothérapeutes du Québec; l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ); et l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (2012). Ils affirment être en faveur de l'optimisation car elle permet d'augmenter les services à la population mais appuient le projet uniquement dans la mesure où l'initiative respecte la déontologie de chacune des professions. Le communiqué n'explique pas en quoi des actes professionnels pourraient enfreindre les codes de déontologie de ces ordres.

L'AQESSS et la firme de consultation privée Proaction ont, quant à elles, diffusé des communiqués de presse où elles se positionnent en faveur de l'optimisation. L'AQESSS (2012) a d'ailleurs qualifié les résultats obtenus comme étant « *remarquables* ». L'Association et la firme privée soutiennent, sans toutefois présenter de statistiques ou de rapports, que ces projets sont efficaces et qu'ils permettent de satisfaire les exigences ministérielles (AQESSS, 2012; Proaction, 2013). L'AQESSS considère qu'avec un temps

de travail équivalent à celui précédent l'implantation de l'optimisation, lorsqu'un CSSS adopte l'optimisation au SAD, on observe une :

- Augmentation significative du nombre d'heures de services rendus directement à domicile en présence de l'utilisateur;
- Augmentation du nombre d'utilisateurs différents desservis;
- Augmentation importante du nombre d'utilisateurs différents vus avec le même nombre d'heures travaillées;
- Augmentation du nombre de visites par jour pour l'ensemble des professionnels;
- Nette diminution du nombre de personnes sur les listes d'attente (AQESSS, 2012, p. 1).

L'AQESSS (2012) mentionne que ces données proviennent de CSSS utilisant l'optimisation. Proaction (2013) corrobore d'ailleurs ces observations et ajoute qu'en période de changement de pratiques, il est tout à fait possible de voir des résistances de la part des employés. Toutefois, aucune donnée corroborant ces résultats n'a été présentée publiquement par l'AQESSS ou par Proaction.

Bien que ces nombreuses réactions divisent les divers groupes d'acteurs en étant « pour » ou « contre » l'optimisation, elles permettent tout de même d'établir un constat : chaque groupe d'acteurs semble faire fi des arguments apportés par l'autre groupe. Ainsi, il semble que les acteurs s'opposant à la démarche d'optimisation utilisent des exemples davantage de nature qualitative pour défendre leur opinion. Par exemple, les critiques font un lien entre l'optimisation et la diminution des conditions de travail et de la qualité des services offerts à la population. Ces critiques dénoncent aussi le fait que l'optimisation atteint directement l'autonomie professionnelle des professionnels du réseau. Les acteurs favorables à l'optimisation, de leur côté, appuient principalement leur opinion sur des aspects quantitatifs. Ils soulignent la réussite des projets d'optimisation par des exemples concrets, axés sur l'augmentation de la performance du RSSS. Toutefois, d'un côté comme de l'autre, aucune donnée rigoureuse ne permet d'établir l'effet de l'optimisation sur les plans qualitatifs et quantitatifs, tant sur les professionnels que sur la qualité et la quantité des services offerts.

1.7. Le soutien à domicile

1.7.1. Description du soutien à domicile

Les personnes âgées sont les principales utilisatrices des services de SAD (Bourque *et al.*, 2011). Ce programme a pour mission d'assurer leur maintien à domicile aussi longtemps que possible (Vérificateur général, 2013). Le SAD peut aussi offrir des services à d'autres groupes ayant des incapacités si ces dernières sont reliées à une déficience physique ou intellectuelle, à une maladie chronique, à des troubles mentaux ou encore à des soins palliatifs (MSSS, 2003; Vérificateur général, 2013). Selon les données tirées du Plan stratégique du MSSS (2010), au moment de la publication de ce document, le nombre d'utilisateurs des services à domicile atteint les 500 000 personnes.

Bien que ce soit les proches aidants qui assurent la majorité de l'aide offerte à domicile, soit entre 70 et 85 % de tous les soins (MFA, 2008), le SAD offre une pluralité de services à domicile gratuits tels que : des soins médicaux et infirmiers; des services psychosociaux, de nutrition, de réadaptation; des services d'aide à domicile comme l'aide à l'hygiène et à l'alimentation. Parallèlement, les services d'aide domestique comme l'entretien ménager et la lessive sont surtout offerts par des entreprises d'économie sociale. L'offre de service varie selon les spécificités de chaque territoire desservi (MSSS et MFA, 2012; Vérificateur général, 2013).

La politique du SAD (MSSS, 2003) précise que le SAD ne doit pas être perçu comme une alternative à l'institutionnalisation ou à l'hospitalisation mais plutôt comme une mesure devant être utilisée de façon prioritaire. Cela respecte ainsi la volonté des gens désirant demeurer à domicile le plus longtemps possible (MSSS, 2003; MSSS et MFA, 2012). Elle répond aussi à la politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992) qui fait la promotion du milieu de vie comme lieu d'intervention (MSSS, 2003). Lafortune, Béland et Bergman (2008) expliquent que les services à domicile à long terme sont désormais reconnus comme étant moins coûteux et plus avantageux pour l'État que l'hébergement institutionnel.

D'ailleurs, en 2011 et 2012, le gouvernement a octroyé 2,3 milliards de dollars afin de répondre à la demande en hébergement public et 599 millions de dollars pour le SAD (Vérificateur général, 2013).

1.7.2. Critiques envers le fonctionnement du soutien à domicile

Le rapport public du Protecteur du citoyen (2012) portant sur l'évaluation des services offerts par le SAD et celui du Vérificateur général (2013) sur l'évaluation de l'optimisation du SAD corroborent les critiques présentées précédemment sur l'état actuel des programmes de SAD.

Le rapport du Protecteur du citoyen (2012) fait état d'une augmentation des plaintes de la population envers le SAD. Les conclusions du rapport mentionnent que le principal problème se trouve dans les compressions budgétaires imposées aux CSSS. L'émergence de problèmes organisationnels provenant de ces compressions provoque un impact négatif sur l'allocation des services à la population. Les auteurs du rapport constatent que le SAD se voit obligé de transformer ses pratiques de gestion et de coordination des services afin de se conformer aux budgets octroyés par les agences. Or, ces nouvelles pratiques ont des effets négatifs directs sur la population.

Le rapport du Protecteur du citoyen (2012) critique aussi l'organisation du SAD en spécifiant que l'élément problématique principal est la lourdeur des listes d'attente qui limite l'accès aux services. Il aborde les problèmes liés à la diminution ou à l'insuffisance des heures de services allouées ainsi qu'à l'orientation injustifiée d'utilisateurs du RSSS vers l'hébergement public ou vers le milieu hospitalier. Selon le rapport du Protecteur du citoyen, plusieurs situations complexes démontrent que les services de SAD offerts à la population ne sont pas optimaux : barrières entre les établissements et les professionnels; démarches trop complexes pour l'obtention de services; complémentarité et continuité des services mal assurées; attentes prolongées; services à domicile coupés sans considération

envers les conséquences potentiellement engendrées sur la santé et le bien-être de l'utilisateur; etc.

Pour sa part, le rapport du Vérificateur général sur l'optimisation du SAD (2013) relève des lacunes dans la gestion et dans les suivis professionnels. Du côté de la gestion, il constate notamment un manque de régularité entre les CSSS quant à la distribution des services, l'absence de standardisation de la gestion des listes d'attente et le manque de contrôle pour la qualité des services. Du côté professionnel, il souligne le manque de rigueur des plans d'intervention et des évaluations faites par les professionnels, l'absence d'application de mesures de performance dans les interventions et les suivis ainsi que le peu d'interventions professionnelles réalisées à domicile. Les statistiques du rapport démontrent d'ailleurs que de toutes les interventions réalisées par les travailleurs sociaux, seulement 28% d'entre elles ont été faites directement auprès des usagers.

Les deux rapports relèvent des contradictions entre la politique de SAD et ses applications concrètes dans la communauté. Pour le Protecteur du citoyen (2012), ces lacunes compromettent le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Les auteurs vont même jusqu'à questionner l'utilisation des ajouts budgétaires faits dans les CSSS par le gouvernement dans les dernières années, considérant que le Québec se situe parmi les provinces canadiennes qui dépensent le moins dans l'octroi de services à domicile auprès de sa population.

Les rapports du Vérificateur général et du Protecteur du citoyen font donc mention du manque de performance du SAD et du fait que la population est directement touchée par cette situation. En effet, ce manque de performance permet difficilement de concrétiser la volonté du gouvernement de permettre à la population de demeurer à domicile le plus longtemps possible. La situation financière complexe et contraignante ne permet pas le développement de services à domicile de qualité en nombre suffisant, ce qui alourdit grandement les listes d'attente et affecte l'accès aux services.

En somme, les pratiques de gestion se conformant aux exigences ministérielles de performance ne collent pas à la réalité vécue sur « le terrain ». Ces pratiques affectent le travail des professionnels, qui doivent trouver un équilibre entre les services offerts directement à domicile et les exigences administratives. Ces choix de gestion affectent les usagers qui risquent de ne pas recevoir des services de qualité en nombre suffisant.

1.8. Le travailleur social en soutien à domicile

La pratique du travail social est largement influencée par un système de valeurs fondamentales. Ces valeurs, basées sur

le respect des personnes, de leur autonomie, de leur dignité et de leurs droits ainsi que la promotion de l'équité et de la justice sociale, [permettent au travailleur social de favoriser] la recherche d'un équilibre entre les besoins d'une personne ou d'une collectivité et la capacité de l'environnement à répondre à ces besoins (Perrin Déodat *et al.*, 2006, p. 9).

En principe, le travailleur social qui exerce dans le RSSS est décrit comme étant un agent de changement. Il est donc en mesure, par ses interventions, de favoriser l'adaptation aux changements vécus par les personnes à qui il offre des services psychosociaux. Valorisant la réinsertion sociale, le travailleur social est aussi habileté à maintenir l'équilibre social et psychologique de la personne aidée et celui de ses proches. Il est en mesure de dépister, de prévenir ou d'intervenir lors de situations de crise, d'abus ou encore de négligence (Comité d'experts, 2005; MSSS, 2001). Le Comité d'experts (2005) considère que la pratique du travail social est ainsi définie qu'elle permet à la profession d'évoluer en fonction des nombreuses transformations sociales présentes au Québec.

Le travailleur social évalue le fonctionnement social de la personne aidée. Cette tâche consiste à identifier et évaluer les problèmes sociaux et les divers systèmes gravitant autour de la personne aidée ainsi que leurs impacts biopsychosociaux sur la personne et sur son environnement (Boulanger et Houle, 1997; Comité d'experts, 2005; Perrin Déodat *et al.*, 2006). L'élaboration d'un plan d'intervention favorise par ailleurs l'application de moyens

concrets pour permettre une réelle prise en charge de la situation (Boulangier et Houle, 1997; Comité d'experts, 2005) afin d'atteindre un fonctionnement social optimal (Comité d'experts, 2005; Perrin Déodat *et al.*, 2006).

Dans les programmes de SAD, le travailleur social se voit fréquemment attribuer un rôle supplémentaire d'intervenant pivot (ou gestionnaire de cas). Ce rôle consiste à mettre en place et coordonner les services offerts tout en assurant la continuité de ces services dans le réseau. L'intervenant pivot a aussi la responsabilité d'élaborer le plan d'intervention et d'en assurer l'application. Pour y parvenir, il doit avoir une pratique axée sur la concertation auprès de tous les acteurs du réseau (MSSS, 2001; Perrin Déodat *et al.*, 2006).

En réalité, Couturier (2005) décrit le travailleur social en SAD comme étant un expert des processus organisationnels. Le travailleur social se positionne ouvertement sur l'accessibilité et la nature des ressources mises à la disposition du SAD ainsi que sur les politiques et règlements produits par l'établissement public où il travaille. En plus de cette expertise, le travailleur social exerce aussi sa profession en offrant des services psychothérapeutiques à la population. Il intervient selon ses connaissances légales et paramédicales et les inclut dans ses évaluations. Cette façon de faire assure que le travailleur social en SAD met en place un suivi et des ressources en fonction de l'état global de la personne recevant des services. La pratique du travail social en SAD reconnaît l'importance de développer la capacité de mobilisation institutionnelle afin d'assurer les meilleurs services à la population.

Le travailleur social a aussi un rôle important à jouer dans son équipe de travail. Toujours selon Couturier (2005), il coordonne les équipes multidisciplinaires et fait souvent office de médiateur interprofessionnel lorsque cela favorise l'intérêt de l'utilisateur. Pour l'auteur, les piliers des programmes de SAD sont définitivement les infirmières et les travailleurs sociaux, malgré les nombreuses différences entre les professions.

CHAPITRE II PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

Ce chapitre présente la recherche en abordant ces thèmes : la problématique, la pertinence de la recherche, les objectifs ainsi que la question et les sous-questions de recherche.

2.1. La problématique

L'état de la question contextualise la situation actuelle du RSSS et définit l'optimisation et ses orientations. Le premier chapitre insiste sur le fait que de nombreuses publications gouvernementales soulignent l'importance de réorganiser notamment les programmes de SAD afin d'augmenter leur performance et ainsi, rendre le RSSS plus optimal. Cette optimisation passe principalement par la réorganisation du travail des professionnels du SAD : elle vise à augmenter la productivité des employés en diminuant les tâches administratives et en augmentant le temps passé directement auprès des usagers. Pour le MSSS, l'objectif de cette réorganisation est de limiter la croissance des coûts associée à l'augmentation des besoins des personnes âgées dans un contexte de vieillissement de la population.

Le chapitre I présente aussi les perceptions de plusieurs acteurs au sujet de l'optimisation du SAD. Certains acteurs sont inquiets des effets possibles de l'implantation des mesures d'optimisation : ces acteurs affirment que l'optimisation nuit à la qualité des services offerts à la population et affecte la santé des professionnels. Elle limiterait aussi ces derniers dans leur autonomie professionnelle puisque les actes qu'ils posent doivent désormais être minutés. Ces réactions ne distinguent pas les effets que peut avoir l'optimisation sur chacune des professions des employés du SAD. Ainsi, aucune de ces critiques ne permet de connaître les effets de l'optimisation sur les travailleurs sociaux du SAD et la position de ces professionnels sur le sujet. Cela peut s'expliquer par le fait que

ces réactions visent principalement à dénoncer globalement la situation et non pas à en faire une analyse approfondie.

Il est aussi pertinent de souligner l'existence de nombreux documents ciblant les impacts de l'optimisation sur le système de santé. Toutefois, cette documentation sur l'approche *Lean* vise surtout son implantation dans les centres hospitaliers en abordant principalement la gestion des soins, des délais d'attente ou encore l'organisation de l'espace. Par exemple, en 2010, le MSSS cite le système de santé national britannique qui a utilisé l'approche *Lean* au *Bolton Hospital NHS Trust* (Finances Québec, 2010). Le rapport annuel 2009-2010 du *Bolton Hospital* affirme que l'approche *Lean*, implantée depuis quatre ans, a apporté des améliorations sur le plan clinique, sur l'efficacité des services et auprès des ressources humaines; les employés ressentent un sentiment d'appartenance envers l'institution tout en étant plus performants et motivés (Royal Bolton Hospital, 2010). Parallèlement, au Canada, l'implantation de l'approche *Lean* dans certains hôpitaux de la Colombie-Britannique (Ministry of Health of British Columbia, 2011), de la Saskatchewan (Health Reform Observer, 2013) et de l'Ontario (Ministry of Health and Long-term Care of Ontario, 2013) démontre des résultats similaires à ceux du *Bolton Hospital*. La documentation disponible présente donc un constat positif de l'optimisation dans les milieux hospitaliers canadiens.

Les discours de certains acteurs présentés au chapitre I dressent toutefois un portrait plus négatif de l'optimisation des programmes de SAD du RSSS, suggérant une réalité québécoise différente de celle observée dans les milieux hospitaliers du reste du Canada. Ces données, provenant d'autres provinces canadiennes, ciblent des milieux hospitaliers et les effets de l'approche *Lean* sur la performance, l'efficacité et les finances des établissements. Elles n'abordent donc pas l'optimisation des programmes de SAD en CLSC. Bien qu'il soit possible que certains éléments puissent être comparés entre les services de première et de deuxième ligne, le SAD présente toutefois une spécificité : ce sont les employés qui se déplacent à domicile pour offrir des services. Cette différence

touche notamment l'accessibilité des ressources ainsi que la gestion des horaires et le temps d'intervention.

En ce qui a trait à l'accessibilité des ressources, la pratique en milieu hospitalier peut permettre aux employés d'avoir accès à davantage de ressources puisque la plupart d'entre elles se trouvent directement dans leur milieu de travail. Quant aux employés du SAD, ils sont seuls lorsqu'ils interviennent auprès des usagers. Les ressources qu'ils doivent mobiliser sont donc plus difficilement accessibles. Du côté de l'autonomie professionnelle, il est cohérent qu'elle se développe différemment selon le milieu de travail des employés. Il est mentionné précédemment qu'au SAD, les interventions doivent maintenant être augmentées et minutées, ce qui fait en sorte que la gestion des horaires et le temps d'intervention sont deux éléments touchés par l'optimisation. Dans ce contexte et en considérant qu'au SAD, les employés peuvent avoir une certaine latitude quant à la planification de leur horaire et des interventions à prévoir, la perception que l'autonomie professionnelle des employés du SAD puisse être limitée par l'optimisation peut devenir un obstacle à l'exécution des tâches professionnelles. De plus, l'impression que l'optimisation altère l'autonomie professionnelle des employés peut les amener à croire que leurs interventions sont de moins bonne qualité. Les comparaisons entre le milieu hospitalier et celui du SAD au sujet de l'approche *Lean* sont certes possibles mais pour être justes, elles doivent comparer des pratiques, des ressources et des actes professionnels similaires et présents dans les deux milieux.

Les critiques de certains acteurs soulignent aussi que la santé des employés du SAD peut être affectée par les mesures d'optimisation. Ces inquiétudes peuvent être reliées à la situation du RSSS présentée au chapitre I. En effet, le RSSS a connu de nombreuses transformations dans les dernières décennies et à ce sujet, Bourque *et al.* (2011) mentionnent que ces réformes ont provoqué des malaises et de la résistance chez des employés du réseau. Qui plus est, bien qu'elles n'abordent pas explicitement le concept de souffrance au travail, ces appréhensions rappellent les propos de Brosseau *et al.*, (2012)

qui nomment les réformes organisationnelles comme une cause de l'augmentation des risques d'épuisement professionnel des travailleurs sociaux.

En somme, l'état de la question présentée au chapitre I contextualise l'implantation de l'optimisation dans le SAD et les inquiétudes qu'elle crée chez de nombreux acteurs. Ces derniers dénoncent principalement les répercussions de l'optimisation sur la santé des travailleurs, la qualité des services offerts et l'autonomie professionnelle des employés. Toutefois, les informations disponibles n'abordent pas spécifiquement la réalité des travailleurs sociaux quant à leurs opinions sur le sujet et sur les effets des mesures d'optimisation sur leur santé, leur autonomie professionnelle et leur travail en général. Ainsi, cette recherche tente de définir quels sens donnent les travailleurs sociaux du SAD à l'optimisation et comment ce projet influence leurs pratiques professionnelles.

2.2. La pertinence de la recherche, les objectifs et la question de recherche

Il est mentionné au chapitre I que plusieurs sorties publiques dénoncent les décisions gouvernementales liées à l'optimisation. Certaines de ces critiques visent directement les effets de l'optimisation du SAD sur les pratiques professionnelles des employés.

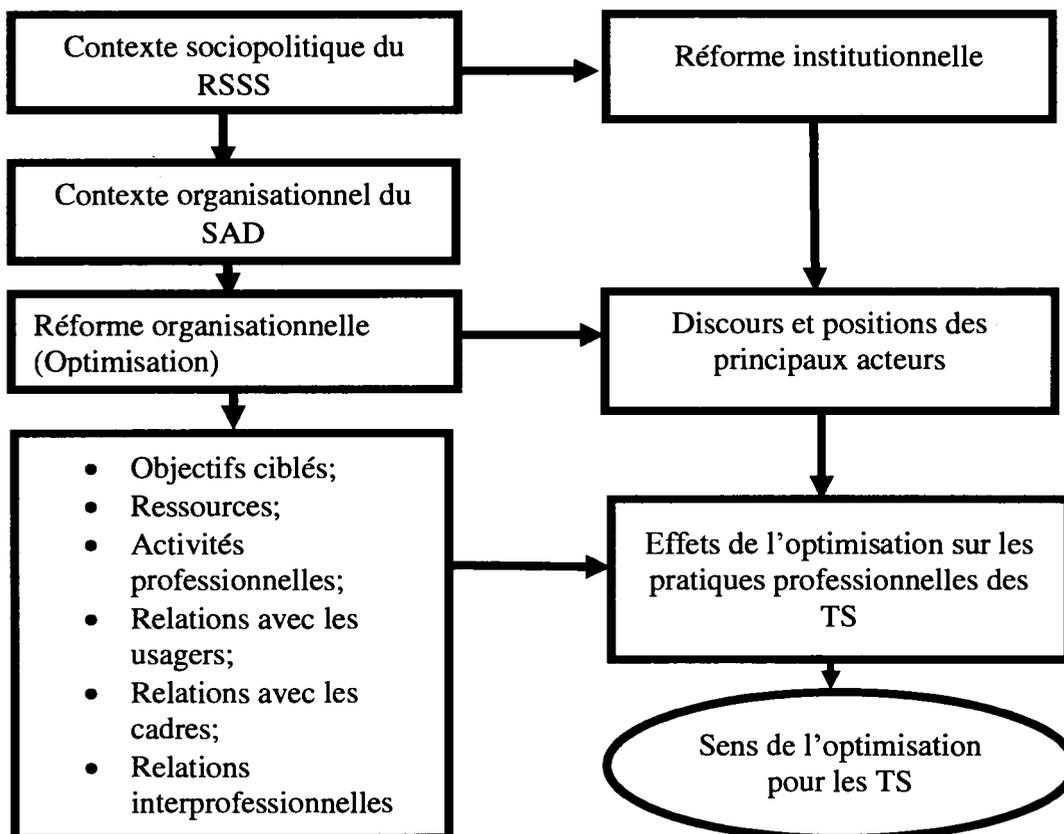
La pertinence de la recherche

Cette recherche trouve sa pertinence dans le constat suivant : il est légitime de considérer que ces critiques ne sont pas nécessairement aussi consensuelles que pourraient l'évoquer le discours des divers groupes d'acteurs représentant les professionnels du RSSS. En effet, le chapitre I souligne que les orientations ministérielles du moment s'appuient principalement sur des motifs économiques, sur le phénomène du vieillissement de la population et sur l'augmentation des besoins des personnes âgées pour justifier la mise en place de mesures permettant d'optimiser le RSSS. Or, les dénonciations publiques reliées à l'optimisation sont souvent généralisées et initiées par des porte-paroles du RSSS qui se

basent sur des idéologies qui leur sont propres tout en les associant aux contextes socioéconomique et politique ambiants afin de représenter des groupes d'employés tels que les travailleurs sociaux, les infirmières, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes. Dans ce contexte de solidarité interprofessionnelle, il devient difficile de distinguer les opinions des groupes d'acteurs de celles des divers regroupements de professionnels quant au sens que chacun accorde à l'optimisation et à ses effets sur les pratiques professionnelles. Qui plus est, les particularités des opinions de chacune de ces professions sont complexes à discerner lorsque le discours présente une vision globale de la situation. Dans cette mesure, il est probable que les opinions au sujet de l'optimisation soient différentes d'une profession à l'autre, voire d'un professionnel à l'autre.

Cette recherche visant spécifiquement les travailleurs sociaux qui exercent en SAD, la figure 2.1 présente un schéma intermédiaire illustrant les principaux éléments de l'état de la question, tels que présentés précédemment. Ces éléments sont mis en lien avec le concept des « sens que donnent les travailleurs sociaux à l'optimisation ».

Figure 2.1 : Schéma intermédiaire présentant l'état de la question



Ce schéma illustre notamment que cette recherche tient compte des discours des principaux acteurs au sujet des réformes institutionnelle et organisationnelle du RSSS puisque ces diverses positions ont permis de formuler la problématique. Bien que seules les opinions individuelles des travailleurs sociaux rencontrés soient retenues dans la démarche d'analyse, cette dernière permettra de comparer les dénonciations de ces acteurs avec les positions des travailleurs sociaux quant aux effets de l'optimisation sur les pratiques professionnelles et sur la santé des employés, en considérant les notions de souffrance et de plaisir au travail.

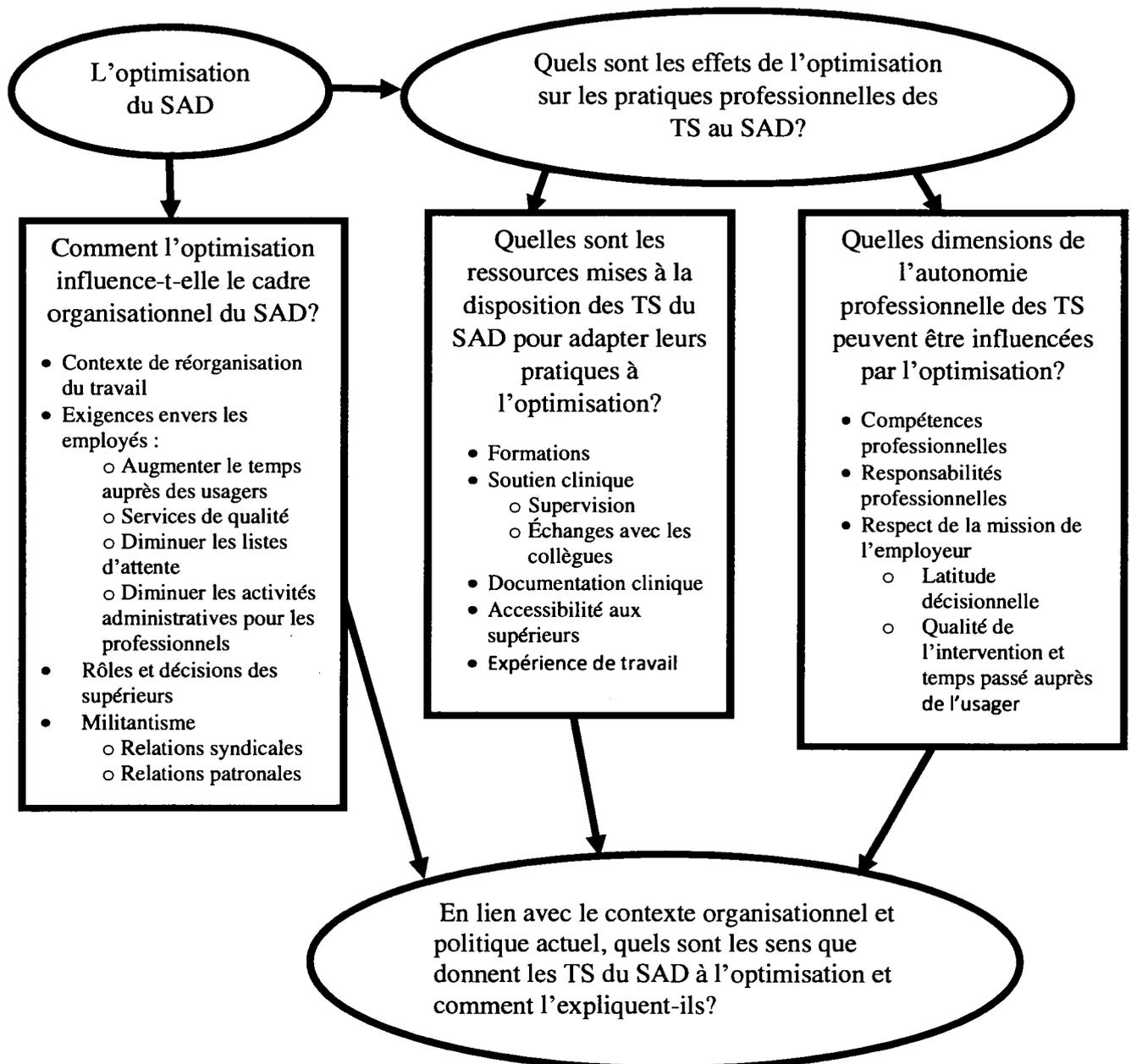
Les objectifs et la question de recherche

La problématique et la réflexion autour de la pertinence de la recherche permettent l'élaboration de trois objectifs qui orientent la recherche. Le premier objectif de cette recherche consiste à connaître la position des travailleurs sociaux face à la réorganisation du travail en SAD. Cet objectif permet de nuancer les discours médiatisés quant à l'impact de l'optimisation sur certains employés du SAD. Le deuxième objectif est de reconnaître l'influence du contexte sociopolitique du RSSS et des orientations ministérielles sur la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en SAD. Cet objectif cible notamment les gains et reculs des employés, la notion de plaisir et de souffrance au travail chez les travailleurs et les critiques ou les impressions de reconnaissance formulées par les employeurs et ressenties par les travailleurs sociaux. Le troisième et dernier objectif de recherche est de permettre de mieux comprendre la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en SAD en considérant les impacts systémiques de l'optimisation sur l'exercice de la profession.

La présentation de ces objectifs permet d'introduire la question de recherche et les sous-questions. Ces dernières sont élaborées afin de donner une orientation précise à la question principale. À la page suivante, dans la figure 2.2, les sous-questions de recherche sont développées en considérant que l'optimisation peut influencer les perceptions qu'ont les

travailleurs sociaux de leur pratique professionnelle, principalement sur les plans de l'autonomie professionnelle et des ressources mises à leur disposition. Le cadre organisationnel, quant à lui, occupe une place majeure dans l'optimisation puisqu'il en permet l'application. Les sens que donnent les travailleurs sociaux à l'optimisation découlent donc de ces divers éléments.

Figure 2.2 : Schéma illustrant la question et les sous-questions de recherche



C'est donc dans ce contexte que la question de recherche suivante est développée :

Quels sont les sens que les travailleurs sociaux du soutien à domicile donnent à l'optimisation?

Les sous-questions suivantes permettent de préciser la question générale :

- *Selon les travailleurs sociaux, comment l'optimisation du SAD influence-t-elle le cadre organisationnel du SAD?*
- *Comment l'optimisation du SAD influence-t-elle l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux?*
- *Quelles sont les ressources mises à la disposition des travailleurs sociaux en SAD pour adapter leurs pratiques à l'optimisation?*

CHAPITRE III LE CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel de cette recherche s'appuie sur deux sources distinctes : la théorie de la psychodynamique du travail de Dejours et les dimensions conceptuelles qui proviennent des sous-questions de recherche.

La théorie de la psychodynamique du travail de Dejours a été retenue car elle aborde la notion de souffrance et de plaisir chez les travailleurs, sujet évoqué précédemment et mis en lien avec les réformes du RSSS. En ce sens, l'OTSTCFQ reconnaît qu'en plus de la détresse des personnes auprès de qui les travailleurs sociaux interviennent, des éléments tels que l'absence de ressources dans le RSSS, les tensions et contraintes provoquées par les changements répétitifs d'organisation du travail et l'introduction dans le RSSS de modes de gestion provenant du secteur industriel constituent des sources potentielles de « *stress et de perte de sens* » mettant les travailleurs sociaux à risque d'épuisement professionnel (Brosseau *et al.*, 2012). L'élaboration de ce cadre conceptuel se base notamment sur les éléments suivants, tirés de la typologie de Dejours :

- *Travail prescrit et travail réel;*
- *Souffrance créatrice et souffrance pathogène.*

Présentées précédemment, les sous-questions de recherche permettent de préciser la question principale. Les concepts dominants de ces sous-questions sont repris dans ce cadre conceptuel comme étant les dimensions conceptuelles. Ces dernières permettent d'adapter la théorie de Dejours à la problématique et aux objectifs de cette recherche. Les dimensions conceptuelles sont les suivantes :

- *Le cadre organisationnel du SAD;*
- *L'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux en CLSC;*
- *Les ressources mises à la disposition des travailleurs sociaux en CLSC.*

Les prochaines sections de ce chapitre présentent la théorie de la psychodynamique du travail de Dejours, les dimensions conceptuelles ainsi qu'un schéma conceptuel illustrant concrètement les liens entre la théorie de Dejours et les dimensions conceptuelles. Ces liens

ont permis l'élaboration d'une hypothèse de recherche, présentée dans la section du schéma conceptuel.

3.1. La théorie de la psychodynamique du travail de Dejours

Dans le cadre de ce mémoire, certains éléments de la théorie de la psychodynamique du travail de Dejours sont utilisés afin de comprendre le vécu des participants au sujet de l'optimisation, d'en permettre l'analyse et de présenter les résultats de la recherche. En effet, l'analyse et la présentation des résultats de ce mémoire s'appuient principalement sur les notions de travail prescrit et réel, sur la souffrance créatrice et pathogène ainsi que sur certains concepts théoriques issus des travaux de Dejours. Ce dernier accorde aussi une place prédominante à la dynamique des collectifs de travail et aux liens de coopération créés entre les employés. Le chapitre V en fait mention lors de l'analyse des résultats, en traitant d'éléments concernant notamment les relations interpersonnelles telles que les revendications, la mobilisation et le militantisme. Si elle s'appuie sur les éléments théoriques de Dejours, cette section du mémoire n'aborde tout de même pas les dynamiques interpersonnelles des employés comme le fait Dejours dans ses travaux. En effet, il est important de préciser que le cadre conceptuel et l'analyse de ce mémoire s'appuient uniquement sur certains concepts de la théorie de Dejours. Ce choix permet de présenter le vécu des participants, de faire des liens entre ce vécu et certains éléments clés de la théorie tout en répondant à la question de recherche. Cette sélection d'éléments spécifiques de la psychodynamique du travail de Dejours impose cette précision à l'effet que les concepts retenus ne représentent pas la théorie dans son ensemble.

La théorie de la psychodynamique du travail de Dejours reconnaît l'importance du travail dans la vie des individus. Dejours considère effectivement que l'humain bénéficie du « produit de consommation » créé par le travail mais qu'en même temps, il devient « victime » du travail. L'auteur s'appuie ainsi sur la notion de plaisir et de souffrance au travail pour définir sa théorie. Il conçoit aussi que le milieu de travail n'est pas

nécessairement source de souffrance et qu'il est possible d'éprouver du plaisir à travailler (Dejours, 2006).

La théorie de Dejours trace des liens très concrets entre les nouvelles formes de gestion et d'organisation du travail et les souffrances vécues par les travailleurs. Dejours relève que

[...] en 15 ans la situation s'est profondément transformée, les méthodes de gestion, de management, d'organisation se sont métamorphosées; les techniques de travail ont changé (« nouvelles technologies »), l'intensité et la durée du travail ont augmenté, de nouvelles pathologies physiques et surtout mentales sont apparues, la précarisation et le chômage ont explosé [...] (Dejours, 2000, p. 2).

Dejours explique que les nouvelles formes d'organisation du travail creusent l'écart entre deux formes de travail : le *travail prescrit* et le *travail réel*. Le *travail prescrit* représente les tâches définies et exigées par les supérieurs et devant être exécutées par les travailleurs. Le travail prescrit est donc rigidifié par les attentes du supérieur. Le *travail réel*, quant à lui, réfère aux tâches que les travailleurs doivent réellement exécuter ou qu'ils ont l'impression de faire ou de devoir faire pour atteindre les objectifs fixés et attendus par leurs supérieurs (Dejours, 2006).

Selon la théorie de Dejours, les supérieurs ne reconnaissent pas nécessairement l'écart entre ces deux types de travail. Ils ne réalisent donc pas toujours l'ampleur de la tâche que doivent accomplir les travailleurs afin de se conformer à leurs exigences. Aux yeux des employeurs, il est donc possible que les travailleurs ne répondent pas adéquatement aux tâches demandées (Dejours, 2006). Dejours explique que le refus de certains supérieurs de considérer cet écart peut s'expliquer par le fait que « *le travail réel est victime d'un déni institutionnel parce qu'à chaque fois qu'on l'analyse de près, il révèle les défaillances de la prédiction et de la conception des installations de production* (Dejours, 2003, p. 43) ».

Pour Dejours, la souffrance vécue par les travailleurs provient de l'incapacité de ces derniers à s'adapter à l'écart entre le *travail prescrit* et le *travail réel*, donc de ne pas être en mesure de satisfaire aux exigences des employeurs. Dans sa typologie, Dejours (2006)

définit deux types de souffrances : la *souffrance créatrice* et la *souffrance pathogène*. La *souffrance créatrice* est une forme de protection utilisée par les travailleurs. En effet, ils se « protègent » psychologiquement contre la souffrance créée par leur incapacité à se conformer aux exigences des supérieurs. Ce type de souffrance consiste à utiliser la créativité pour développer des nouvelles techniques de travail qui permettront de satisfaire aux exigences souvent irréalistes des supérieurs. Cette créativité donne un sens à la souffrance car elle permet aux travailleurs de ressentir de la reconnaissance et des signes identitaires envers leur travail. Toutefois, ces nouvelles façons de faire dérogent de la procédure habituelle et les travailleurs agissent plus souvent qu'autrement sans se conformer au protocole ou à la façon de faire convenue : ils prennent des risques pour assurer la finalité de la tâche, ils ne respectent pas la réglementation, ils ne répondent pas aux critères de qualité, etc. (Dejours, 2006). Même si ce comportement est explicable par une forme d'intelligence basée sur la sensibilité (Dejours et Gernet, 2012), il peut mener à des conflits de personnalité, de valeurs ou d'opinions avec les autres travailleurs (Dejours, 2006). Ainsi, les travailleurs répondent aux normes de productivité en modifiant la façon d'y arriver mais peuvent, parallèlement, se retrouver isolés de leurs collègues.

La deuxième forme de souffrance, la *souffrance pathogène*, touche directement la santé mentale des travailleurs. Dejours distingue ce concept en considérant que

[...] faute d'élaborer dans les organisations des conditions favorables, le sujet ne peut bénéficier du travail pour maîtriser sa souffrance et la transformer en créativité. La seule issue est donc, pour la souffrance, de s'engager dans un cercle vicieux où elle contribue à déstabiliser le sujet et à le pousser vers la maladie (Dejours, 2006, p. 492).

C'est donc lorsque les travailleurs se voient incapables d'utiliser la créativité pour combler l'écart entre le *travail prescrit* et le *travail réel* qu'ils sombrent dans la *souffrance pathogène*. Dejours et Gernet (2012) illustrent cette souffrance par des exemples concrets vécus par les travailleurs : la démotivation, la déqualification, la dépression, la déstabilisation de l'identité, des pathologies de surcharge de travail, l'hyperactivisme professionnel, certaines pathologies post-traumatiques, des pathologies consécutives au harcèlement et même, dans certains cas, le suicide. En plus des risques sur la santé, ce type

de souffrance provoque aussi des conséquences majeures sur la performance et la productivité des travailleurs qui en souffrent (Dejours, 2006).

Cette théorie porte son analyse initiale sur le comportement individuel des travailleurs. Pour Dejours et Gernet (2012), le fait que la souffrance soit si présente dans les milieux de travail s'explique par une profonde solitude observée chez les travailleurs. Pour Dejours et Gernet, cette solitude est engendrée par la nouvelle forme d'organisation du travail. Par exemple, le fait qu'un employé utilise des stratégies issues de la souffrance créatrice afin de satisfaire aux exigences des supérieurs peut faire en sorte que les autres travailleurs considèrent cette façon de travailler comme étant déloyale, voire menaçante. L'autonomie et la responsabilité individuelle sont donc de plus en plus primées chez ceux qui cherchent à se conformer aux exigences patronales, ce qui peut amener « *une disqualification du travail, de ce qui constitue le travail « bien fait » et de qualité, et s'[accompagne] de la perte progressive des références aux valeurs de métier* (Dejours et Gernet, 2012, p. 4) ». La perte de confiance et d'entraide de la part des autres travailleurs ainsi que cette disqualification du travail provoquent la solitude des travailleurs. Cette solitude crée des milieux de travail hostiles. C'est ainsi que la disparition du sens commun fait en sorte qu'il devient difficile de résister aux exigences irréalistes des employeurs.

Pour Dejours (2006), une des solutions principales pour se sortir de cette souffrance est de créer une solidarité entre travailleurs. Toutefois, pour l'auteur, la résignation est un chemin plus facile à prendre que la résistance, concept souvent considéré utopique par les travailleurs. Plus encore, Dejours et Gernet (2012) ajoutent que lorsqu'il y a bris de confiance entre les travailleurs et risques de sanctions de la part des supérieurs, l'intérêt des travailleurs à s'engager dans des actions collectives est grandement diminué. Par contre, Dejours considère que le travail n'est pas seulement un lieu d'aliénation; il peut devenir un milieu favorisant le changement social, voire la subversion, toujours dans la mesure où la solidarité est mise au premier plan (Dejours, 2000).

3.2. Les dimensions conceptuelles

3.2.1. Le cadre organisationnel du SAD

Le cadre organisationnel du SAD est défini en soulignant les éléments suivants : la réorganisation du travail; les rôles et le pouvoir décisionnels des supérieurs; les exigences tirées des orientations ministérielles et imposées aux employés; ainsi que l'apport du militantisme dans le RSSS.

L'optimisation du SAD a comme objectif de réorganiser la façon de travailler des employés du SAD afin d'augmenter la performance du RSSS. Malgré le fait que la responsabilité d'organiser et d'offrir des services à domicile revient à chaque CLSC, ces services doivent tout de même être développés en respectant les orientations ministérielles et les décisions de l'Agence de la santé et des services sociaux du territoire desservi (MSSS, 2003). Concrètement, il revient aux cadres des CLSC et de chaque SAD de s'assurer que les services offerts sont dispensés selon les attentes ministérielles. D'ailleurs, pour le MSSS (2007), les gestionnaires sont indispensables pour assurer des services de qualité à la population; ils possèdent les compétences nécessaires pour contribuer aux choix et aux stratégies élaborés par l'établissement. Le rapport Castonguay (2008) traduit bien le rôle attendu des gestionnaires par le MSSS :

Les gestionnaires sont les gardiens de l'efficacité du système. En retour d'une reconnaissance plus importante de leur autonomie sur le plan local et d'une juste rémunération, ils ont la responsabilité d'offrir des services efficaces au meilleur coût possible (Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008, p. 29).

Clair (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000) corrobore ces positions en expliquant que les responsabilités des gestionnaires doivent toucher la prise de décision, l'action, l'évaluation des résultats et l'adaptation des actions posées.

Le MSSS considère que le RSSS est en mesure de répondre aux besoins croissants des usagers des programmes de SAD s'il y a augmentation du temps directement passé auprès

des usagers et diminution des listes d'attente dans le SAD (MSSS, 2010). Ces démarches doivent être faites tout en impliquant les employés du SAD et en assurant des services de qualité. C'est en intégrant de nouvelles façons de faire que les professionnels obtiendront les résultats attendus (ASSSM, 2010).

Une recherche de Pelchat et Malenfant (2004) démontre que la majorité des travailleurs sociaux en CLSC se sentent déchirés entre leur logique et idéalisation professionnelles et la logique organisationnelle, principalement en ce qui concerne les exigences patronales basées sur la productivité et le contrôle. Boivin (2003) explique que dans un contexte de travail où des employés syndiqués considèrent que les décisions ou les exigences patronales briment leurs conditions de travail ou la convention collective, les syndicats peuvent mettre en place des moyens de pression afin d'exprimer des revendications spécifiques. L'auteur précise qu'il revient aux employés de choisir ou non d'utiliser le militantisme afin de contrer les décisions patronales. En ce sens, des employés du RSSS ont exercé des moyens de pression à plusieurs reprises, toujours soutenus par les syndicats. Boivin (2003) explique cette particularité par ce qu'il nomme le « faible coût » associé au militantisme dans le RSSS; les arrêts de travail sont normalement de courte durée et provoquent des impacts d'une grande importance. Par ailleurs, selon l'auteur, les employés risquent peu de perdre leur emploi.

En somme, les orientations ministérielles justifiant l'utilisation de l'approche *Lean Healthcare Six Sigma* sont appliquées concrètement par les cadres du SAD. Les employés du SAD doivent donc répondre à des mesures et des exigences de réorganisation du travail et peuvent avoir recours à leur syndicat pour mettre en place des moyens de pression afin de faire connaître leur désaccord, s'il y a lieu. Toutefois, selon Boivin (2003), l'employé syndiqué a le choix de participer ou non aux moyens de pression mis en place par le syndicat.

3.2.2. L'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux

Pour l'OTSTCFQ, l'autonomie professionnelle du travailleur social en CLSC se définit par ses actes professionnels. C'est principalement par la rédaction de l'évaluation du fonctionnement social, en émettant son opinion professionnelle, par les modèles et les approches d'intervention qu'il utilise, par le respect des principes et des valeurs de la profession, par la capacité de structurer son temps de travail en fonction de l'organisation du CLSC et des besoins des usagers que le travailleur social affirme son autonomie professionnelle (Boulanger et Houle, 1997).

En tenant compte de la définition de l'OTSTCFQ, l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux est mise en contexte avec les éléments suivants : les compétences professionnelles, les responsabilités professionnelles et le respect de la mission de l'employeur.

Pour Brosseau et Pauzé (2012), le travailleur social possède toutes les compétences nécessaires à l'exercice de sa profession lorsqu'il est en mesure d'élaborer et de mettre en place un processus complet d'intervention de façon totalement autonome. L'OTSTCFQ présente quatre domaines de compétences qui doivent être appliqués de façon complémentaire :

- 1- Une pratique éthique, critique et réflexive;
- 2- Un processus d'intervention sociale avec les individus, familles, groupes et collectivités;
- 3- Des collaborations professionnelles, intersectorielles et partenariales;
- 4- Une contribution à son développement professionnel et à l'évolution de la profession (Brosseau et Pauzé, 2012, p. 16-17).

Les auteurs ajoutent à ces compétences une « compétence transversale » : le jugement professionnel, basé sur une démarche évaluative globale de la situation de l'utilisateur et de son environnement. Cette notion inclut aussi la capacité d'évaluer sa propre pratique. C'est ainsi que le travailleur social développe son identité et son expertise professionnelles.

La responsabilité professionnelle du travailleur social provient principalement de sa capacité à respecter les nombreuses réglementations existantes afin d'offrir les meilleurs services aux usagers. D'ailleurs, le rôle principal de l'OTSTCFQ est de protéger le public. Pour y parvenir, il s'assure que ses membres respectent le Code des professions, le Code de déontologie et les règlements sur la tenue de dossiers et des cabinets de consultation. Des sanctions peuvent être appliquées en cas de manquement à ces règlements (Boulanger et Houle, 1997). Brosseau et al. (2012) ajoutent que les membres de l'OTSTCFQ doivent aussi connaître, respecter et utiliser les documents rédigés par l'Ordre ainsi que les chartes, codes, politiques et procédures, normes, règlements et autres documents législatifs, gouvernementaux ou officieux.

L'OTSTCFQ a présenté, dans un guide définissant la pratique professionnelle en CLSC, des liens entre le travail social et la vision des CLSC. Pour l'Ordre, le fait que le travailleur social évalue le fonctionnement social de l'utilisateur, qu'il valorise la dignité, le respect, l'autodétermination, la capacité de changement, pour ne nommer que ces éléments, répond en tous points aux valeurs des CLSC (Boulanger et Houle, 1997). L'Ordre mentionne aussi que le travailleur social se doit d'être loyal envers son employeur, ce qui l'oblige « [...] à faire face à deux sortes d'impératifs : ceux de sa profession et ceux du contexte organisationnel (Boulanger et Houle, 1997, p. 6) ».

Toutefois, pour Fortin (2003), il devient de plus en plus difficile pour les travailleurs sociaux de trouver un sens aux valeurs des employeurs. L'auteur explique que « *l'organisation actuelle des services réduit considérablement la marge d'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux en ce qui a trait à la détermination des orientations des interventions* (Fortin, 2003, p. 97) ». Selon lui, ce constat s'explique par les exigences d'efficacité imposées et pouvant aller à l'encontre de la pratique, par une standardisation des interventions qui n'a pas été établie par des travailleurs sociaux, par l'imposition de modèles de pratiques davantage bureaucratiques et médicales axées sur les services plutôt que sur les personnes et par la modification du rôle professionnel en un rôle de technicien. L'auteur ajoute que le fait de réorganiser les services modifie grandement la pratique

professionnelle des travailleurs sociaux en la balisant de lois, de politiques et procédures et de protocoles d'intervention. Ces changements peuvent même affecter l'autonomie et le jugement professionnels des travailleurs sociaux (Fortin, 2003). Pourtant, selon Brosseau et Pauzé (2012), le contexte actuel de pratique institutionnelle nécessite une plus grande autonomie professionnelle de la part des travailleurs sociaux, compte tenu de la valorisation de l'interdisciplinarité et du manque flagrant de ressources de soutien clinique. Ces positions permettent de se questionner sur la latitude décisionnelle des travailleurs sociaux quant à l'exercice de leurs fonctions, sur la qualité de leurs interventions et sur le temps passé auprès de l'utilisateur.

3.2.3. Les ressources mises à la disposition des travailleurs sociaux en CLSC

Les ressources mises à la disposition des travailleurs sociaux en CLSC sont variées : la formation, le soutien clinique, la documentation clinique, l'accessibilité aux supérieurs et l'expérience de travail du professionnel.

Pour l'Ordre (Boulanger et Houle, 1997), la formation joue deux rôles concrets. Elle permet tout d'abord au travailleur social de développer ses connaissances et ses compétences. La formation donne aussi à l'employeur l'assurance que ses professionnels sont informés des nombreuses transformations touchant les besoins psychosociaux de la population. L'OTSTCFQ recommande que les travailleurs sociaux aient accès à de la formation donnée par le CLSC et par des formateurs externes afin que ces formations abordent des sujets de nature psychosociale. Larivière (2008) ajoute que tous les travailleurs sociaux, peu importe leur expérience, doivent bénéficier de formations pertinentes afin d'assurer le développement des acquis et des habiletés d'intervention.

L'Ordre présente le soutien clinique comme étant « *un ensemble d'activités dont se dote un établissement afin d'assurer, de maintenir et de développer la qualité des services dispensés par les professionnels à son emploi* (Boulanger et Houle, 1997, p. 7) ». Le

soutien clinique présenté ici englobe la supervision et les échanges avec les collègues. Pour Fortin, « *l'encadrement professionnel doit être nettement distinct de l'encadrement administratif car la fusion des deux fonctions ne peut garantir l'autonomie de l'acte clinique et son encadrement strictement professionnel* (2003, p. 103) ».

L'OTSTCFQ conçoit que la supervision permet d'échanger sur les activités professionnelles afin d'en développer une analyse réflexive. La supervision permet d'augmenter et de maintenir les acquis des travailleurs sociaux. Peu importe l'expérience du professionnel, elle est nécessaire pour assurer une mise à jour constante des nombreuses transformations sociales et pour pouvoir se distancer émotionnellement et intellectuellement de ses propres interventions. La supervision permet aussi d'éviter l'isolement du travailleur social et peut même prévenir l'épuisement professionnel. Dans cette mesure, l'OTSTCFQ mentionne qu'il est impératif que les CLSC reconnaissent l'importance de la supervision et que les travailleurs sociaux y aient accès. Toutefois, l'Ordre reconnaît qu'il peut être difficile pour certains CLSC de développer ce type de soutien clinique. Le cas échéant, il propose de développer des espaces de discussion entre collègues, soit par des supervisions de groupe, par du pairage entre collègues, par de la consultation entre travailleurs sociaux expérimentés et moins expérimentés, etc. Ces alternatives sont adéquates si elles sont mises en place dans l'objectif de répondre formellement aux besoins cliniques des travailleurs sociaux (Boulanger et Houle, 1997).

La documentation clinique est aussi une ressource mise à la disposition des travailleurs sociaux. Brosseau *et al.* (2012) mentionnent que les dossiers cliniques, les textes scientifiques, les lois, règlements, politiques, programmes, cadres de référence, etc., sont tous des documents pouvant être utilisés par les travailleurs sociaux pour les aider à orienter leur pratique.

L'accessibilité des employeurs envers les travailleurs sociaux apparaît nécessaire pour que les professionnels se sentent outillés et reconnus dans leur travail. Larivière (2008) insiste principalement sur la nécessité d'adopter un style de gestion qui favorise l'écoute et la

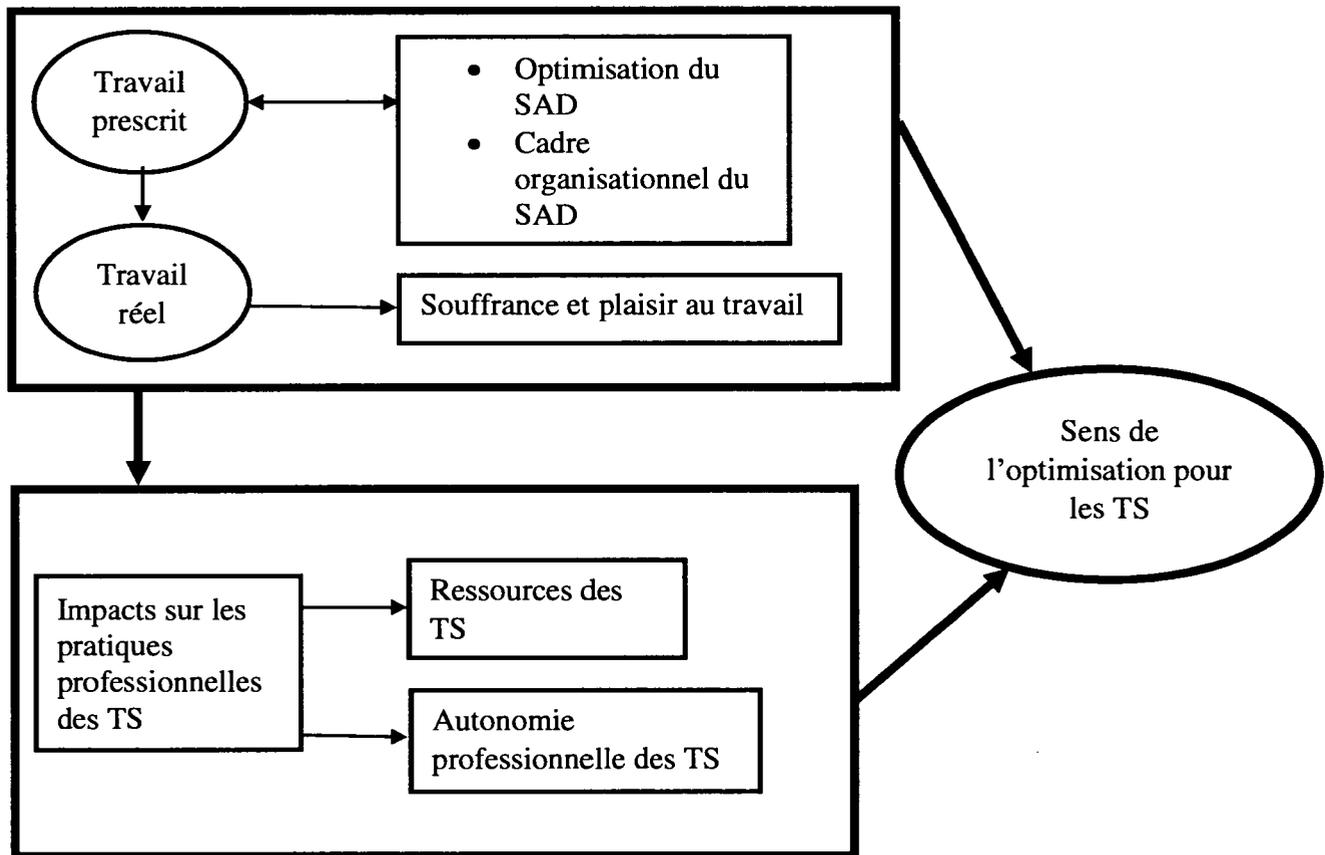
participation des employés dans les décisions les concernant ou touchant leur travail. Il est aussi recommandé que les cadres connaissent bien la nature du travail social afin de comprendre le rôle des travailleurs sociaux dans une équipe interdisciplinaire. Finalement, Larivière mentionne que les travailleurs sociaux ont besoin d'être informés des changements organisationnels ainsi que des enjeux institutionnels puisque ces éléments influencent directement leur pratique.

Finalement, l'expérience acquise en travail social est une ressource que Pelchat et Malenfant (2004) qualifient de *stratégie personnelle*. Les auteurs expliquent que les nombreuses transformations du RSSS ont limité les ressources disponibles. Grâce à leur expérience et afin de pallier au manque de ressources, les travailleurs sociaux développent des ressources individuelles de protection : « *fixer ses propres limites, être vigilants vis-à-vis [la] surcharge de travail, développer des mécanismes pour que certaines tâches [...] ne viennent affecter démesurément leur bien-être au travail [...]* (Pelchat et Malenfant, 2012, p. 59) ». Pour Brosseau *et al.* (2012), ce type de ressources illustre la personnalité et l'expertise du travailleur social et démontre qu'il est également en mesure d'appliquer ses connaissances cliniques à sa propre situation professionnelle.

3.3. Le schéma conceptuel

Le schéma conceptuel présenté à la figure 3.1 de la page suivante illustre de quelle façon les éléments de la typologie de la théorie de Dejours peuvent influencer et interagir avec les dimensions conceptuelles présentées ci-haut.

Figure 3.1 : Schéma conceptuel inspiré de la typologie de Dejours



Dans ce schéma, le cadre organisationnel du SAD et l'optimisation du SAD sont associés au *travail prescrit* puisque les décisions et les exigences patronales d'un établissement représentent ce type de travail. Comme les visions du travail provenant des supérieurs et des employés sont sujettes à interprétation selon le contexte, c'est lorsque le travailleur social reconnaît une différence entre la tâche exigée (*travail prescrit*) et la tâche exécutée (*travail réel*) qu'il se produit un écart entre les deux types de travail. Selon Dejours (2006), cet écart provoque presque assurément un sentiment de souffrance chez l'employé, représenté dans cette recherche par le travailleur social en SAD. C'est dans ce contexte que Dejours constate l'émergence de la *souffrance au travail*. Le schéma fait aussi mention du

plaisir au travail. Pour Dejours, cette perception est présente lorsque l'employé ne ressent pas d'écart entre le travail prescrit et le travail réel ou qu'il parvient à le diminuer.

Dans ce schéma, la souffrance ou le plaisir au travail ont un impact sur la pratique professionnelle du travailleur social. La pratique professionnelle, quant à elle, est représentée par les ressources mises à la disposition du travailleur social ainsi que par le concept d'autonomie professionnelle. C'est finalement en considérant l'ensemble de ces éléments que le travailleur social en SAD est en mesure de donner un sens à l'optimisation.

La grande hypothèse de cette recherche est donc que le travailleur social possède de nombreux outils pour se protéger contre la souffrance au travail mais que le cadre organisationnel rend plus ou moins inévitable cette souffrance.

CHAPITRE IV MÉTHODOLOGIE

La méthodologie de cette recherche regroupe les éléments suivants : les approches et la nature de la recherche; la stratégie méthodologique de la recherche et l'instrument de collecte de données; l'échantillon, le recrutement des participants et les critères d'exclusion et d'inclusion; les considérations éthiques reliées au projet de recherche; et finalement, le choix de l'analyse des données.

4.1. Approches et nature de la recherche

Dans un premier temps, cette recherche est descriptive puisqu'elle décrit une « *situation sociale circonscrite* (Deslauriers et Kérisit, 1997, p. 86) ». La recherche descriptive permet de décrire des phénomènes en questionnant le « comment » et le « qui », soit, dans la présente recherche, l'optimisation comme réorganisation du travail et les travailleurs sociaux en SAD. Complète en elle-même, la recherche descriptive se penche sur des détails qui permettent par la suite d'enrichir d'autres recherches en fournissant des informations de base (Deslauriers et Kérisit, 1997).

Dans un deuxième temps, en plus d'être descriptive, cette recherche est axée sur la compréhension puisqu'elle tente d'expliquer le « pourquoi » de la situation étudiée : pourquoi les travailleurs sociaux sont pour, contre ou nuancés envers l'optimisation, pourquoi l'optimisation a des impacts sur la pratique professionnelle des travailleurs sociaux, pourquoi certains travailleurs sociaux ressentent de la souffrance qu'ils relient directement à l'optimisation, etc.

Cette recherche est aussi de nature qualitative puisqu'elle permet à un petit groupe de travailleurs sociaux de témoigner de leur vécu professionnel durant l'implantation de l'optimisation. Tel qu'affirmé par Deslauriers et Kérisit (1997), l'utilisation de l'approche

qualitative est pertinente lorsqu'il s'agit d'approfondir des situations ou des phénomènes complexes ou lorsque le sujet touche des structures innovatrices ou des processus organisationnels. Toutefois, une des limites de la recherche qualitative est que cette mise en évidence du vécu des participants ne permet pas de généraliser les résultats obtenus puisque la petite taille de l'échantillon n'est pas représentative (Turcotte, 2000). Les données colligées et analysées permettent tout de même de mieux comprendre le sujet et d'apporter des nouvelles connaissances sur l'optimisation et les travailleurs sociaux en SAD.

4.2. La stratégie méthodologique de la recherche et l'instrument de collecte de données

Des regroupements syndicaux prennent publiquement la parole en représentant certains groupes d'employés du SAD afin de dénoncer activement l'optimisation. Toutefois, il est peu fréquent que ces employés fassent des sorties publiques; il devient alors difficile de connaître les diverses positions des professionnels sur le sujet. La méthodologie choisie pour répondre à la question de recherche doit donc permettre aux travailleurs sociaux en SAD de s'exprimer librement sur le sujet. C'est donc l'entretien de recherche qui a été sélectionné pour effectuer la cueillette de données : un entretien individuel a ainsi été fait auprès de chaque travailleur social participant à la recherche. Le nombre restreint de travailleurs sociaux rencontrés a permis d'offrir une vision qualitative approfondie de l'opinion des participants. En utilisant l'entretien de recherche auprès de travailleurs sociaux exerçant au SAD, il a ainsi été possible de connaître et comprendre leurs opinions sur le sujet, tout en permettant une vision plus nuancée du discours public au sujet de l'optimisation.

L'instrument de collecte de données sélectionné pour effectuer les entretiens de recherche est l'entrevue semi-dirigée. Un questionnaire composé de questions et de sous-questions ouvertes a été utilisé pour permettre, lors de l'analyse, de faire des liens entre le vécu des participants, les dimensions conceptuelles et la théorie de la psychodynamique de Dejours. L'annexe A présente la grille d'entrevue utilisée pour les entretiens de recherche. La durée

des entretiens a varié entre 45 et 65 minutes par répondants. Un deuxième questionnaire, présenté à la fin de l'entretien, permet de documenter le volet sociodémographique des répondants. Les questions suivantes ont été posées : l'âge, l'année de diplomation, le nombre d'années d'expérience comme travailleur social et le nombre d'années d'expérience comme travailleur social au SAD. Ces éléments aident à dresser un portrait rapide de chaque participant tout en enrichissant les réponses recueillies lors de l'entretien. Effectivement, dans la présentation des résultats du chapitre V, ces réponses rendent possible la création de liens entre divers groupes de participants selon leur expérience de travail, par exemple.

Savoie-Zajc (2009) insiste particulièrement sur le concept de « comprendre » lorsqu'elle décrit les objectifs de l'entrevue semi-dirigée ou lorsqu'elle énumère les postulats qui composent cet instrument de recherche. En somme, l'entrevue semi-dirigée permet de comprendre un phénomène ou une situation particulière vécue par la personne interviewée (Savoie-Zajc, 2009). Cet instrument de collecte de données a donc été choisi puisque cette recherche tente de comprendre les sens qu'un travailleur social donne à l'optimisation du SAD. L'entrevue semi-dirigée a ainsi permis de développer certains éléments ciblés par le participant alors qu'il répondait aux questions, ce qui aurait été plus difficile avec un questionnaire écrit, par exemple. C'est par cette flexibilité que la compréhension du phénomène étudié a été possible.

4.3. Échantillon, recrutement, critères d'exclusion et d'inclusion

Les participants sélectionnés pour cette recherche ont été recrutés à l'hiver et au printemps 2014 selon la nature de leur emploi, leur milieu de pratique et certains critères précis énoncés plus loin cette section. L'échantillon par choix raisonné est constitué de 12 travailleurs sociaux exerçant en SAD depuis au moins un an. Ainsi, les professionnels rencontrés étaient en mesure de comparer leurs pratiques actuelles avec celles antérieures à l'optimisation. Ils connaissaient donc concrètement les changements qui ont pu être provoqués par la réorganisation du travail. L'optimisation devait aussi être implantée dans

le SAD depuis au moins six mois afin que les travailleurs sociaux rencontrés connaissent le sujet, le comprennent et en aient une opinion éclairée.

Finalement, comme nous exerçons la profession de travailleuse sociale dans un SAD, que l'optimisation est implantée dans notre secteur et que nous connaissons la plupart des travailleurs sociaux des différents SAD de notre CSSS, notre milieu de travail a été un critère d'exclusion. Cet élément est nécessaire pour assurer une rigueur scientifique et éviter des biais provoqués par le fait de rencontrer des participants que nous connaissons ou avec qui nous travaillons.

Les critères suivants ont donc été appliqués lors du recrutement des participants :

- 1- Être travailleur social diplômé membre de l'OTSTCFQ;
- 2- Travailler dans une équipe de SAD depuis au moins un an;
- 3- L'équipe de SAD doit avoir implanté l'optimisation depuis au moins six mois;
- 4- Le travailleur social ne doit pas travailler à notre CSSS.

Le recrutement des participants s'est fait en deux étapes, en utilisant trois techniques de recrutement. La première étape a nécessité l'utilisation conjointe de deux techniques. La première technique, qui se nomme « échantillon de volontaires », consiste en la publication d'une annonce invitant des personnes volontaires à participer à la recherche. Saint-Jacques et Ouellet (2000) recommandent de combiner cette technique d'échantillonnage avec la technique de « l'échantillon typique ou intentionnel », qui consiste à créer des critères de sélection précis afin de recruter des participants qui se distinguent entre eux et qui présentent des profils variés. Concrètement, ces deux techniques ont été appliquées en communiquant avec l'OTSTCFQ afin d'évaluer la possibilité d'envoyer une demande de recrutement de participants par courriel aux travailleurs sociaux exerçant en SAD. La demande a été acceptée et la démarche s'est étalée sur environ trois mois. 37 travailleurs sociaux ont finalement répondu à la demande; huit d'entre eux ont été sélectionnés selon deux grilles de critères. La première était composée des quatre critères de sélection susmentionnés. Les participants ainsi sélectionnés devaient ensuite répondre aux trois nouvelles questions constituant la deuxième grille de critères :

- 1- Êtes-vous à l'aise d'être enregistré vocalement durant l'entretien?

- 2- Parmi ces trois choix de réponses, quelle est votre position par rapport à l'optimisation? Pour, contre ou nuancé?
- 3- Dans quel CSSS travaillez-vous?

Il était maintenant possible de sélectionner les participants selon leur position au sujet de l'optimisation. Cette façon de faire a permis de recueillir des données variées pour l'analyse. La troisième question abordant le milieu de travail a été posée afin de varier la provenance des participants et d'éviter la sélection d'un collègue de travail. Comme l'optimisation n'a pas été implantée au même moment dans tous les CSSS, les perceptions qu'ont les participants au sujet de l'optimisation peuvent varier selon l'endroit où ils travaillent.

La deuxième étape de sélection a nécessité l'emploi d'une troisième technique, utilisée parallèlement à la démarche faite auprès de l'OTSTCFQ. Se nommant « recrutement par bouche-à-oreille », elle consiste à transmettre les informations au sujet de la démarche de recrutement à des individus susceptibles de connaître des gens intéressés à participer à la recherche. Cette technique a permis de cibler des travailleurs sociaux ayant des profils différents tant par leurs opinions que par leurs vécus en lien avec l'optimisation. Le choix de cette démarche a aidé à cibler des travailleurs sociaux n'étant pas inscrits à la liste d'envoi de l'Ordre et démontrant un intérêt pour la présente recherche. La démarche a permis de présélectionner sept autres travailleurs sociaux. C'est en appliquant les mêmes grilles de critères exposées précédemment que quatre de ces participants ont officiellement été recrutés pour participer à la recherche. L'utilisation de ces trois techniques de recrutement a finalement permis la création d'un échantillon composé de 12 travailleurs sociaux.

4.4. Considérations éthiques

Les considérations éthiques présentées ici sont inspirées de celles retenues par Gohier (2004) et visent principalement la notion de confidentialité. Au début de chaque entretien, les participants ont tout d'abord lu et signé un formulaire de consentement les avisant

notamment de la nature de la recherche, de son aspect confidentiel et de la possibilité de mettre fin à l'entretien à tout moment sans justification. Une copie a été remise à chaque participant après lecture et signatures conjointes du document.

Les participants ont aussi été assurés de la confidentialité et du respect de leur anonymat dans la cueillette, le traitement et la diffusion des données. Trois moyens ont permis de respecter cette confidentialité : le milieu de travail des participants n'est pas nommé dans la recherche, le nom de chacun des participants n'est pas utilisé et les données pouvant faire en sorte qu'un participant puisse être reconnu n'ont pas été retenues pour l'analyse. Comme la diversité des CSSS et des régions administratives permet de varier les données et non pas d'appuyer l'analyse, il n'est effectivement pas pertinent de les nommer.

La confidentialité a été l'élément éthique majeur du recrutement des participants et de la cueillette de données. Les répondants ont pu choisir à quel endroit ils désiraient être rencontrés pour l'entretien. Six participants ont refusé que la rencontre ait lieu dans leur milieu de travail, principalement pour des raisons de confidentialité. En effet, certains ont verbalisé ne pas vouloir que leurs collègues ou employeurs sachent qu'ils participent à une recherche sur l'optimisation. Plus de la moitié des participants a mentionné que si l'aspect de la confidentialité n'avait pas été aussi clairement énoncé dans l'annonce de recrutement, ils n'y auraient pas répondu. Finalement, à la fin des entretiens, quatre participants ont exprimé ressentir du bien-être puisqu'ils ont pu se confier librement et ouvertement au sujet de leur vécu par rapport à l'optimisation.

4.5. Choix de l'analyse des données

L'analyse par catégories conceptuelles s'est avérée le choix d'analyse des données le plus pertinent pour cette recherche puisque les dimensions conceptuelles et la typologie de Dejours permettent la catégorisation des données recueillies lors des entretiens. En effet,

cet usage de la catégorie [...] est tout à fait approprié dans des situations de recherche où un repérage du contenu des documents à l'étude constitue

l'essentiel de l'effort d'analyse et est en partie indépendant de l'activité interprétative (Paillé et Mucchielli, 2013, p. 326).

L'analyse de contenu est une étape du processus de recherche très concrète pour le chercheur car elle l'outille pour lui permettre de répondre à sa question de recherche. Elle débute par la division du texte en unités de sens jusqu'à la présentation d'un arbre de sens qui permettra éventuellement au chercheur de faire une analyse qualitative approfondie.

Concrètement, l'analyse de contenu s'est amorcée suite à la transcription du contenu de chaque entretien en verbatim. Les idées provenant de chaque verbatim ont ensuite été générées en catégories, même si certaines idées semblaient s'éloigner du contenu de la recherche. Au sujet des catégories, Paillé et Mucchielli considèrent d'ailleurs que « *certaines peuvent être abandonnées, d'autres seront reformulées, enrichies, approfondies, fusionnées, etc.* (Paillé et Mucchielli, 2013, p. 345).

L'étape suivante a consisté en la fusion des catégories selon leurs significations et ce, pour chacun des verbatim. Les catégories de tous les verbatim ont donc été regroupées afin de créer des méta-catégories réunissant la totalité des contenus de chacun des entretiens. À cette étape, une validation des catégories a aussi permis d'assurer leur pertinence, comme le propose Paillé et Mucchielli (2013). Cette démarche a été effectuée en s'assurant que les méta-catégories rassemblaient l'entièreté du matériel récupéré lors des entretiens et en vérifiant si des informations ayant été mises de côté durant la démarche pouvaient désormais être intégrées dans le processus de catégorisation. Finalement, chaque méta-catégorie a été reliée aux dimensions conceptuelles et aux thèmes de la typologie de Dejours. Les sections du chapitre V sont titrées selon les noms de ces méta-catégories et présentent les résultats de la recherche.

CHAPITRE V PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Ce chapitre est divisé en deux parties. La première présente une contextualisation qui permet de mieux comprendre les résultats de la recherche. Une brève présentation des profils des participants est suivie d'une explication de la caractéristique distinctive sélectionnée pour présenter les résultats. Cette partie se termine par un rappel des dimensions conceptuelles.

La deuxième partie présente concrètement les résultats de la recherche. Elle débute par la présentation des trois positions des participants au sujet de l'optimisation (pour, contre ou nuancée). Ensuite, les résultats présentés sont principalement reliés aux dimensions conceptuelles et aux éléments de la typologie de Dejours, soit le cadre organisationnel du SAD, les exigences de l'optimisation, les diverses opinions des travailleurs sociaux envers leurs supérieurs, la notion de souffrance au travail et l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux en CLSC. Cette section se termine par un éventail de ressources accessibles ou manquantes pour les travailleurs sociaux en SAD.

Première partie : mise en contexte

5.1. Profils des participants

Cette section trace un portrait de l'échantillon et cible les caractéristiques des répondants retenues pour l'analyse. L'échantillon est composé de neuf femmes et de trois hommes. Le tableau 5.1, à la page suivante, présente les caractéristiques de chacun des participants ainsi que leur position envers l'optimisation. La codification des participants a été élaborée selon la chronologie des entretiens.

Tableau 5.1 : Profils des participants

Codes des participants	Âges des participants	Années d'expérience comme TS	Années d'expérience au SAD	Positions envers l'optimisation
Participant 1	30 ans	6 ans	6 ans	Nuancée
Participant 2	40 ans	14 ans	13 ans	Contre
Participant 3	40 ans	15 ans	15 ans	Nuancée
Participant 4	38 ans	8 ans	8 ans	Nuancé
Participant 5	26 ans	2 ans	2 ans	Nuancée
Participant 6	63 ans	7 ans	5 ans	Contre
Participant 7	34 ans	12 ans	3 ans	Nuancée
Participant 8	52 ans	8 ans	8 ans	Contre
Participant 9	53 ans	29 ans	18 ans	Pour
Participant 10	27 ans	2 ans	2 ans	Nuancée
Participant 11	32 ans	6 ans	4 ans	Nuancé
Participant 12	53 ans	15 ans	13 ans	Pour

Favorisant la diversité des régions administratives afin de recueillir des données variées, les 12 participants sont des travailleurs sociaux provenant de cinq régions administratives et de 10 CSSS différents (chaque CSSS peut avoir plus d'un SAD). Afin de préserver l'anonymat des participants, ces lieux ne sont ni nommés ni utilisés dans l'analyse des résultats.

5.2. Caractéristique distinctive et termes spécifiques

La recherche d'un fil directeur qualitatif entre les réponses des participants a permis d'intégrer une caractéristique distinctive à la présentation des résultats. Cette caractéristique distinctive suit une trame d'analyse davantage inductive qui met en relief une logique permettant l'interprétation des résultats.

Initialement, la caractéristique distinctive sélectionnée pour l'analyse des résultats était l'expérience de travail des répondants. La prémisse était que plus un travailleur social possède de l'expérience et de l'ancienneté au SAD, plus il a tendance à s'opposer à l'optimisation et aux mesures mises en place. Cette perception provient d'une conclusion de la recherche de Gonin, Grenier et Lapierre (2012) qui démontre que plus les intervenants sociaux sont expérimentés, plus ils portent un regard critique et négatif sur les transformations du RSSS. Cette étude souligne également que les participants, soit des travailleurs sociaux, sont incapables de relever des éléments positifs à ces restructurations.

Toutefois, les données des participants de cette recherche n'ont pas corroboré cette association, les participants « pour » l'optimisation étant ceux qui ont le plus d'expérience en SAD. Dans cette mesure, la caractéristique distinctive des participants a dû être modifiée.

Durant les entretiens, tous les participants se sont positionnés ouvertement au sujet de l'optimisation. Trois positions sont ressorties de façon évidente dans le discours de chaque participant : ils sont « pour », « contre » ou « nuancés » envers l'optimisation. Il a aussi été observé que ces trois positions peuvent influencer la perception des répondants et leurs réponses. Ce constat a permis de sélectionner la position de chacun des participants comme étant la nouvelle caractéristique distinctive. Ainsi, lorsque pertinent, les résultats sont présentés en lien avec les trois positions répertoriées.

Quatre participants sur 12 ont vécu le boycott des mesures d'optimisation dans leur SAD. Dans ces milieux de travail, les principales mesures d'optimisation ont cessé depuis et les employés n'ont plus à atteindre les objectifs imposés par l'optimisation. Toutefois, afin de favoriser la compréhension de l'analyse, les données sont présentées au présent de l'indicatif, sans distinguer si les mesures d'optimisation sont encore présentes dans le SAD des participants, à moins que cela ne soit pertinent.

Certains termes ont aussi été choisis afin d'uniformiser le texte. La majorité des répondants ne distinguent pas la position hiérarchique ou le titre des cadres dont ils parlent. Ils utilisent davantage les termes « boss », « patron », « supérieur immédiat » ou « gestionnaire ». Le terme « supérieur » est alors utilisé pour identifier tous les titres de cadres, incluant les chefs de l'administration de programmes (les supérieurs immédiats des travailleurs sociaux). La distinction hiérarchique du cadre sera précisée seulement si le propos la rend nécessaire. Le terme « employeur », quant à lui, représente le CSSS. Finalement, le terme « usager » a été sélectionné pour représenter les bénéficiaires des services du SAD; les répondants utilisant aussi les termes « client » et « patient ».

5.3. Rappel des dimensions conceptuelles

La présentation des résultats accorde une importance particulière aux éléments provenant de la typologie de Dejours. Ainsi, le « *travail prescrit* » et le « *travail réel* » sont catégorisés comme des sous-dimensions de la dimension conceptuelle du « *Cadre organisationnel du SAD* ». La notion de « *souffrance au travail* », quant à elle, a été ajoutée aux trois dimensions conceptuelles et comporte deux sous-catégories : la « *souffrance pathogène* » et la « *souffrance créatrice* ». Voici un bref rappel des dimensions conceptuelles incluant l'ajout de la notion de souffrance au travail :

- Le cadre organisationnel du SAD
- L'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux
- La souffrance au travail
- Les ressources des travailleurs sociaux

Deuxième partie : présentation des résultats

Précédant la présentation de l'analyse des données, cette section aborde la caractéristique distinctive, soit les trois positions des participants au sujet de l'optimisation ainsi que les résultats issus des 12 entretiens de recherche. Chaque dimension conceptuelle représente une catégorie d'analyse et est divisée en sous-dimensions.

5.4. Présentation sommaire des positions des participants au sujet de l'optimisation selon la caractéristique distinctive

Les 12 participants se sont positionnés en étant « pour », « contre » ou « nuancés » envers l'optimisation. Lors des entretiens, chaque participant a justifié cette position. La section suivante présente un bref survol des arguments de chaque groupe de participants. Tous ces propos sont ensuite approfondis dans la présentation des résultats.

5.4.1. Participants « POUR » l'optimisation

Deux participants se positionnent comme étant considérablement en accord avec l'optimisation du SAD. Pour eux, l'optimisation rejoint les valeurs du MSSS et de leur profession puisque l'objectif est de mieux répondre aux besoins de la population, comme le mentionne un participant :

On travaille pour un établissement public avec des fonds publics qui doivent être bien utilisés; faut qu'on travaille pour les raisons qui font qu'on est engagés comme TS et faut que ça soit utile. Les clients qui sont en attente, ils ont besoin de services, faut leur répondre le plus vite possible (Participant 9).

Les deux participants reconnaissent toutefois que les exigences mises en place ne sont probablement pas le moyen le plus efficace pour atteindre les cibles de l'optimisation.

5.4.2. Participants « CONTRE » l'optimisation

Parmi les 12 participants, trois d'entre eux s'opposent fortement à l'optimisation dans son entièreté. Ils expliquent que cette réorganisation du travail ne peut s'appliquer à l'intervention psychosociale puisque c'est un outil de contrôle ayant été développé pour augmenter la performance sur des chaînes de montage. Ce modèle de gestion crée une pression inutile sur les employés ainsi qu'une surcharge de travail allant à l'encontre de la notion de performance et nuisant à la qualité des services offerts. Les répondants

déplorent aussi que le MSSS n'ait pas tenu compte de la contribution des employés du SAD lors de l'implantation de l'optimisation, préférant engager des firmes privées à haut coût.

Pour ces participants, les mesures d'optimisation sont aux antipodes du travail social et transforment le rôle du travailleur social en gestionnaire de cas. Une participante explique que :

Ce mode de gestion est basé sur les chiffres, sur la performance : le nombre d'interventions, le nombre de visites, le nombre de dossiers. C'est parce que ça ne marche comme ça, le travail social. C'est comme deux contraires; ça ne peut pas s'appliquer, c'est une logique complètement différente (Participante 8).

Les participants s'entendent pour dire que l'utilisation de mesures répondant aux intérêts des usagers et non pas à ceux de l'employeur aurait été plus acceptable. Une seule des trois participantes apporte un point positif à l'optimisation, soit la volonté d'augmenter le temps passé auprès des usagers. Elle se dit en accord avec l'objectif mais déplore les mesures mises en place pour l'atteindre.

5.4.3. Participants « NUANCÉS » envers l'optimisation

Étant nuancés, ces sept participants ne remettent pas en question les principes de base de l'optimisation. Ils y reconnaissent certaines légitimités pour contrer le manque d'efficacité du RSSS et les entraves à la productivité des employés. Une participante considère l'optimisation comme un mal nécessaire :

C'est sûr qu'on n'est pas toujours d'accord avec les compressions budgétaires et avec les choix du gouvernement et des institutions mais on n'a pas le choix de composer avec et il faut que la population reçoive des services quand même (Participante 10).

Pour ces participants, un des points forts de l'optimisation est l'augmentation du temps d'intervention des travailleurs sociaux auprès des usagers. Toutefois, comme les

participants « contre », ils s'opposent tous aux exigences qui sont en contradiction avec le travail social. Ils déplorent aussi les effets négatifs de l'optimisation sur le bien-être des employés, la façon dont les exigences sont implantées, les coûts disproportionnés associés à l'optimisation et la surcharge de travail provoquée par ce projet. Ils désapprouvent aussi que cette réorganisation du travail minimise l'importance des suivis psychosociaux en mettant l'accent sur la gestion de services, transformant le rôle du travailleur social en gestionnaire de cas.

5.5. Le cadre organisationnel du SAD : l'optimisation

Sont présentées ici les définitions de l'optimisation provenant des répondants et la perception de ces derniers quant au fonctionnement de l'optimisation.

Définitions

Il est pertinent de comprendre comment les participants conçoivent l'optimisation avant d'analyser le contenu des entrevues. Les diverses définitions de l'optimisation présentées par chacun des 12 participants ne permettent pas de faire de lien entre les trois positions « pour », « contre » ou « nuancée ». En effet, il semble que peu importe leurs positions, la majorité des participants n'a pas complètement acquis le concept global de l'optimisation. Une seule des 12 participants définit clairement l'optimisation comme une réorganisation du travail. Une autre participante est en mesure de préciser que le MSSS exige une augmentation de 10% des interventions faites directement auprès des usagers.

Sans être fausses, les définitions sont majoritairement incomplètes. Les notions d'augmentation de la performance des employés et des interventions faites directement auprès des usagers reviennent fréquemment. D'autres participants font un lien entre l'optimisation et le financement des SAD, en ce sens que les programmes doivent se

conformer aux exigences du MSSS puisque les budgets des CSSS sont attribués en fonction de la performance.

Les autres définitions sont davantage des opinions personnelles. Par exemple, quelques participants affirment que l'optimisation est une mesure de contrôle pour vérifier le travail des employés. D'autres expliquent que l'optimisation vise à « *en faire plus avec moins* », ce qui s'éloigne du concept réel qui est de « *faire plus avec les mêmes ressources* ».

Ces définitions ne reprennent pas tous les éléments de l'optimisation. En considérant l'aspect de la réorganisation du travail des employés des SAD et le fait que le MSSS a mis en place des cibles précises à atteindre avec des moyens issus de l'approche *Lean Healthcare SixSigma* (MSSS, 2012a), seuls quelques participants sont en mesure de définir de façon globale ce qu'est l'optimisation.

Fonctionnement

Les participants expliquent comment s'est déroulé le processus d'implantation de l'optimisation dans leurs milieux de travail. Deux participantes n'ont pas été en mesure de s'exprimer à ce sujet car elles ont commencé à travailler au SAD après l'implantation de l'optimisation.

L'implantation n'a pas débuté au même moment dans tous les SAD. Le tableau 5.2 affiche les années d'implantation de l'optimisation dans chacun des SAD des 12 participants. Dans les quatre milieux où les employés ont boycotté le projet, l'optimisation a duré entre 10 mois et 1 an et demi.

Tableau 5.2 : Années d'implantation de l'optimisation dans les SAD des 12 participants

Année d'implantation de l'optimisation dans les SAD	Nombre de participants
2011	3
2012	6
2013	3

Au début de l'implantation de l'optimisation, diverses firmes privées ont été engagées dans les SAD de tous les répondants. Elles avaient le mandat d'évaluer la performance du SAD. Dépendamment du SAD, la firme a quitté après cette évaluation ou elle est demeurée sur place pour aider les supérieurs à mettre en place les mesures d'optimisation. S'en est suivi la création de comités impliquant des employés du SAD visant à minuter tous les actes des employés ainsi qu'à identifier les entraves à la productivité et les tâches de chaque groupe de professionnels.

À l'aide des données recueillies dans les comités, les firmes privées ont implanté dans la majorité des SAD un outil informatique nommé « outil de planification », défini à la section 5.6.1. Certains SAD ont plutôt choisi d'utiliser des outils « maison », fortement inspirés de l'outil de planification. En somme, tous les participants se sont vus dans l'obligation de compléter un outil de planification. Des mesures, présentées à la section 5.6.1., ont ensuite été imposées dans toutes les équipes de SAD.

Plusieurs travailleurs sociaux expliquent qu'ils étaient initialement intéressés à s'impliquer dans la démarche d'optimisation et que malgré la création de comités d'employés, la rigidité des mesures a fait en sorte qu'à peu près aucune de leurs suggestions n'ont finalement été retenues. Selon Dejourns (2011), il aurait été profitable pour les employeurs d'impliquer davantage les employés dans le processus d'optimisation. En effet, les recherches en psychodynamique du travail reflètent que les employés accordent une importance significative à leur efficacité et à leur productivité, dans la mesure où les supérieurs reconnaissent aux employés le droit et la compétence

d'en concevoir les aspects positifs. Un seul participant décrit que les opinions de son équipe ont été considérées dans le processus d'optimisation.

5.6. Le travail et les exigences de l'optimisation

Cette section présente les deux types de travail provenant de la typologie de Dejours, soit le « *travail prescrit* » et le « *travail réel* ». Ils sont mis en lien avec les mesures d'optimisation.

5.6.1 Travail prescrit

Selon la psychodynamique du travail de Dejours, le concept de *travail prescrit* représente les attentes des supérieurs envers leurs employés (Dejours, 2006). L'expérience des participants durant l'optimisation illustre concrètement ce concept. Dans la présente recherche, les exigences découlant des orientations ministérielles et imposées par les supérieurs aux travailleurs sociaux représentent le *travail prescrit*.

L'exigence principale de l'optimisation consiste en l'augmentation du nombre d'heures passées directement auprès des usagers. Les moyens mis en place pour y arriver sont les mêmes chez tous les participants : compléter l'outil de planification, respecter le minutage et participer à des rencontres de suivi et d'évaluation de la performance.

Interventions directes auprès de l'utilisateur

L'augmentation du temps passé directement auprès des usagers est une exigence présente dans les milieux de travail de tous les participants. Le nombre de visites à domicile (VAD) obligatoires varie d'un SAD à l'autre mais se situe entre cinq et dix par semaine. En plus de l'augmentation des VAD, des exigences hebdomadaires s'ajoutent aussi dans certains

SAD, comme l'augmentation des contacts téléphoniques quotidiens faits aux usagers. L'exigence du MSSS d'augmenter de 10% le temps passé directement auprès des usagers (MSSS, 2010) est donc sujette à être interprétée et appliquée de différentes façons, selon le CSSS.

L'outil de planification et le minutage

Il existe plusieurs appellations différentes pour ce même outil, selon le milieu de travail. L'expression « outil de planification » a été sélectionnée pour cette recherche afin d'assurer la confidentialité des participants.

Tous les participants se voient dans l'obligation d'utiliser l'outil de planification, qu'il soit développé par une firme privée ou par le CSSS. Cet outil informatique permet aux travailleurs sociaux de planifier et prévoir leur emploi du temps ainsi que de compiler leurs statistiques afin de démontrer s'ils se conforment aux exigences reliées au nombre de VAD exigé. Chaque acte professionnel reconnu par les supérieurs ainsi que les données relatives au minutage sont consignés dans l'outil de planification. Par exemple, lorsqu'un travailleur social y planifie ses tâches hebdomadaires, l'outil de planification lui permet de voir l'ensemble de son semainier ainsi que la durée d'exécution de chaque tâche prévue, puisque tous les actes inclus dans l'outil de planification sont minutés. Le minutage représente la détermination précise d'une durée d'exécution pour la réalisation de chacun des actes professionnels reconnus par les supérieurs.

Certains SAD obligent les employés à prévoir toutes leurs tâches, peu importe qu'elles soient directement ou indirectement faites en présence de l'utilisateur. Dans d'autres SAD, seules les tâches directes y sont inscrites, comme les VAD et les appels téléphoniques. Pour la plupart des participants, lorsqu'une tâche est exécutée, ils doivent l'inscrire dans l'outil de planification en y ajoutant le temps imparti. Il est ainsi possible de comparer la tâche réalisée à la planification initiale et de savoir si sa durée concorde avec le minutage.

Suivi et évaluation de la performance

Bien que cette mesure varie dans sa forme et sa fréquence, tous les participants se voient dans l'obligation de participer à des rencontres de suivi et d'évaluation de la performance (SEP). Ces rencontres ont deux objectifs. Le premier est de vérifier si les tâches prévues dans l'outil de planification ont été réalisées. Le deuxième objectif est de vérifier si le temps passé directement auprès des usagers est conforme aux exigences. Toujours selon le milieu, la rencontre peut être animée par le chef de l'administration de programmes mais c'est majoritairement le coordonnateur clinique qui assume cette responsabilité.

Durant la rencontre, l'animateur utilise les données de l'outil de planification de l'employé et calcule le nombre de VAD, les heures passées directement auprès des usagers et le nombre d'interventions directes, selon les exigences du SAD en question. L'employé a ensuite la possibilité, si cela est nécessaire, d'expliquer pourquoi les cibles hebdomadaires n'ont pas été atteintes.

Pour certains participants, ces rencontres ont lieu une à deux fois par semaine. Pour d'autres, elles ont lieu aux trois mois ou au besoin. Pour une participante, l'exercice est quotidien. Dans certains milieux, durant la rencontre, les statistiques du participant sont comparées à celles de ses collègues considérés par les supérieurs comme étant plus performants.

Dans le milieu de travail de deux participants, cette rencontre se fait en réunissant tous les travailleurs sociaux de l'équipe qui doivent se présenter leurs statistiques. Pour une de ces participantes, ces rencontres sont quotidiennes. Par ailleurs, plusieurs participants mentionnent avoir accès aux statistiques de leurs collègues, soit parce qu'elles sont affichées sur un mur du SAD, soit par l'outil de planification.

5.6.2. Travail réel

Le travail réel représente la capacité des participants à satisfaire aux exigences patronales, la façon dont ils interprètent la réalisation de ces exigences et les répercussions de ces exigences sur leur travail (Dejours, 2006). Ces données sont donc subjectives. Cette section développe le lien entre le travail réel et la notion d'interprétation de la performance, présente les diverses entraves vécues par les répondants « contre » et « nuancés » pour se conformer aux exigences et aborde le concept d'écart entre le travail prescrit et le travail réel.

En ce qui a trait à la performance des répondants, ceux du groupe « pour » l'optimisation considèrent se conformer aux exigences. Toutefois, aucun répondant des groupes « contre » et « nuancés » n'est en mesure de satisfaire à ces exigences.

L'interprétation des attentes patronales

Lorsqu'ils se voient dans l'impossibilité d'atteindre les cibles, les travailleurs sociaux « pour » l'optimisation tiennent compte de l'intensité de leur charge de travail dans l'analyse de leur performance personnelle :

Ça ne veut pas dire qu'on va les atteindre tout le temps, les exigences, mais on doit s'en rapprocher. Je peux me dire, par exemple, qu'aujourd'hui, j'ai fait trois interventions sur quatre. Ma journée est finie, j'ai fait ce que j'avais à faire et je suis satisfait de ma performance (Participant 9).

Pour ce participant, la satisfaction quant à sa performance provient de sa capacité à se conformer aux exigences ou de s'en rapprocher le plus possible, dans la mesure où il fait quotidiennement tous les efforts nécessaires pour y arriver. La notion « d'interprétation » reliée au travail réel et à la performance prend ici tout son sens. Bien que ce participant n'atteint pas les cibles de l'optimisation à tous coups, il considère tout de même satisfaire aux exigences de l'optimisation. Pour ce répondant, faire tout ce qu'il peut pour se rapprocher des exigences et être satisfait de sa performance à la fin de sa journée de travail

représente une façon de se conformer aux exigences. Son interprétation de sa performance est donc qualitative. Les répondants « contre » et « nuancés », quant à eux, présentent davantage une vision quantitative : les exigences sont satisfaites uniquement lorsque les statistiques d'interventions réalisées correspondent aux résultats imposés.

Cette notion « d'interprétation » peut aussi être mise en lien avec la perception que les travailleurs sociaux se font des exigences. Une participante « nuancée » remet en question certains propos entendus dans les médias :

Ce qui a été véhiculé comme information dans les médias, c'est que le boss dit que tu n'as pas le droit de passer plus que tant de temps chez le client pour tel type d'intervention. [...] En réalité, tu as le droit de rester plus longtemps mais faut que tu justifies pourquoi, que tu l'expliques. Et c'est cette partie-là qui est stressante et difficile (Participante 1).

Cet extrait démontre à quel point le travail réel est sujet à interprétation selon la compréhension que le travailleur se fait des exigences patronales. Dans cet extrait, l'aspect « obligatoire » du minutage prend un tout autre sens que celui présenté par la majorité des répondants : le travailleur social n'est pas obligé de respecter le minutage dans la mesure où ce dernier accepte d'expliquer pourquoi il a pris cette décision et que son supérieur reconnaît la pertinence de sa justification.

Les imprévus et les urgences

Deux raisons reliées directement aux mesures d'optimisation expliquent l'incapacité des répondants à se conformer aux exigences. La première est que le nombre de VAD obligatoires à exécuter chaque semaine est trop élevé. La deuxième provient de l'obligation de planifier la semaine de travail sans tenir compte des imprévus.

Le travailleur social au SAD est effectivement sujet à répondre fréquemment à des imprévus ou des urgences comme des sorties d'hôpital ou des situations de crise. Dejours (2003) reconnaît d'ailleurs que les imprévus peuvent donner l'impression d'un écart entre

le travail prescrit et le travail réel. Une participante explique l'incohérence d'une planification trop rigide :

C'est dur, avec des êtres humains qui sont en perte d'autonomie, d'évaluer une semaine à l'avance quand ils vont être malades, quand ils vont être hospitalisés ou quand ils vont avoir besoin qu'on leur parle au téléphone (Participante 12).

En plus de gérer la nouvelle intervention, ils doivent réaliser les tâches administratives reliées à cette situation. Ces imprévus obligent ainsi les travailleurs sociaux à annuler certaines interventions planifiées et augmentent leur charge de travail. L'annulation de VAD ou de démarches résulte aussi en une planification initiale non respectée, un nombre d'heures d'interventions directes diminué et l'obligation de justifier l'incapacité à satisfaire aux exigences lors de la rencontre SEP.

L'intensité de la charge de travail

Plusieurs répondants déplorent que l'intensité de leur charge de travail les empêche de satisfaire aux exigences. Pour eux, le nombre de dossiers attribué à chaque travailleur social est trop élevé (il varie entre 35 et 100 chez les répondants), la gestion des services à domicile demande beaucoup de temps, les tâches administratives sont trop nombreuses et les usagers présentent des profils d'autonomie de plus en plus complexes car des gens en très grande perte d'autonomie restent à domicile, ce qui augmente et alourdit les démarches. Les répondants estiment manquer de temps pour tout faire. La recherche de Gonin, Grenier et Lapierre (2012) démontre que cette impression de surcharge de travail est de plus en plus évoquée par les intervenants sociaux du RSSS. Allant dans le même sens, Moachon et Bonvin (2013) reconnaissent que les volontés institutionnelles de standardiser les pratiques sociales augmentent le travail administratif des travailleurs sociaux.

Critères de performance

Plusieurs répondants dénoncent que les critères de performance ne tiennent pas compte de l'expérience et des compétences professionnelles des travailleurs sociaux. Un participant explique pourquoi il est impossible d'exiger le même rendement à tous les employés : « *Ça prend au moins 8 mois pour comprendre toute la machine du SAD. Donc, on ne peut pas demander à un nouveau de performer autant qu'à un ancien. C'est impossible* (Participant 4) ». Selon Dejourn (2011), on ne peut mesurer le travail des employés car les critères utilisés généralisent le travail et ne reconnaissent pas la personnalité et les compétences de l'employé. L'utilisation de la personnalité et des compétences personnelles varie d'un employé à l'autre lors de la réalisation d'une tâche professionnelle. Les moyens mis en place pour atteindre les résultats sont aussi différents pour chaque employé. C'est dans cette logique que l'évaluation individualisée mesure les résultats du travail et non pas le travail lui-même, ne rendant pas justice au travail des employés.

De plus, les participants mentionnent que la rigidité des exigences et de la planification des horaires ne leur laisse pas de place pour prendre du recul et réfléchir à leurs dossiers. Cette responsabilité diminue la performance puisqu'elle n'est pas consignée dans l'outil de planification. Pour Bentayeb et Goyette (2013), cette rigidité des critères de performance répond aux logiques institutionnelles et limite la créativité des travailleurs sociaux dans leurs interventions psychosociales. Qui plus est, les indicateurs de performance de ces critères étant quantitatifs, ils ne permettent pas, lors de l'évaluation des résultats, d'aborder les processus d'intervention ayant permis l'atteinte de ces résultats.

Particularités de l'utilisateur

Pour les travailleurs sociaux, le minutage des actes professionnels standardise les interventions sans reconnaître les particularités des usagers et leurs besoins psychosociaux spécifiques. Par exemple, un usager présentant des problèmes sociaux comme de l'isolement social augmente l'intensité de la charge de travail psychosocial et administratif. Cette réalité s'explique par un réseau social souvent inexistant ou inadéquat et par le fait que le travailleur social doit pallier pour les démarches que font normalement les proches. Aussi, un usager ayant des troubles cognitifs ou de santé mentale importants prend davantage de temps à être évalué car le lien de confiance est plus difficile à établir. Une participante explique qu' : « *on n'est pas ici dans une usine d'assemblage. On fait un travail qui n'est pas standardisé. Les interventions, ça fluctue d'une personne à l'autre* (Participante 1). »

Un dossier dit « complexe » nécessite souvent l'équivalent de la charge de travail de deux ou trois dossiers. Lorsque le travailleur social prévoit une VAD chez un usager avec un profil complexe, il augmente automatiquement sa charge de travail hebdomadaire, ce qui diminue sa disponibilité pour effectuer le nombre de VAD imposé. Pour Moachon et Bonvin (2013), la mise en place d'indicateurs de performance trop rigides peut nuire à la qualité des services offerts aux personnes très vulnérables car le travail auprès de ces usagers est si exigeant que pour tenter de se conformer aux exigences de performance, les travailleurs sociaux peuvent faire le choix de limiter les interventions à leur égard.

Le minutage

Selon les répondants, le minutage des actes professionnels ne correspond pas au temps réel d'exécution et est calculé à la baisse. Par exemple, dans plusieurs milieux, un appel téléphonique doit durer au maximum 15 minutes, que ce soit pour un suivi de deuil auprès d'un proche suite au décès d'un usager ou pour contacter un autre professionnel. Un

participant déplore aussi que la rédaction des évaluations psychosociales pour les mandats en cas d'inaptitude soit maintenant minutée : « *Optimiser et minuter ça, c'est impossible. On enlève les droits des gens. Faut prendre le temps de les évaluer comme il faut* (Participant 4) ». Ce participant ajoute que le minutage minimise l'importance du volet psychosocial dans les suivis auprès des usagers et considère que cette technique

s'éloigne de la nature même du travailleur social, qui est supposé aider la personne à surmonter ses problèmes psychologiques et psychosociaux. On est beaucoup plus dans la gestion de services que dans la résolution de problèmes psychosociaux (Participant 4).

L'impact principal du minutage sur la capacité d'atteindre les objectifs est de ne pas représenter fidèlement le temps d'exécution des tâches, ce qui biaise les statistiques lors des rencontres SEP.

L'importance des tâches indirectes

Le fait que l'outil de planification ne reconnaît pas tous les actes psychosociaux est décrié par les participants. Les interventions indirectes comme les tâches administratives, les contacts avec les proches ou avec d'autres professionnels et les interventions faites à l'extérieur du domicile de l'utilisateur ne se retrouvent pas dans l'outil de planification. Pourtant, les travailleurs sociaux expliquent qu'une cueillette de données effectuée auprès d'un usager avec des atteintes cognitives doit normalement être enrichie auprès des proches car les informations recueillies risquent d'être biaisées.

Les travailleurs sociaux en SAD impliquent activement l'environnement de l'utilisateur en incluant dans leurs interventions un nombre considérable de personnes telles que la famille, les amis, le médecin, des bénévoles, etc. Ces interventions ne sont pas comptabilisées car elles sont considérées comme étant « indirectes ». Une participante explique que « *le travailleur social répond à un système. Ça fait que quand on a 45-50 clients, on répond à 45-50 systèmes* (Participante 6) ».

Selon les participants, ces tâches indirectes ont aussi leur importance car elles sont réalisées dans l'intérêt de l'utilisateur. Puisque les travailleurs sociaux ne peuvent inscrire les tâches indirectes dans l'outil de planification, il est fréquent que leurs statistiques sous-représentent le travail réellement effectué. En ce sens, pour Moachon et Bonvin (2013), les indicateurs de performance imposés aux travailleurs sociaux éloignent ces derniers des réalités professionnelles pour favoriser les objectifs institutionnels.

L'écart entre le travail prescrit et le travail réel

Les répondants ressentent une pression liée à leur incapacité à se conformer aux exigences. Cette pression est exacerbée par l'obligation, lors des rencontres SEP, d'expliquer pourquoi ces exigences n'ont pas été satisfaites. Une frustration émerge de ces rencontres car les travailleurs sociaux considèrent que les obligations ne peuvent pas toutes être respectées puisqu'elles ne représentent pas la réalité de leur travail. Cet exercice cristallise l'impression d'écart entre le travail prescrit et le travail réel. Pour Dejours (2003), ces écarts proviennent de plusieurs sources : événements inattendus, incidents, incohérences organisationnelles, imprévus, etc. Les participants « pour » l'optimisation ne ressentent pas d'écart entre le travail prescrit et le travail réel puisqu'ils considèrent être en mesure de satisfaire aux exigences.

Dejours (2003) et Dejours et Gernet (2012) constatent que les employés voient cet écart comme un échec. Cet échec peut provoquer de l'impuissance, de la colère, de la déception ou du découragement (Dejours, 2003). L'exemple d'une participante illustre les propos de Dejours et Gernet :

C'est toujours une remise en question de ton intervention, de ton identité personnelle et professionnelle. Tu es toujours en train de te justifier... Tout le temps. Tout le temps (Participante 8).

Pour plusieurs répondants, cet échec est d'autant plus difficile à accepter qu'avant l'optimisation, ils considéraient être des employés performants puisqu'ils avaient l'impression de répondre aux attentes de leurs supérieurs.

L'exercice de faire nommer aux travailleurs sociaux les obstacles qui entravent leur performance a comme objectif de développer des alternatives pour éviter que ces situations ne se reproduisent (AQESSS, 2012). Il est d'ailleurs démontré que les mesures de régulation mises en place dans les RSSS à travers le monde permettent de diminuer les actes professionnels considérés inutiles (Pomey et Dubois, 2007). L'effet produit est tout autre chez les répondants, qui se sentent harassés et persécutés de continuellement devoir se justifier. Ils perçoivent davantage cette justification comme une confrontation qui remet en doute leurs compétences et leurs décisions professionnelles. De plus, les mesures d'optimisation visant davantage les résultats que les processus d'intervention, peu de solutions émergent lorsque les travailleurs sociaux se justifient de ne pas atteindre les objectifs. Les obstacles qui entravent la productivité sont donc maintenus et les travailleurs sociaux se voient obligés de répéter les mêmes explications à chaque rencontre.

Le vécu des répondants confirme en tous points le concept de « *travail réel* » de Dejours. Leurs propos soulignent un sentiment d'échec lorsqu'ils constatent la présence d'un écart entre le travail prescrit et le travail réel. Les données de cette recherche démontrent que cet écart peut également provenir de l'interprétation que les répondants se font de leur propre performance et des exigences.

5.7 Opinions des travailleurs sociaux envers les supérieurs

Cette section souligne les changements relationnels entre les supérieurs et les répondants depuis l'implantation de l'optimisation. Y sont présentés les principales critiques des répondants envers leurs supérieurs, les contraintes des supérieurs observées par les

participants ainsi que l'impact de l'optimisation sur les relations entre les supérieurs et les employés.

5.7.1 La situation des supérieurs

Contrairement aux répondants « pour », les participants des groupes « contre » et « nuancé » critiquent les réactions et les attitudes de leurs supérieurs au moment de l'implantation de l'optimisation. Les principales critiques visent le manque d'écoute envers les plaintes des employés et la banalisation du stress vécu par les travailleurs sociaux. Une des participantes explique que les réponses des supérieurs étaient toujours formulées de façon à exacerber les frustrations des employés. Aux insatisfactions des travailleurs sociaux, les supérieurs répondaient :

C'est là pour rester, va falloir vous adapter. C'est de la résistance au changement. C'est à nous de s'adapter à [la firme privée] et pas à [la firme privée] de s'adapter à nous (Participante 2).

Cette attitude a persisté dans la façon de s'adresser aux employés, altérant par le fait même le climat de travail et limitant de façon majeure le soutien offert par les supérieurs. Pour expliquer ce manque de considération, des répondants évoquent que leurs supérieurs méconnaissent le travail social et sont limités par le manque de formation ou par des lacunes dans les formations en gestion. Comme l'explique une participante :

C'est des infirmiers et des travailleurs sociaux. On les met dans des postes de gestion et ils ne savent pas toujours comment augmenter l'efficacité d'une équipe, comment s'assurer que les communications se fassent bien. Bref, comment faire de la gestion (Participante 1).

Cette critique réfute certains propos du MSSS (2007), qui assure que les cadres ont toutes les compétences pour répondre aux objectifs et aux stratégies des CSSS.

L'impression que les intérêts des supérieurs au sujet de l'optimisation soient principalement financiers est la deuxième critique des travailleurs sociaux. Pour une participante,

ce n'est pas vrai qu'ils sont là pour représenter nos intérêts ou qu'ils ont notre bien-être à cœur ou que leurs objectifs sont toujours axés vers le client. On a perdu de vue bien des objectifs, là-dedans. On augmente pour augmenter, sans aucune cohérence (Participante 1).

Il a été démontré précédemment que les supérieurs ont la responsabilité de mettre en place des stratégies pour que l'équipe de travail se conforme efficacement aux exigences ministérielles (Groupe de travail sur le financement du système de santé; 2008, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux; 2000, MSSS; 2007). Dans le cas présent, les supérieurs doivent implanter les mesures d'optimisation tout en s'assurant que les employés les appliquent. Les intérêts des employés sont plutôt représentés par le syndicat (Boivin, 2003) et ceux des usagers, dans une moindre mesure, par les travailleurs sociaux (Couturier, 2005) et par les comités d'usagers.

Ces critiques remettent en question l'objectif 5.2.1 du Plan stratégique 2010-2015. L'objectif vise à « *mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère (...)* (MSSS, 2010, p. 41) ». Les propos des répondants démontrent que si des efforts sont déployés afin d'atteindre cet objectif, les effets et les résultats ne sont pas perçus par les employés.

Malgré ces critiques, tous les répondants sans exception reconnaissent que leurs supérieurs subissent des contraintes reliées à l'optimisation. Par exemple, pour les participants, les chefs de l'administration de programmes ressentiraient beaucoup de pression provenant de leurs propres supérieurs afin de répondre aux cibles ministérielles. Les cadres verraient aussi leur pouvoir décisionnel limité par des attentes très strictes du MSSS envers l'optimisation.

Finalement, tous les participants reconnaissent que le rôle des coordonnateurs cliniques a été modifié avec l'optimisation. Malgré que ces derniers soient syndiqués, la majorité des participants les catégorisent désormais comme faisant partie du groupe hiérarchique supérieur, compte tenu de leur implication dans les rencontres SEP. Selon les répondants, les principales conséquences de l'optimisation pour les coordonnateurs cliniques sont

l'augmentation de la charge de travail et des tâches administratives au détriment des suivis cliniques ainsi qu'une perte de confiance et de crédibilité aux yeux de leurs collègues. Une participante explique la situation délicate dans laquelle se trouve sa coordonnatrice clinique :

Elle n'a pas le choix, c'est sa job. L'optimisation, c'est un outil de contrôle sans être un outil de contrôle : faut qu'elle nous supervise sans avoir le pouvoir de le faire... En étant une travailleuse sociale syndiquée, là. Elle a une job épouvantable (Participante 12).

Pour Dejourns (2010), bien que cette tâche soit souvent une corvée, l'évaluation individualisée des performances nécessite que l'évaluateur consente à assumer ce rôle. Plusieurs participants soulignent que le fait d'avoir constaté ces contraintes chez les supérieurs et les coordonnateurs cliniques leur a permis de mieux accepter leurs réactions, sans pour autant être en accord avec leurs façons de faire.

5.7.2. Relations avec les supérieurs

La réorganisation du travail dans le SAD a grandement affecté les relations entre les supérieurs et les participants « contre » l'optimisation. La confiance qu'ils ressentaient envers leurs supérieurs a été rompue par l'arrivée de l'optimisation; un sentiment de méfiance s'est installé. La moitié des participants « nuancés », de leur côté, ne parlent pas de bris de relation mais plutôt de changements dans la relation qu'ils entretiennent avec leurs supérieurs. Le fait de ne pas se sentir écoutés ou reconnus dans leur travail, d'avoir l'impression que leur performance est insatisfaisante et de ne plus avoir accès aux supérieurs par manque de disponibilité des deux parties explique cette transformation. Une recherche réalisée en Suisse par Moachon et Bonvin (2013) étudie la réalité d'agents sociaux exerçant dans un milieu ayant implanté des mesures de performance. Se sentant surveillés, ces agents ont l'impression que leurs supérieurs doutent de leurs compétences. L'étude aborde aussi la notion de perte de confiance mais elle cible davantage les mesures de performance que les supérieurs.

Tous les répondants « contre » et la moitié des « nuancés » sont aussi en accord avec le fait que la relation avec les coordonnateurs cliniques a été altérée. La perte de confiance envers leur rôle, le fait qu'ils soient syndiqués et qu'ils évaluent la performance des employés sont tous des éléments qui ont contribué à creuser un fossé entre les employés et les coordonnateurs cliniques.

L'autre moitié des participants « nuancés » se positionne de la même façon que les participants « pour » l'optimisation : ils expriment tous n'avoir vécu aucun changement dans leur relation avec leurs supérieurs ou leur coordonnateur clinique lors de l'arrivée de l'optimisation.

En somme, les composantes du cadre organisationnel du SAD démontrent que la démarche d'optimisation n'est pas perçue de la même façon par tous les travailleurs sociaux. Les répondants s'entendent majoritairement sur la nature du travail prescrit. Toutefois, même s'ils n'atteignent pas toujours les cibles, seuls les participants « pour » l'optimisation considèrent être en mesure de se conformer aux exigences puisqu'ils se disent globalement satisfaits de leur performance. Ces participants proposent ainsi une interprétation du travail réel davantage positive. Pour tous les autres répondants, les nombreuses raisons expliquant leur incapacité à satisfaire aux exigences du travail prescrit provoquent des écarts de diverses intensités entre les deux types de travail. Ces écarts, qui créent des répercussions négatives, encouragent ainsi les participants à réprouber l'optimisation. Ces répercussions sont présentées dans la section suivante de ce chapitre.

Finalement, l'interprétation des répondants au sujet de l'optimisation peut influencer leurs opinions au sujet de leurs supérieurs. Cette interprétation peut également jouer sur le degré de compréhension de l'optimisation, sur la position des travailleurs sociaux face à l'optimisation et sur l'intensité de la souffrance vécue par les travailleurs sociaux depuis son implantation.

5.8. Souffrance au travail

La notion de souffrance au travail tirée de la théorie de la psychodynamique de Dejours a été définie précédemment. Deux types de souffrance ont été présentés : la souffrance pathogène et la souffrance créatrice. La section suivante fait le lien entre ces types de souffrances et le vécu émotif des travailleurs sociaux au SAD depuis l'implantation de l'optimisation.

5.8.1. Souffrance pathogène

Selon la théorie de Dejours, l'employé qui ressent un échec après avoir perçu l'écart entre le travail prescrit et le travail réel et qui ne trouve pas de moyen de contrer cet échec risque de ressentir de la « souffrance pathogène ». Selon la gravité, cette souffrance peut atteindre la santé mentale des employés (Dejours, 2006). Cette souffrance peut s'exprimer de différentes façons : Dejours (2003) reconnaît plusieurs formes de souffrance pathogène, comme les contraintes de cadence ou de qualité, les contraintes sociales de la domination, l'injustice, le mépris, l'humiliation, les exigences des usagers, etc. Elle peut être provoquée lorsque l'employé n'est pas en mesure de répondre aux attentes de son supérieur ou lorsque l'employé doit satisfaire à des exigences patronales en faisant des tâches qu'il réprouve moralement et qu'il ne fait rien, par la suite, pour s'opposer à cette situation (Dejours, 2010). Dans le cadre de cette recherche, cette impression d'échec est représentée par l'incapacité de la majorité des travailleurs sociaux à se conformer aux exigences de l'optimisation.

Les participants du groupe « pour » sont les seuls en mesure de satisfaire aux exigences de l'optimisation et par le fait même, sont les seuls à ne pas ressentir de souffrance pathogène. Toutefois, tous les autres participants, qu'ils soient « contre » ou « nuancés », tiennent des propos démontrant de la souffrance pathogène. Cette souffrance s'exprime de différentes façons chez les travailleurs sociaux. Les répercussions de cette souffrance

se font sentir chez chacun des participants tout en affectant la dynamique de l'équipe de travail.

Souffrance pathogène et santé mentale des employés

Chez plusieurs participants, la souffrance ressentie s'est traduite par des sentiments d'opposition envers l'optimisation tels que la colère, la frustration ou le refus de collaborer. Par exemple, une participante dit éprouver de la colère et se sent incapable d'accepter l'optimisation : « *Ce que je retiens de mon expérience, c'est que je trouve que c'est scandaleux, l'optimisation. C'est scandaleux. On est pris à la gorge (Participante 6) »*.

Il a été mentionné à de nombreuses reprises que l'obligation de justifier son travail lors des rencontres SEP est un des éléments les plus difficiles à accepter pour les travailleurs sociaux. Certains participants ont l'impression que leurs supérieurs ont perdu confiance en eux et qu'ils doutent de leurs compétences professionnelles. D'autres se sentent infantilisés, surtout les plus expérimentés. Pour une participante ayant 15 années d'expérience au SAD, l'optimisation affecte la perception qu'elle a de ses propres capacités professionnelles :

On se dévalorise. Je me dis que je ne suis pas bonne, pas capable. Faut que je travaille chez nous parce que je ne suis pas capable d'arriver. C'est vraiment dangereux pour la santé mentale des employés (Participante 3).

Le fait que cet exercice de justification ne tienne pas compte de l'expérience du travailleur social, de l'intensité de ses dossiers, du nombre de dossiers à sa charge et de sa performance globale crée chez les travailleurs sociaux une dévalorisation, une démotivation et un désintérêt à fournir les efforts nécessaires pour atteindre les résultats. Dejours souligne que l'analyse qualitative devrait davantage être utilisée dans les milieux de travail car « *le résultat de l'action ne permet pas de juger quelqu'un* (Dejours, 2010, par. 48). Pour Dejours (2010), les évaluations individuelles de la performance des

employés devraient tenir compte des dossiers, de la personnalité des employés et du contexte dans lequel la tâche a été réalisée, tout en reconnaissant le point de vue de l'employé sur la tâche évaluée.

L'exigence d'augmenter la performance des travailleurs sociaux provoque une pression chez la majorité d'entre eux. Un participant explique qu'il en ressentait déjà avant l'optimisation, rendant la pression supplémentaire intolérable :

Faut pas oublier qu'en travail social, on intervient régulièrement sous pression parce qu'on travaille avec des charges émotives. On travaille avec des gens qui sont en train de mourir, des gens qui se font battre. On n'est pas des robots. On a beau essayer de gérer nos émotions, on fait notre gros possible (Participant 11).

Ce répondant avoue ne pas être en mesure de supporter autant de pression. La surcharge de travail qu'apporte l'optimisation a aussi provoqué un sentiment de détresse chez certains travailleurs sociaux. Incapable de suivre le rythme exigé, une participante explique la difficulté de rencontrer sa supérieure pour lui parler :

Faut que je me batte, faut que je prenne l'énergie que je dois mettre dans mes dossiers pour dire à ma boss que c'est assez. C'est assez, je ne suis pas capable d'en prendre plus (Participante 3).

La souffrance vécue par le tiers des participants est si importante que les conséquences ont affecté à long terme leur santé mentale. Tout d'abord, deux participants révèlent que leur incapacité à se conformer aux exigences a fait émerger des symptômes d'anxiété :

La fin de semaine, je faisais de l'insomnie. Je me disais : « *Mon Dieu, comment j'vais faire pour passer la semaine?* ». Au début, je me disais que j'allais prendre ça à la légère mais non, je ne peux pas. Parce que je n'y arrive jamais. C'est toujours une remise en question de ton intervention, de ton identité personnelle, professionnelle. Tu es toujours en train de te justifier. Tout le temps. Tout le temps. Ça remet en cause ton identité professionnelle, ton opinion professionnelle (Participante 8).

Suite au boycott des mesures d'optimisation dans son milieu, elle constate être sortie de tous ces événements fragile et traumatisée. Elle se dit incapable de revivre un changement aussi important dans son milieu de travail. Deux autres participantes expriment que de

ne pas avoir été en mesure de satisfaire aux exigences les a mené vers l'épuisement professionnel. Les deux travailleuses sociales ont dû quitter leur emploi pour un arrêt maladie de plusieurs semaines. Ce temps d'arrêt a été nécessaire pour leur permettre de prendre du recul, comme l'explique une participante :

C'est sûr que j'ai pris une certaine distance. J'ai pris une distance par rapport à ça depuis que je suis revenue car c'était devenu très lourd, c'était une situation de crise (Participante 2).

Toutes deux expliquent être revenues au travail en cherchant à se protéger psychologiquement des effets de l'optimisation. Pour Dejours et Gernet (2012), la souffrance pathogène se développe dans des milieux de travail où les conditions de travail sont défavorables. Les recherches de Dejours démontrent d'ailleurs que plus un employé consent à faire des tâches qu'il réprovoie moralement, plus il se vulnérabilise sur le plan de la santé mentale (Dejours, 2010).

Souffrance pathogène et effets sur les équipes de travail

La souffrance ressentie par chacun des travailleurs sociaux a des répercussions sur la dynamique et le climat des équipes de SAD. Les travailleurs sociaux observent que dans les rencontres d'équipe, le climat est empreint d'une lourde charge émotionnelle : des tensions avec les supérieurs éclatent, certains employés pleurent, d'autres expriment des sentiments d'oppression et de détresse psychologique, des employés tiennent des propos agressifs envers les supérieurs, etc. Dans certaines équipes, le climat de travail est malsain et les travailleurs sociaux se disent plus fatigués, stressés et désengagés qu'avant l'optimisation. Une participante explique que d'avoir vu plusieurs de ses collègues quitter leurs emplois à cause de l'optimisation a exacerbé les sentiments négatifs qu'elle ressentait déjà envers l'optimisation.

L'attitude des supérieurs peut aussi créer de la souffrance si ces derniers démontrent une rigidité dans l'application des exigences (Dejours, 2006). Le terme rigidité s'applique ici

lorsque les supérieurs ne présentent pas d'empathie et de soutien envers leurs employés, qu'ils banalisent les effets de l'optimisation sur leur équipe et qu'ils ne reconnaissent pas les besoins professionnels de leurs employés. Une participante travaillant dans un SAD où l'optimisation a été boycottée explique que lorsque les employés exprimaient leur détresse, les supérieurs leur répondaient des phrases comme :

Lâchez-pas, vous allez y arriver; la détresse que vous vivez n'est pas liée à l'optimisation; ce n'est pas de notre faute si vous avez de la misère à vous adapter; c'est de la résistance au changement (Participante 1).

En responsabilisant personnellement les employés de ressentir cette détresse, les supérieurs n'ont pas reconnu la souffrance des employés et n'ont pas offert de soutien.

Cet exemple rejoint les propos de Dejours et Gernet (2012) au sujet des contributions des supérieurs. Ces contributions passent tout d'abord par la nécessité du supérieur de faire reconnaître son autorité à ses propres supérieurs et à ses employés. Cette reconnaissance se développe en faisant valoir ses compétences de gestionnaire tout en démontrant à ses employés qu'il possède des capacités d'écoute et de soutien. Il arrivera à démontrer son autorité en permettant un climat de travail basé sur la confiance. Dans le contexte de l'optimisation, la réaction des supérieurs envers la souffrance des employés fait en sorte que les employés ont remis en question la compétence des supérieurs, brimant ainsi la relation de confiance des employés envers leurs supérieurs. La recherche de Gonin, Grenier et Lapierre (2012) démontre d'ailleurs que le contexte organisationnel actuel fait en sorte que les travailleurs sociaux perdent de plus en plus confiance en leur employeur et même envers les institutions qui les emploient.

Dejours (2011) reconnaît qu'un des objectifs de l'évaluation de la performance est de comparer les résultats du travail des employés entre eux. L'émergence d'une compétition entre collègues crée effectivement de la souffrance chez certains travailleurs sociaux. Dans le milieu de travail de certains participants, les supérieurs nomment en rencontre d'équipe qui sont les professionnels les plus et les moins performants. Une participante qui a des rencontres SEP quotidiennes en groupe mentionne que tous les travailleurs

sociaux doivent dévoiler leurs statistiques devant les autres. Elle remet souvent en doute sa compétence lorsqu'elle se compare à ses collègues. Une autre participante explique que cette compétition est inévitable car chacun a le désir de performer, de plaire et de bien paraître aux yeux des supérieurs :

Faut pas que je sois mal à l'aise de dire à mon supérieur que c'est trop. Mais c'est toujours difficile quand même. Parce qu'on veut toujours plaire. On veut que notre chef de service soit content de nous et de notre travail (Participante 3).

Le manque d'espace officiel pour discuter ouvertement de l'optimisation affecte aussi les travailleurs sociaux. Dejours et Gernet (2012) affirment que pour établir un sentiment de confiance dans l'environnement de travail, le supérieur doit s'assurer que ses employés ont à leur disposition un espace de délibération pour s'exprimer sur l'organisation du travail. Cet espace de délibération doit favoriser l'écoute du supérieur quant aux besoins de ses employés et permettre des discussions abordant la coopération et le travail collectif, tout en diminuant l'importance de la performance individuelle. La vision de Larivière (2008) sur le sujet rejoint Dejours et Gernet (2012) : pour permettre des relations saines entre les supérieurs et les travailleurs sociaux, il est nécessaire d'impliquer les professionnels dans les changements organisationnels, de bien connaître la nature de leur travail et de favoriser une gestion basée sur l'écoute.

Le fait que les employés éprouvent le besoin de s'exprimer sur leur vécu sans en avoir l'espace provoque la création de sous-groupes qui alimentent des discussions péjoratives récurrentes au sujet de l'optimisation : *« Ça a été une période excessivement difficile, la période d'optimisation. C'était épouvantable et tout le monde était à bout, en détresse. C'était grave, ce qui se passait ici (Participante 1) »*.

Ces discussions créent un cercle vicieux puisque les employés n'ont pas accès à des informations nuancées. Avec du recul, certains participants réalisent que l'entraide mutuelle que les employés pensaient s'offrir a plutôt provoqué des discussions rarement constructives. Une participante souligne ce fait en qualifiant son climat de travail *« d'insoutenable »* : *« C'est vraiment difficile de venir travailler chaque jour parce que*

tout ce que j'entends, c'est des collègues découragés et déprimés (Participante 1) ». Ces discussions ont donc contribué à augmenter la souffrance déjà ressentie par les travailleurs sociaux.

Enfin, les effets de la souffrance nuisent à la productivité des employés, entravant ainsi l'atteinte des cibles de l'optimisation. Selon une participante,

c'était clair que les gens n'allaient pas bien. Les gens parlaient en maladie, pleuraient, se rencontraient, ça ne faisait que chialer dans les corridors. Une autre affaire contre-productive (Participante 1).

Dejours (2006) souligne d'ailleurs que la souffrance au travail peut provoquer des conséquences majeures sur la productivité des employés qui présentent de la souffrance pathogène.

En somme, les propos tenus par les participants démontrent que les circonstances dans lesquelles ils ont vécu l'optimisation ont créé différentes formes de souffrance. La présence de cette souffrance affecte la santé mentale des travailleurs sociaux ou crée une dysfonction dans l'équilibre de l'équipe de travail, corroborant par le fait même les propos de Dejours (2006) et Dejours et Gernet (2012) à ce sujet. Pour quelques travailleurs sociaux, cette situation a altéré l'impression d'autorité que les employés ressentent envers leurs supérieurs, ce qui a favorisé la recherche de stratégies pour mettre fin à cette situation. La souffrance créatrice en est un exemple.

5.8.2 Souffrance créatrice

Selon Dejours (2006), le constat d'échec vécu par l'incapacité de se conformer aux exigences patronales peut amener les employés à développer des facteurs de protection personnelle. Ces stratégies sont utilisées pour tenter de contrer la souffrance liée aux demandes de l'employeur. Dans la typologie de Dejours (2006), cette forme de protection

psychologique se nomme « *souffrance créatrice* ». Dejours utilise notamment le terme « tricher » pour expliquer ce comportement.

Chez les répondants, la stratégie la plus fréquemment utilisée est la modification de certaines données entrées dans l'outil de planification. Cette façon de faire est uniquement utilisée par quelques participants se situant dans le groupe « nuancé ». Illustrant les propos de Dejours, une participante a réalisé que

pour survivre, beaucoup de gens trichent dans [l'outil de planification], dans leur minutage, dans l'entrée de données. Ils ne veulent pas mentir, mais ils se sentent tellement coincés... Il y a tellement de pression qu'ils trafiquent les données et les temps. Ceux qui le font s'en tirent mieux parce qu'ils ont la paix (Participante 2).

Cette participante a refusé de modifier ses statistiques et son malaise envers l'optimisation s'est transformé en souffrance pathogène, puis en épuisement professionnel. Quelques répondants ont utilisé cette stratégie et l'ont vite abandonnée : ils avaient l'impression que de modifier leurs données créait une tâche supplémentaire qu'ils n'avaient pas la force d'assumer. Une des participantes « contre » explique qu'elle a refusé de modifier ses données parce qu'elle voulait

montrer que ça n'a aucun sens, qu'on ne peut pas y arriver, qu'on ne peut pas avoir cette approche-là. On travaille avec des humains. On ne peut pas minuter, imposer des temps comme ça (Participante 2).

Selon les propos des participants, deux raisons expliquent le choix de modifier les données dans l'outil de planification. La première est que les participants cherchent à éviter de justifier leur travail lors des rencontres SEP. Une participante explique son choix d'agir ainsi :

Moi, j'aime mieux acheter la paix en mettant les chiffres qu'ils veulent voir. Je ne veux pas me faire écœurer à recevoir des messages qui disent que je n'ai pas atteint mes statistiques quand j'ai travaillé toute la journée. [L'outil de planification], je le remplis juste pour avoir la paix (Participante 5).

Cette participante explique que de cette façon, elle peut davantage prendre le temps pour répondre aux besoins de ses usagers.

La deuxième raison de modifier les données de l'outil de planification est que ce dernier ne représente pas avec exactitude la charge de travail du travailleur social, puisque le minutage est irréaliste ou parce que certaines tâches psychosociales ne sont pas reconnues dans l'outil. Le travailleur social agit ainsi pour que sa performance réelle soit reconnue. La stratégie consiste en l'ajout de tâches supplémentaires dans l'outil de planification. Ces tâches n'ont pas réellement été exécutées mais elles « remplacent » des tâches exécutées qui ne sont pas reconnues, donc pas calculées. Certains répondants augmentent aussi les délais d'exécution de certaines tâches afin de compenser les tâches exécutées non calculées.

Un autre exemple de souffrance créatrice adoptée par les répondants consiste en la planification de VAD sans objectifs psychosociaux. Prévoir une VAD pour aller porter en main propre une lettre qui aurait normalement été postée ou pour transmettre à l'utilisateur une information banale qui aurait pu être donnée par téléphone sont des exemples de stratégies employées par les travailleurs sociaux. L'objectif de cette stratégie est de faire un plus grand nombre de VAD pour se rapprocher des exigences. Comme la simplicité de ce type d'intervention ne nécessite pas de suivi particulier, la charge de travail qui s'ensuit n'augmente pas significativement. Selon les répondants qui utilisent cette méthode, il y a aussi des désavantages importants à faire des VAD sans objectifs psychosociaux : le risque de créer une dépendance envers les services chez certains usagers plus exigeants ou de créer une ambivalence face au rôle du travailleur social. Un autre désavantage est de prendre du temps pour faire une VAD inutile alors que ce temps pourrait être utilisé pour des dossiers prioritaires.

Malgré leurs désavantages, ces stratégies permettent aux participants de diminuer la pression qu'apporte l'optimisation et d'être reconnus par leurs supérieurs comme étant des travailleurs sociaux performants en ayant une pratique se rapprochant des exigences patronales. Ce constat confirme les propos de Dejours (2006) sur les intentions derrière ce type de tricherie. Toutefois, la théorie de Dejours (2006) avance que la souffrance créatrice

peut provoquer de l'isolement social ou des conflits avec les collègues, ce qui n'a pas été verbalisé par les répondants, ces derniers ayant tous fait le choix de ne pas dévoiler leurs façons de faire.

Pour Dejours (2003), il est souvent nécessaire de « tricher » pour réussir à accomplir le travail prescrit. Selon lui, c'est d'ailleurs grâce à ces comportements que les employés réussissent à faire fonctionner l'établissement pour lequel ils travaillent, incluant les établissements étatiques. Toutefois, l'employé se retrouve dans une position délicate : s'il choisit de satisfaire aux exigences de son employeur en « trichant », il risque d'être sanctionné si son employeur le réalise. D'un autre côté, si l'employé refuse de faire une tâche parce qu'elle est impossible à réaliser, il se retrouve encore dans une situation où il risque d'être sanctionné pour ne pas avoir fait son travail.

5.8.3. Satisfaction envers l'emploi

La notion de satisfaction envers l'emploi réfère à la théorie de la psychodynamique qui reconnaît la possibilité de ressentir du plaisir à travailler (Dejours, 2006). Face à un constat où la majorité des répondants éprouvent de la souffrance au travail, il est donc nécessaire de se questionner sur leur degré de satisfaction envers leur emploi.

Malgré la souffrance vécue par certains, chaque groupe positionnel présente un participant se disant totalement satisfait de son travail et de sa pratique. Ils considèrent que la solidarité entre collègues, l'atmosphère de travail agréable, le style de gestion plus humain et la flexibilité des supérieurs leur permettent de faire abstraction des situations plus difficiles à vivre, notamment l'optimisation. Dejours (2000) reconnaît d'ailleurs l'importance de la solidarité pour ressentir du plaisir au travail.

Une seule participante, se positionnant comme étant « nuancée », révèle que l'optimisation lui a fait développer un profond sentiment d'insatisfaction envers son emploi. Cette

travailleuse sociale a vécu un épuisement professionnel et un arrêt de travail qu'elle relie directement à l'optimisation. Depuis son retour au travail, elle explique être ambivalente envers son emploi :

Je demeure tellement convaincue que je suis à ma place dans l'intervention sociale et j'adore le SAD [...]. Mais je ne suis pas satisfaite. Fondamentalement, si ce n'était pas de ces conditions-là, je serais toujours intéressée à rester. Il y a toujours une tonne de défis en SAD. Mais je suis rendue désengagée depuis l'optimisation (Participant 7).

Cette participante réoriente actuellement sa carrière pour quitter définitivement l'intervention psychosociale.

Dans une moindre mesure, trois autres participants « nuancés » se questionnent sur leur avenir au SAD, sans nécessairement désirer le quitter. Ils se disent relativement satisfaits de leur pratique mais croient qu'à long terme, comme l'indique une participante, si le contexte actuel est maintenu, ils se questionneront sur leur désir de rester au SAD : « *Parce que j'ai beau adorer ce que je fais, si je travaille dans un cadre qui m'étouffe, je vais finir par ne plus aimer mon travail* (Participant 3) ».

Bien que la moitié des répondants se disent relativement satisfaits de leur emploi actuel, le contexte de travail mine cette satisfaction. La surcharge de travail administratif, la structure organisationnelle et le contexte politique et économique actuel provoquent des changements dans la nature même de leur travail et nuisent à leur capacité d'éprouver une satisfaction globale envers leur emploi. Ce sont principalement le contact et l'intervention auprès des usagers ainsi que leur capacité à faire abstraction du contexte de travail qui motivent ces travailleurs sociaux à continuer d'exercer au SAD :

Faut que tu lâches prise de la gestion, de la politique et de l'administration.
Faut que tu te concentres sur ta clientèle. C'est là que tu as ta reconnaissance et ton soutien (Participant 8).

La solidarité entre collègues, présente dans la totalité des SAD des participants, est aussi nommée par Dejours (2000) comme un facilitateur pour éprouver de la satisfaction au travail. La reconnaissance des collègues envers la contribution des autres membres de

l'équipe et la capacité personnelle à passer par-dessus les contraintes aliénantes du milieu de travail sont aussi des éléments favorisant le plaisir au travail.

En somme, la majorité des travailleurs sociaux en SAD éprouvent, à diverses intensités, de la souffrance pathogène qu'ils relient directement à l'optimisation. Pour certains d'entre eux, cette souffrance est si importante que des répercussions sur leur santé mentale seront présentes à long terme. Pour d'autres, la souffrance créatrice a émergé et leur a permis de diminuer les effets de la souffrance pathogène. Dérogeant des procédures exigées, ces travailleurs sociaux ont développé des façons de faire afin de se conformer le plus possible aux exigences tout en diminuant la pression ressentie.

Il est impossible d'établir des liens entre la souffrance et l'insatisfaction envers le travail. En effet, la majorité des répondants ont démontré ressentir de la souffrance reliée à l'optimisation et parallèlement, la moitié des participants expriment de la satisfaction envers leur emploi à divers degrés. Plusieurs répondants souffrants sont donc en mesure d'apprécier certains aspects de leur travail. L'explication de la satisfaction au travail des répondants se trouve davantage dans des éléments favorables tels que l'intérêt envers les usagers et la solidarité entre collègues.

5.9. L'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux en CLSC

Cette section présente la dimension conceptuelle de l'autonomie professionnelle et la met en lien avec la qualité des interventions offertes par les répondants.

5.9.1. Autonomie professionnelle

L'optimisation est issue des nouvelles pratiques de management et ces dernières imposent nombre de procédures, de protocoles et d'outils pouvant faire en sorte que les travailleurs sociaux sentent que leur point de vue est ignoré par leurs employeurs (Dubet cité dans

Ruellant, 2012). Selon Dubet, pour fonctionner dans ce contexte organisationnel, les travailleurs sociaux doivent « *construire [leur] autonomie professionnelle et construire [leur] espace professionnel* (Dubet cité dans Ruellant, 2012, p. 16-17) ». Dans le cas de cette recherche, cette construction est entravée par l'impression des participants « contre » et « nuancés » que l'optimisation brime leur autonomie professionnelle. Bien que les répondants « pour » soient plutôt d'avis que l'optimisation n'altère en rien leur autonomie professionnelle, ils s'expriment très peu sur le sujet. Cette situation justifie que sauf exception, les propos retenus dans cette section proviennent des répondants « contre » ou « nuancés ».

L'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux est présentée en considérant les compétences professionnelles, les responsabilités professionnelles et le respect de la mission de l'employeur.

Compétences professionnelles

Le travailleur social possède des compétences spécifiques qui forment son autonomie professionnelle. Pour Brosseau et Pauzé (2012), le jugement professionnel entre dans la catégorie de ces compétences professionnelles. Les auteurs définissent entre autres le jugement professionnel comme étant la capacité d'évaluer sa propre pratique. L'exercice de justification lors des rencontres SEP provoque chez plusieurs répondants l'impression que leurs compétences et leur jugement professionnel sont continuellement remis en doute par leurs supérieurs. Une participante explique que :

Quand on commence à minuter mes actes et qu'on commence à me demander constamment de me justifier, c'est sûr que... Quand tu es un professionnel dans un milieu comme ici, tu es habitué à avoir une certaine autonomie et c'est toi l'expert de ton case-load et de tes dossiers. Il y a toujours des moments où on peut questionner ce qui se passe, mais pas à chaque semaine, pas à tous les jours (Participante 1).

Depuis l'intégration de l'optimisation, les répondants ont l'impression d'avoir perdu la pleine gestion de leurs dossiers, ce qu'un participant considère comme étant contradictoire avec les tâches du travailleur social en SAD :

Si on nous fait assez confiance pour nous confier des dossiers de soins palliatifs et de personnes très vulnérables, j'aimerais qu'on nous fasse assez confiance pour décider du nombre de visites à domicile qu'on doit faire par semaine (Participant 11).

Les répondants « contre » et « nuancés » observent qu'une application stricte des mesures d'optimisation transforme graduellement le rôle du travailleur social en gestionnaire de cas.

Selon les répondants, restreindre ou minimiser le volet psychosocial du rôle des travailleurs sociaux atteint leur expertise, leur autonomie et leur identité professionnelles. Une répondante débutant sa carrière exprime qu'avec cent dossiers à sa charge, elle ne peut assurer aucun suivi psychosocial. Elle doit limiter ses interventions à la gestion des services. Elle craint ne pas être en mesure d'exercer dans d'autres secteurs d'intervention puisque son emploi actuel ne lui permet pas de développer de compétences psychosociales.

Responsabilités professionnelles et code de déontologie

Les responsabilités professionnelles, quant à elles, représentent la capacité du travailleur social à respecter les lois, codes, réglementations, procédures, etc. associées à sa profession et à son milieu de travail (Boulanger et Houle, 1997; Brosseau *et al.*, 2012). Les travailleurs sociaux sont assujettis à un code de déontologie spécifique à leur profession qui dicte leurs responsabilités professionnelles. Trois articles de ce code permettent de faire des liens entre la réalité des travailleurs sociaux et les effets des exigences de l'optimisation sur leurs responsabilités professionnelles.

Des répondants « nuancés » soulignent que les exigences de l'optimisation les obligent à transgresser un article du code de déontologie de l'OTSTCFQ, atteignant par le fait même leur responsabilité professionnelle. Cet article mentionne notamment que « *le travailleur social s'abstient d'exercer dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité de ses services* (Code des professions, 2015, article 3.01.03.) ». Un second cible toutefois des éléments qui concordent avec certains objectifs de l'optimisation : « *Le travailleur social favorise et appuie toute mesure susceptible d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services professionnels en service social* (Code des professions, 2015, article 2.02.) ». L'optimisation contraint ainsi les travailleurs sociaux à exercer leur profession tout en respectant deux articles de leur code de déontologie qui deviennent contradictoires dans le contexte de l'optimisation.

Ce qui peut être utilisé comme une stratégie de souffrance créatrice pour certains peut se transformer en malaise pour d'autres. Des répondants « contre » et « nuancés » déplorent que l'augmentation obligatoire du nombre de VAD les oblige à faire des VAD sans objectifs psychosociaux. Une participante explique en quoi cela limite son autonomie professionnelle :

Si on se fie strictement à la façon qu'ils nous demandent d'intervenir, notre jugement professionnel est atteint. Être obligée de rencontrer quelqu'un plutôt que de faire une démarche, ça peut vouloir dire que je perds du temps à aller voir quelqu'un qui n'en a pas réellement besoin. Mais parce qu'il faut que j'atteigne une cible, je vais aller voir cette personne-là au lieu de faire des démarches qui seraient beaucoup plus aidantes (Participante 7).

Les propos de cette participante expriment que les travailleurs sociaux se voient dans l'obligation de mettre de côté des démarches administratives jugées nécessaires afin d'effectuer des VAD sans objectifs. Or, l'article 3.02.11 du code de déontologie de l'OTSTCFQ stipule que les travailleurs sociaux doivent éviter d'offrir à outrance des services sans raisons professionnelles (Code des professions, 2015). Gonin, Grenier et Lapierre (2012) utilisent le terme « conflit d'intérêt » pour exprimer cette dichotomie et elles soulignent que cette situation nuit à l'intégrité professionnelle des travailleurs sociaux.

Certains travailleurs sociaux refusent d'effectuer ce type de VAD : « *Je n'irai pas prendre un café avec madame X parce qu'à un moment donné, j'ai rien à lui dire. Je vais donner la priorité à ceux qui en ont besoin* (Participante 8) ». Les travailleurs sociaux qui ne respectent pas leur code de déontologie se mettent d'ailleurs à risque d'être sanctionnés par l'Ordre (Boulangier et Houle, 1997).

Respect de la mission de l'employeur

Finalement, le respect de la mission de l'employeur reflète entre autres la loyauté que le travailleur social doit à l'institution qui l'engage (Boulangier et Houle, 1997). Respecter la mission de l'employeur implique de travailler selon les décisions et les orientations mises en place. Pour l'OTSTCFQ, les travailleurs sociaux doivent respecter les valeurs de l'employeur (Boulangier et Houle, 1997). Fortin (2003), quant à lui, souligne que les restructurations du RSSS peuvent limiter l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux. Les résultats de cette section sont conformes à ceux d'une recherche de Pelchat et Malenfant (2004) abordant la dichotomie vécue par les travailleurs sociaux entre leur logique professionnelle et la logique organisationnelle.

Certains répondants « contre » et « nuancés » expriment avoir fait le choix de respecter leur autonomie professionnelle au détriment de la mission de l'employeur imposant la réorganisation du travail. Ces répondants refusent volontairement de travailler en fonction des exigences. Ils font plutôt le choix de se justifier aux rencontres SEP. Par exemple, à son retour d'un arrêt de travail pour épuisement professionnel, une participante a pris la décision de faire le nombre de VAD qui répond aux besoins de ses usagers, en fonction de l'intensité de sa charge de travail. Agir ainsi lui permet de retrouver l'autonomie professionnelle qu'elle avait perdue : « *Il n'y a plus personne qui va m'empêcher de faire preuve de jugement professionnel* (Participante 7) ». Les participants qui ont boycotté les mesures d'optimisation affirment que depuis la fin de

ces dernières, ils ont l'impression de se réapproprier progressivement leur autonomie professionnelle. Ils décident maintenant du nombre d'usagers qu'ils voient à chaque semaine, sans tenir compte des exigences de l'optimisation.

Le refus de se conformer aux exigences donne l'impression aux travailleurs sociaux d'adhérer aux valeurs de leur profession en affirmant leur autonomie professionnelle. Cette posture provoque toutefois une déloyauté envers l'employeur. Plus encore, cette situation place les professionnels dans une dichotomie où le contexte du RSSS exige d'augmenter l'autonomie professionnelle tout en imposant des mesures qui la limitent (Boulangier et Houle, 1997; Brosseau et Pauzé, 2012; Fortin, 2003).

Pour Dubet (cité dans Ruellant, 2012), bien qu'il soit nécessaire que les travailleurs sociaux défendent leur autonomie professionnelle, ils doivent tout de même considérer normal qu'un employeur mette des moyens en place pour connaître l'utilisation de ses budgets. Gonin, Grenier et Lapierre (2012) ne s'opposent pas non plus à ce que les institutions vérifient le travail des employés. Elles mettent plutôt un bémol aux moyens mis en place et aux conséquences de ces derniers sur la perte de confiance majeure que les travailleurs sociaux expriment envers leurs employeurs. Abbaléa (2013), quant à lui, observe une avancée des logiques institutionnelles qui vont à l'encontre des obligations professionnelles des travailleurs sociaux puisqu'elles éclipsent leur autonomie professionnelle, leur code de déontologie, l'objectivité envers l'employeur ainsi que le choix des interventions psychosociales à élaborer auprès des usagers.

5.9.2. Qualité des interventions

Le Plan stratégique du MSSS souligne l'importance du maintien de la qualité des services durant les procédures d'optimisation (MSSS, 2010). Tel que mentionné dans la section précédente, l'article 3.01.03. du code de déontologie oblige les travailleurs sociaux à offrir des services de qualité aux usagers et de s'abstenir d'intervenir si ce critère ne peut

être répondu (Code des professions, 2015). Pourtant, Moachon et Bonvin (2013) considèrent que les nouvelles pratiques de gestion ne sont pas mises en place pour assurer la qualité des services aux usagers mais plutôt pour assurer la qualité de l'institution. En ce sens, il est souvent répété par les répondants que les mesures d'optimisation nuisent à la qualité des services offerts à la population.

La présente section clarifie l'opinion des travailleurs sociaux sur le sujet, en tenant compte que ces données représentent la réalité des participants avant les boycotts des mesures d'optimisation et avant les départs pour des arrêts maladie de deux participantes.

Afin de respecter les valeurs de la profession, les participants « pour » l'optimisation affirment que les besoins des usagers sont toujours priorités dans leur travail, passant même avant les exigences de l'optimisation. Pour eux, la qualité des services est donc demeurée la même et les usagers n'ont jamais été pénalisés par les exigences.

Toutes les participantes « contre » s'entendent pour dire que l'optimisation a affecté la qualité de leurs interventions et a eu un impact sur les usagers. Ce sont principalement les usagers vulnérables qui subissent les impacts de l'optimisation puisque le temps d'intervention alloué est limité par l'augmentation des tâches des travailleurs sociaux. Moachon et Bonvin (2013) corroborent cette réalité dans leur recherche. La surcharge de travail oblige ainsi les travailleurs sociaux à mettre de côté les interventions de dépistage et de prévention. Trop se concentrer sur des indicateurs de performance ciblant des résultats facilement mesurables crée souvent une mauvaise analyse des priorités, créant un « *effet contre-productif en retardant l'atteinte de certains objectifs non moins importants qui sont ainsi mis de côté* (Pomey et Dubois, 2007, p. 151) ». Par exemple, Moachon et Bonvin (2013) considèrent qu'en travail social, l'écoute, l'accompagnement et le soutien offerts aux usagers ne sont pas des actes professionnels facilement mesurables.

Les répondants qui se disent « nuancés » sont divisés quant à la qualité des services offerts. La moitié constate que la qualité des interventions n'est pas altérée par

l'optimisation et l'autre moitié présente une vision contraire. Les arguments expliquant ces positions rejoignent ceux des participants « pour » et « contre ».

Un répondant « nuancé » s'inquiète toutefois des effets prolongés de l'optimisation sur la santé mentale des travailleurs sociaux et sur le risque que cela affecte davantage la qualité des services :

On n'est pas des robots. À un moment donné, je vais être plus fragile dans ma vie personnelle et cette fragilité va se ressentir malgré moi dans mon travail. Et l'utilisateur va le ressentir. La même chose peut arriver chez un TS qui n'est pas optimisé, oui. Mais le fait d'être optimisé augmente la fragilité des employés et diminue leur tolérance (Participant 11).

Les répondants qui refusent de se conformer aux exigences ainsi que ceux ayant boycotté les mesures d'optimisation affirment pouvoir maintenant offrir des services de meilleure qualité aux usagers car les intérêts de l'employeur ont été mis de côté pour favoriser les besoins des usagers.

En somme, l'application des mesures d'optimisation ne permet pas à la majorité des travailleurs sociaux de respecter leur autonomie professionnelle et atteint leurs compétences professionnelles. En effet, le cadre institutionnel limite l'application de cette autonomie en obligeant les travailleurs sociaux à transgresser certains articles de leur code de déontologie. Qu'ils fassent le choix entre les valeurs de leur profession ou celles de l'institution qui les engage, les travailleurs sociaux se retrouvent à ne pas respecter certaines loyautés.

L'impression que les mesures d'optimisation ne permettent pas d'offrir des services de qualité est verbalisée par la moitié des répondants. C'est par le refus de se conformer aux exigences que certains ont l'impression de pouvoir offrir à nouveau des services de qualité.

5.10. Les ressources des travailleurs sociaux en SAD

De nombreuses ressources sont mises à la disposition des travailleurs sociaux afin de les aider à exercer leur profession de façon satisfaisante. Les ressources définies précédemment sont la formation, le soutien clinique, la documentation, l'accessibilité aux supérieurs et l'expérience de travail du professionnel. Bien que les participants aient été invités à nommer des ressources disponibles dans le cadre de leur pratique en général, la plupart des réponses concernent principalement des ressources présentes pour aider les répondants dans le contexte de l'optimisation. Les entretiens de recherche ont d'ailleurs permis de faire ressortir de nouvelles ressources envers lesquelles les répondants accordent plus d'importance. Ces ressources sont présentées à la section suivante, soit « Nature des ressources ».

Les répondants « contre » et « nuancés » critiquent majoritairement et ouvertement l'absence de certaines ressources majeures dans le RSSS, éléments qui n'ont pas été approfondis dans la définition de cette dimension conceptuelle mais qui sont présentés dans cette section.

Finalement, de nombreux répondants ont exprimé avoir utilisé des moyens pour améliorer leurs conditions de travail dès les débuts de l'optimisation. Une section « *Solutions* » a donc été ajoutée et présente deux types de solutions, soit « *L'expression des opinions* » et « *Revendications, mobilisation et militantisme* ». Cette dernière, initialement présentée sous la dimension conceptuelle « *Cadre organisationnel du SAD* », a été déplacée dans la dimension conceptuelle visant les ressources des travailleurs sociaux puisque les participants la considèrent davantage comme une solution et non pas comme une composante structurelle dans l'organisation du SAD.

5.10.1 Nature des ressources

Ressources reliées à l'emploi ou au travail social

La théorie de la psychodynamique du travail insiste sur la notion de solitude ressentie par les employés souffrants (Dejours, 2006). Bien que la majorité des répondants éprouvent de la souffrance, leurs propos contredisent cet élément de la théorie de Dejours puisqu'ils considèrent tous que l'appui et la solidarité entre collègues est la ressource la plus importante dans leur milieu de travail. Tous les participants s'entendent pour dire que le soutien entre collègues est favorisé par le fait qu'ils vivent tous la même situation au même moment. Les répercussions négatives énoncées précédemment au sujet de l'entraide que pensent s'offrir les employés ne parviennent pas à éliminer complètement certains aspects positifs de cette solidarité. En effet, la solidarité permet d'éviter l'isolement, de créer une cohésion dans l'équipe de travail, d'améliorer les pratiques, de partager des outils d'intervention et d'offrir certaines formes de soutien qui pallient pour un manque de soutien clinique.

Il a été souligné que certains répondants critiquent le manque de formation de leurs supérieurs, ce qui entrave le développement d'un modèle de gestion satisfaisant pour les employés. À l'opposé, pour de nombreux répondants, les aptitudes des supérieurs peuvent aussi devenir des ressources pour les employés si les supérieurs sont ouverts, transparents, flexibles et compréhensifs envers la réalité des travailleurs sociaux. Ces derniers constatent que lorsque le chef de l'administration de programmes a une expérience récente en intervention, il comprend davantage le contexte dans lequel les travailleurs sociaux exercent. Leur charge de travail doit aussi être reconnue et comprise par les supérieurs. Une participante explique que dans son milieu de travail, ses supérieurs ont adopté un mode de gestion où ils soutiennent et écoutent les employés :

La façon dont ils nous présentent les choses, c'est très différent. Dans le sens où ils nous disent : « *C'est embêtant parce qu'on sait que vous travaillez déjà très fort, on sait que ça va être très difficile. Comment est-ce qu'on peut y arriver ensemble?* ». C'est très très différent, pour moi, la façon dont on

est appuyés par les chefs de programme qui comprennent mieux ce qu'on vit. Ça rend la pilule plus facile à avaler (Participante 10).

Le syndicat est la deuxième ressource la plus importante nommée par les participants. La plupart des travailleurs sociaux reconnaissent avoir eu recours au syndicat à un moment ou un autre pendant l'optimisation. Les répondants constatent que le syndicat appuie et soutient l'équipe de travailleurs sociaux dans leurs revendications et leurs mobilisations tout en favorisant des relations de travail saines entre collègues et avec les supérieurs. Une participante qui travaille dans un SAD ayant vécu un boycott définit le rôle de son syndicat :

Il sert à nous mobiliser, à nous informer, à partager les différentes informations entre les équipes. Il s'assure de savoir où tout le monde est rendu. Il fait les démarches auprès des Ordres. Il informe nos boss d'où on est rendus et leur écrit des lettres (Participante 1).

Lors des rencontres syndicales, les professionnels sont informés et reçoivent des conseils pour se protéger des répercussions négatives de l'optimisation. Une participante mentionne avoir apprécié que chacun puisse s'exprimer sur son vécu :

Même les filles qui essayaient d'atteindre les objectifs mais qui n'y arrivaient pas ont eu un certain soulagement de voir qu'elles n'étaient pas toutes seules à ne pas y arriver (Participante 3).

Ces propos reprennent ceux de Boivin (2003), qui mentionne que le syndicat peut aider ses membres à mettre en place des moyens de pression adaptés à leurs besoins et à leurs volontés.

L'implication dans le syndicat est aussi une ressource pour certains travailleurs sociaux. Certains s'impliquent pour diminuer les impacts de l'optimisation sur leur santé psychologique et d'autres le font dans un esprit de justice et d'altruisme, comme le mentionne ce travailleur social :

Quand il y a des choses qui n'ont pas de bon sens pour les clients, ce n'est pas long que je vais les dénoncer. Pour moi, c'est utile de faire ça. Ça me permet de confronter la direction pour les sensibiliser à certaines petites choses. Être dans le syndicat, c'est une façon de m'exprimer par rapport aux

lacunes de l'établissement. Dans le but de m'améliorer et d'améliorer aussi le travail de mes collègues (Participant 9).

Les travailleurs sociaux soulignent que dans les moments difficiles, l'aide psychologique est aussi une ressource, comme l'explique cette participante : « *La première idée est toujours d'aller chercher de l'aide. Donc oui, c'est sûr, le programme d'aide aux employés est une ressource* (Participante 7) ». Que ce soit par le biais du programme d'aide aux employés ou en consultant une aide psychologique privée, plusieurs répondants disent avoir utilisé ce type de ressource durant les moments difficiles de l'optimisation. Une participante s'exprime sur le sujet :

J'ai dû aller consulter pendant la période d'optimisation parce que c'était difficile pour moi de gérer ça. De satisfaire aux exigences tout en essayant de donner des services de qualité, c'était difficile pour moi de concilier tout ça (Participante 3).

Donner ou recevoir des formations sont d'autres formes de ressources qui augmentent les compétences des travailleurs sociaux. Les plus expérimentés se sentent d'ailleurs valorisés lorsqu'ils sont choisis pour former et conseiller leurs pairs. Pour les participants, en plus de permettre aux formateurs et à leurs collègues d'être à jour dans les connaissances qui touchent le SAD, la formation permet d'améliorer continuellement les pratiques. Toutefois, plusieurs répondants déplorent que les formations coûtent cher et que les employeurs en paient peu. Larivière (2008) et Boulanger et Houle (1997) reconnaissent effectivement l'importance d'assurer aux travailleurs sociaux des formations touchant notamment les aspects psychosociaux. Larivière (2008) ajoute que l'OTSTCFQ valorise que ses membres participent à des formations, qu'elles soient fournies par le milieu de travail ou non. Par ailleurs, des répondants ajoutent que l'implication dans un comité est aussi une ressource efficace. Une participation active peut devenir une forme d'exutoire durant les moments plus difficiles au travail. Cet exutoire permet aux répondants de se recentrer sur leur travail et sur leurs motivations professionnelles.

Les participants utilisent aussi des ressources personnelles extérieures à leur emploi pour établir une distance entre la souffrance vécue au travail et leur vie privée. Que ce soit par

le sport, leur réseau social ou en pratiquant une activité artistique, l'accent est mis sur l'importance de « décrocher » de la vie professionnelle lorsqu'ils se trouvent en dehors de leur milieu de travail.

Les stratégies personnelles

Un autre type de ressources mentionné par les répondants provient du travailleur social lui-même. Pelchat et Malenfant (2004) utilisent le terme « stratégies personnelles » pour nommer les acquis que développent les travailleurs sociaux au fur et à mesure qu'ils prennent de l'expérience dans leur profession. Pour les auteurs, cette mesure de protection personnelle pallie le manque de ressources provoqué par les transformations du RSSS. Seuls les répondants « pour » et « nuancés » disent utiliser ce type de ressources.

La première stratégie personnelle nommée par les répondants est de se percevoir comme son propre outil de travail. Les participants ayant nommé cette ressource considèrent que leur expérience dans le RSSS et leurs connaissances au sujet des pratiques professionnelles, des usagers et des services offerts leur permettent de développer une expertise, de l'assurance ainsi que de l'autonomie professionnelle dans l'exercice de leur profession. Le manque de reconnaissance de ces acquis par les supérieurs a d'ailleurs été un irritant lors des moments difficiles provoqués par l'optimisation :

Ça sert à quoi d'aller à l'école et d'avoir un titre si tu es minuté et que ça, ça dicte comment faire ton travail? Notre outil, c'est nous-même et c'est important que ça soit respecté et entendu (Participante 1).

Cette ressource est principalement nommée par les travailleurs sociaux possédant de nombreuses années d'expérience en travail social.

La deuxième stratégie personnelle nommée est la capacité de mettre ses limites. Elle permet aux répondants d'entretenir des relations plus saines avec leurs supérieurs. Les

travailleurs sociaux se sentent plus libres de s'exprimer et ont l'impression que leurs idées sont davantage écoutées et retenues lorsque leurs limites sont clairement établies auprès des supérieurs.

Finalement, la dernière stratégie personnelle est la capacité de lâcher prise. Davantage décrite par les répondants comme étant une mesure de protection psychologique, elle permet aux travailleurs sociaux qui ne trouvent plus d'autres moyens de protection de faire une prise de conscience afin de modifier leur perception envers l'optimisation et ses effets. Un participant explique qu'après avoir fait le maximum pour faire bouger les choses, il a constaté que ses efforts ne provoqueraient pas les changements revendiqués. Il explique avoir fait la réflexion suivante :

Là, c'est assez! J'accepte ou je m'en vais. Je suis un employé. Je suis là pour faire ce qu'on me dit de faire. À un moment donné, quand ça fait deux mois, trois mois que tu argumentes... Fais ce qu'on te demande et si tu n'es pas vraiment bien, peut-être que tu peux aller voir ailleurs (Participant 11).

Ce participant explique que lorsqu'il a finalement lâché prise, il a ressenti de la satisfaction envers sa décision car il a eu l'impression d'avoir tout fait et que cette solution était la meilleure pour retrouver un équilibre psychologique et professionnel.

5.10.2. Manque de ressources

Le manque de ressources dans les programmes de SAD est un élément récurrent mentionné par les participants « contre » et « nuancés ». Ils considèrent que cette lacune nuit à l'exercice de leur pratique professionnelle. Les participants « pour », quant à eux, n'ont pas abordé le sujet. Pour les travailleurs sociaux « contre », ce manque de ressources s'est davantage fait sentir au plus fort de l'optimisation.

Les participants nomment le manque de disponibilité, d'écoute ou de reconnaissance de leurs supérieurs envers leur expertise et leur apport dans l'équipe comme une ressource manquante depuis l'implantation de l'optimisation. Toutefois, la ressource manquante la

plus importante pour les participants est liée à la transformation du rôle du coordonnateur clinique. La conséquence majeure de cette transformation s'est illustrée par la perte du soutien clinique. Une participante en début de carrière souligne l'incohérence entre ses besoins professionnels et l'indisponibilité de sa coordonnatrice clinique :

La coordo est tellement prise avec l'optimisation [...]. Je suis toute jeune dans ma pratique, j'ai besoin de coaching, j'ai besoin d'être guidée dans certaines actions, dans certaines interventions. La coordo est débordée et nous, on reçoit vraiment peu de soutien psychosocial (Participante 5).

L'impression que des coordonnateurs cliniques prennent le parti de la direction a aussi diminué l'intérêt de certains répondants à les consulter.

Dans plusieurs SAD, les travailleurs sociaux ont contacté l'OTSTCFQ afin de dénoncer les conséquences de l'optimisation. Les répondants s'expliquent mal que l'Ordre ne se soit pas positionné clairement sur le sujet, qu'il ne s'implique pas dans le débat et qu'il n'offre pas de soutien aux travailleurs sociaux. Les répondants concluent que l'Ordre refuse de s'ingérer dans les conflits entre employeurs et employés et plus globalement, dans les affaires administratives des institutions publiques. Selon certains participants, l'OTSTCFQ a plutôt encouragé ses membres à faire valoir leurs droits et leur code de déontologie lorsque le contexte de travail limite leur pratique professionnelle. Malgré leurs insatisfactions, plusieurs répondants reconnaissent que la mission de l'Ordre est d'assurer la protection du public et non pas celle des travailleurs sociaux. Une participante déplore tout de même que l'Ordre ne fasse pas de lien entre une pratique professionnelle limitée et la qualité des services psychosociaux offerts :

Je suis d'accord pour protéger le public. Mais dans ce sens-là, il faut protéger tes membres quand ils sont en souffrance et qu'ils ne peuvent pas exercer dans des conditions gagnantes parce que ça affecte les services que l'on donne (Participante 8).

Précédemment, la section « *Réactions face à l'implantation des projets d'optimisation dans les SAD* » fait état de trois ordres professionnels ayant conjointement pris position sur

l'optimisation, dont l'OTSTCFQ³. Au moment des entretiens, cette sortie publique, qui a été mentionnée à la majorité des participants, était méconnue de tous.

Le syndicat, reconnu comme étant une ressource active pour la majorité des participants, est aussi décrit par certains comme étant une ressource manquante. La position polarisée « anti-optimisation » adoptée par les organisations syndicales a créé chez certains participants « nuancés » une profonde insatisfaction reliée à un manque de représentation de leur position. Les solutions proposées, comme la mobilisation, le militantisme et le boycott ne répondent pas aux besoins de tous les travailleurs sociaux. Certains ne cherchent pas à abolir les mesures d'optimisation mais plutôt à les adapter afin qu'elles soient cohérentes avec les valeurs du travail social.

Le manque de ressources peut nuire à un exercice satisfaisant de la profession. Une travailleuse sociale ayant quitté pour un épuisement professionnel pendant l'optimisation explique que durant cet épisode difficile, elle était incapable de nommer des ressources disponibles dans son milieu de travail ou dans sa vie personnelle. Elle constate que : « *C'est sûrement ce qui a mené à mon épuisement. Je voyais comme un trou noir, je ne voyais pas de solutions* (Participante 2) ». Le fait de se sentir fragilisée et l'impression de ne pas avoir eu accès à des ressources sont pour elle des facteurs déterminants de son épuisement professionnel.

5.10.3. Solutions

Excluant la souffrance créatrice qui est préalablement définie comme une protection psychologique contre la souffrance, les participants reconnaissent que des solutions ont émergé dans leurs milieux de travail. Allant à l'encontre des propos de Dejours (2006), qui

³ Brièvement, le communiqué mentionne que les ordres professionnels des travailleurs sociaux, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes du Québec sont en faveur de l'optimisation si les façons de faire respectent les codes de déontologie de chacune de ces professions (voir section 1.6).

observe que les employés sont plus enclins à se résigner qu'à résister, la majorité des répondants constatent que les solutions qu'ils ont mises en place ont notamment permis d'augmenter leur satisfaction envers leur travail. Elles sont regroupées sous deux catégories; l'expression des opinions et les revendications, la mobilisation et le militantisme.

L'expression des opinions

La majorité des participants ont ressenti le besoin de faire connaître leurs opinions à leurs collègues et à leurs supérieurs au sujet de l'optimisation. Plusieurs raisons expliquent d'où vient ce besoin des participants d'exprimer leurs insatisfactions à leurs supérieurs.

Dans les SAD où il y a eu des mobilisations et des boycotts, les participants ont tenu à exprimer leur opposition envers les nouvelles façons de faire. Pour ces travailleurs sociaux, le choix d'exprimer leur détresse avait comme objectif de faire réaliser aux supérieurs les répercussions négatives de l'optimisation sur les employés et les usagers.

D'autres répondants ont exprimé ouvertement leurs opinions afin d'établir leurs limites, de partager leurs expériences, de demander une diminution des exigences et de justifier leur refus de ces nouvelles conditions. Certains l'ont aussi fait pour que les supérieurs leur accordent de la considération et de l'écoute.

Finalement, les participants les plus expérimentés expliquent qu'ils se sont ouvertement exprimés en utilisant la critique constructive. Ils l'ont fait pour comprendre la vision de l'optimisation, les impacts de ces changements organisationnels sur leur profession, pour tenter de trouver des solutions acceptables pour tous et pour défendre les valeurs de la profession, comme l'explique un participant « nuancé » : « *Moi, je me fais un devoir de rappeler à mes boss c'est quoi le travail social. C'est l'être humain avant tout* (Participant 4) ». Les supérieurs de tous les SAD ont laissé les participants s'exprimer librement.

Deux participantes expliquent s'être vues dans l'impossibilité d'exprimer leurs opinions à leurs collègues. La première s'est sentie bloquée par son peu d'ancienneté. La deuxième, qui se considère « pour » l'optimisation, travaille dans un SAD ayant vécu une mobilisation et un boycott des exigences de l'optimisation, situation totalement à l'opposé de sa position. Elle explique qu'elle n'a pas partagé ses opinions avec ses collègues parce qu'elle craignait de compromettre sa réputation si elle s'exprimait librement. Elle ne s'est toutefois pas sentie isolée de ses collègues puisqu'elle n'a jamais abordé le sujet. Sans être activement impliquée, lorsque la mobilisation a débuté, elle a donc choisi de se joindre à ses collègues par solidarité.

Revendications, mobilisation et militantisme

Pour Dejours (2000), les employés vivent de la souffrance de façon individuelle car la souffrance ne peut être collective. Plusieurs employés peuvent donc ressentir la même souffrance mais de façon individuelle. L'aspect collectif ressort lorsque les employés acceptent de s'unir pour se défendre contre cette souffrance. C'est ce que Dejours (2000) nomme les « *stratégies collectives de défense* ». Pour Dejours, ces stratégies ne peuvent être mises en place que par des employés qui souffrent. Les objectifs qui en découlent doivent idéalement viser l'organisation du travail en permettant les compromis et les négociations avec les supérieurs. Cette façon de faire est bénéfique pour le collectif d'employés mais aussi pour l'employé dans son individualité. Dejours (2000) nomme l'action syndicale comme étant l'exemple le plus concret pour mettre en place des stratégies collectives de défense.

Dans le cadre de cette recherche, l'utilisation du terme « revendications » exclut la mobilisation et le militantisme. Confirmant la thèse de Dejours (2000), dans les SAD où les revendications ont été utilisées comme une solution, les travailleurs sociaux ont choisi de revendiquer le plus souvent avec l'aide du syndicat afin de faire modifier certains éléments de l'optimisation, tout en respectant les contraintes des supérieurs et sans chercher

à mettre fin au processus global. Dans quelques SAD, les revendications ont permis de faire modifier certaines exigences telles que la diminution du nombre de VAD obligatoires ainsi que la diminution de la fréquence des rencontres SEP.

Le vécu professionnel d'un répondant « pour » l'optimisation illustre bien ces résultats. Dans le SAD où il travaille, suite à une concertation, les employés ont décidé d'accepter l'optimisation à deux conditions : qu'ils soient impliqués dans la démarche; qu'une relation de collaboration entretenue avec les supérieurs soit réciproque. Ainsi, qu'ils soient en accord ou non, les employés acceptent toutes les exigences et les supérieurs sont ouverts aux compromis lorsque les employés démontrent concrètement l'impossibilité d'y satisfaire. Le syndicat occupe un rôle de médiateur en initiant les négociations. Pour ce participant, la solidarité entre collègues et la flexibilité des supérieurs sont nécessaires pour créer ce type de collaboration.

Dans les milieux de travail où les opinions des employés au sujet de l'optimisation sont à l'opposé de celles de leurs supérieurs, les compromis n'ont pas été possibles. Ainsi, la mobilisation, le militantisme et le boycott sont des moyens collectifs mis en place dans le SAD de quatre participantes pour mettre fin à l'optimisation. Une participante explique que la mobilisation et le militantisme ont répondu à un besoin d'exprimer collectivement des insatisfactions perçues individuellement :

Ça nous a pris plusieurs mois à regrouper tout le monde, tous les intervenants. En travail social, réadaptation, [soins infirmiers], on s'est mobilisés ensemble et on a dénoncé auprès de la direction. [...] La démarche de dénonciation et de mobilisation a été faite pour nous protéger. Pour s'en sortir. Parce que c'était terrible, le stress qu'on a vécu. On a fait ça pour nous autres. Pour notre peau. Pour sauver notre peau. Point (Participante 8).

Une autre participante explique le cheminement des employés de son SAD :

On avait fait des manifestations et beaucoup de rencontres syndicales puis on avait consulté nos ordres. On était rendus là. On avait tout fait, mais ils ne nous écoutaient pas. On était rendus là. C'était ça. On n'en pouvait plus. Ça a pris deux semaines et tout était fini (Participante 1).

Dans tous les milieux où les mesures d'optimisation ont été boycottées, tous les employés du SAD ont accepté de participer à la mobilisation et ont cessé de se conformer aux exigences. Une participante explique l'importance de la notion de solidarité et d'esprit collectif durant la mobilisation :

À partir du moment où on a commencé à se mobiliser, je pense que ça a eu un bel effet sur notre équipe, de voir qu'on fait les choses ensemble, que tout le monde embarque. Une belle solidarité. On a vu qu'on était capables d'atteindre des objectifs. Quand quelque chose ne va pas, oui, on a un pouvoir. D'avoir réalisé ça, c'était déjà beaucoup (Participante 1).

Malgré cette solidarité, une participante explique que l'ambiance était telle dans son milieu de travail que pendant qu'elle militait auprès du syndicat, elle ressentait de la peur : « *J'avais peur. C'était la crainte d'avis disciplinaires. Quand on se mobilisait pour porter une action, on faisait ça en catimini pour ne pas être identifiés. Oui, on a eu peur* (Participante 8) ». La crainte de représailles est considérée par Dejours (2006) comme étant un facteur qui limite grandement l'intérêt du militantisme chez les employés. Pour cette participante, le mouvement collectif a aidé à diminuer ses craintes puisqu'à ses yeux, il était improbable que tous les employés du SAD soient sanctionnés en même temps. Boivin (2003) reconnaît d'ailleurs que les mobilisations dans le RSSS ne provoquent normalement pas de conséquences négatives sur les employés et leur permettent souvent d'accéder à leurs demandes ou à des compromis.

Cette solidarité a pris une toute autre forme pour une travailleuse sociale « pour » l'optimisation qui travaille dans un SAD où il y a eu une mobilisation. Elle a accepté de boycotter les mesures d'optimisation uniquement par solidarité envers ses collègues. Elle explique toutefois qu'elle ne s'est pas impliquée dans la mobilisation :

Je ne me serais pas levée avec une pancarte. L'[outil de planification], ça ne m'empêchait pas de dormir. Quand ils ont fait les revendications pour le boycott, je n'étais pas là (Participante 12).

Elle dénonce d'ailleurs les comportements agressifs de ses collègues envers les supérieurs pendant la mobilisation ainsi que les vraies raisons du boycott qui, selon elle, n'étaient pas

d'assurer la qualité des services aux usagers mais plutôt de répondre aux intérêts des employés :

Nous, les travailleurs sociaux, on est reconnu pour défendre les droits des autres. Je peux dire que dans mon SAD, ils sont surtout reconnus pour défendre leurs droits en premier (Participante 12).

Les exemples de mobilisation qui ont eu lieu dans les équipes de SAD ne rejoignent pas Dejours et Gernet (2012) sur le fait que des modes de gestion axés sur les résultats provoquent une perte de confiance entre les collègues et diminuent leur pouvoir collectif. Effectivement, malgré la compétition ressentie entre collègues, il ne semble pas que cette dernière ait brisé la relation de confiance entre les membres des équipes. Au contraire, il semble que l'insatisfaction généralisée et ses effets sur les employés ont renforcé les liens entre collègues et ont permis aux employés de se réunir afin de boycotter l'optimisation. Cet exemple ne contredit toutefois pas totalement Dejours et Gernet car pour eux, l'action collective demeure la solution la plus efficace pour éliminer la souffrance au travail. Les participantes qui ont vécu le boycott expriment d'ailleurs que l'intensité de leur souffrance a grandement diminué après avoir constaté que la mobilisation fonctionnait, comme le mentionne cette répondante :

Ce qui est important de retenir de tout ça, c'est à quel point la mobilisation a fait toute la différence pour nous. Je sais que d'autres places au Québec vont vers ça et j'aimerais leur dire que si vous êtes ensemble, si vous vous tenez, il n'y a rien qui doit vous arrêter. Ce n'est pas une action contre-productive. On a fait ça pour défendre l'intérêt des clients et le nôtre aussi. On n'était pas résistants au changement. On était là pour défendre les droits des clients et notre autonomie professionnelle (Participante 1).

Dans tous les SAD qui ont vécu un boycott, aucune mesure d'optimisation n'a tenu.

En somme, les répondants disent avoir accès à des ressources diversifiées pour augmenter leur satisfaction au travail. Que ce soit dans leurs milieux de travail ou dans leurs vies privées, les travailleurs sociaux n'hésitent pas à utiliser divers recours pour se recentrer sur leur travail et faire respecter les valeurs de leur profession. Les stratégies personnelles permettent aussi aux travailleurs sociaux plus expérimentés d'appliquer leurs compétences professionnelles à leur propre situation. Toutefois, le manque de ressources est flagrant

dans la majorité des SAD et les travailleurs sociaux ont démontré de la souffrance émanant de ces lacunes. Finalement, certains travailleurs sociaux se sont tournés vers les revendications et les actions syndicales pour assurer la défense de leurs positions.

CHAPITRE VI DISCUSSION

Ce dernier chapitre présente une analyse approfondie de certains aspects brièvement élaborés dans la présentation et l'analyse des résultats. Ces aspects ont été soulignés par les participants tout au long des entretiens de recherche et ont soulevé des questionnements durant l'analyse des résultats. Ainsi, la formation et les compétences des gestionnaires, l'écart entre les logiques institutionnelles et professionnelles ainsi que les pertes et les gains des travailleurs sociaux en lien avec l'optimisation sont ici présentés.

6.1 La formation et les compétences des gestionnaires

Il revient aux supérieurs en SAD d'assurer la mise en place et l'application des mesures d'optimisation dans les équipes de travail. Or, les répondants de cette recherche ont majoritairement exprimé de l'insatisfaction envers les aptitudes de leurs supérieurs durant le processus d'optimisation. Les répondants expliquent que le manque de formation ou de compétences en gestion amène les supérieurs à être moins réceptifs envers les insatisfactions des employés, à banaliser le stress vécu par les travailleurs sociaux, à appliquer, interpréter et imposer de façon rigide les exigences de l'optimisation et à responsabiliser les travailleurs sociaux face à la souffrance qu'ils ressentent depuis l'implantation de l'optimisation. Les répondants ne relient toutefois pas la formation et les compétences des supérieurs à l'atteinte des cibles ministérielles au sujet de l'optimisation. Dans ce contexte, il est plus que pertinent de s'intéresser au rôle du gestionnaire en SAD. C'est ainsi que la formation et les compétences requises chez les gestionnaires seront présentées dans cette section.

Dans le cadre de cette recherche, plusieurs répondants soulignent que leurs supérieurs ne possèdent pas la formation pertinente ou adéquate pour assumer le rôle de gestionnaire. Cette lacune limite le soutien offert aux employés et altère le climat de travail. Il apparaît

réaliste que les gestionnaires possèdent une formation leur permettant de comprendre et d'appliquer le modèle d'organisation et de gestion de l'institution ainsi que les décisions ministérielles. Bien que le MSSS aborde peu la notion de formation des gestionnaires en CSSS, le document « *La planification de la main-d'œuvre du personnel d'encadrement. Regard sur l'avenir. Orientations et plan d'action 2007-2010* », publié en 2007 par le MSSS, souligne que ce dernier s'attend à ce que l'établissement outille et accompagne les gestionnaires. L'employeur doit aussi leur donner les ressources et le temps nécessaires pour leur permettre d'acquérir et de maintenir les compétences reliées aux responsabilités du personnel cadre. Le MSSS (2007) recommande d'ailleurs que les nouveaux gestionnaires soient encadrés et accompagnés durant plusieurs semaines, voire quelques mois, afin de leur offrir un mentorat personnalisé, planifié et organisé :

En offrant aux cadres cet accompagnement, l'établissement s'assure que les cadres embauchés sont en mesure d'exercer efficacement leurs fonctions, qu'ils possèdent les compétences nécessaires pour s'acquitter de leurs responsabilités et qu'ils connaissent les rouages administratifs de l'organisation. L'établissement peut, par la même occasion, vérifier la nature de leurs rapports avec leur environnement de travail et voir quelle lecture ils font de la culture de l'organisation (MSSS, 2007, p. 38).

Toujours selon le MSSS (2007), une formation académique en gestion n'est pas suffisante pour permettre à un nouveau gestionnaire d'assumer adéquatement ses fonctions. Plusieurs moyens sont proposés afin d'enrichir la formation initiale du nouveau gestionnaire. Parmi ces moyens, le pairage avec un gestionnaire d'expérience, le codéveloppement et des formations de perfectionnement sont proposés. La réalisation d'un plan individuel de développement des compétences, évalué à chaque année par le supérieur immédiat, assure aussi le maintien et l'enrichissement des compétences acquises par le gestionnaire. Toujours selon le MSSS, ce plan individuel est favorable à une meilleure rétention du personnel de gestion.

Les compétences, les responsabilités et les rôles des gestionnaires sont aussi des éléments à considérer pour comprendre globalement leur position dans l'institution. Les chefs de l'administration de programmes (CAP) en CSSS sont des cadres intermédiaires qui exercent leurs fonctions dans une structure organisationnelle hiérarchique : ils doivent

rendre des comptes aux cadres supérieurs tout en étant les supérieurs immédiats des employés des équipes de travail (Dessureault, 2011). Les CAP sont les supérieurs immédiats des travailleurs sociaux en SAD et c'est pour cette raison que la présente section s'intéresse principalement à ce titre.

Les rôles, les attentes et les responsabilités des CAP sont nombreux et difficiles à synthétiser dans une seule description mais les responsabilités demeurent les mêmes, peu importe le programme du CSSS. Actuellement, la réalité des CAP est influencée par le courant de gestion encourageant la culture d'entreprise; on leur demande d'être créatifs, innovateurs, autonomes dans leur gestion tout en rendant des comptes à leurs supérieurs. Ils doivent aussi développer un sentiment d'appartenance envers leur organisation. Le CAP se voit d'ailleurs valorisé en recevant des bonus s'il atteint les objectifs fixés (Dessureault, 2011). Pour De Gaulejac (2005), ces exigences envers les gestionnaires sont stratégiques : plus un gestionnaire se sent intégré dans son milieu de travail et dans ses fonctions, plus il sera performant.

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000) corrobore ces positions en expliquant que les responsabilités des gestionnaires doivent toucher la prise de décision, l'action, l'évaluation des résultats et l'adaptation des actions posées. En ce sens, le MSSS a publié en 2006 un guide déterminant les tâches des CAP (MSSS, 2006). À la page suivante, le tableau 6.1 présente un résumé des tâches des CAP, tel que le conçoit le MSSS dans ce guide.

Tableau 6.1 : Les tâches des chefs de l'administration de programmes selon le MSSS

Les tâches des chefs de l'administration de programmes selon le MSSS

- S'assurer du bon fonctionnement du programme du CSSS duquel ils sont responsables;
- Établir les priorités sur lesquelles il faut intervenir et analyser les situations complexes selon la philosophie de l'établissement;
- S'assurer que le personnel maîtrise les actions à mettre en place dans les situations d'urgence;
- Assurer un contrôle sur les pratiques des employés qu'ils encadrent (en fonction des guides de pratiques rédigés à ce sujet);
- S'assurer que le dossier de chaque usager présente un plan d'intervention et évaluer la qualité de la tenue de dossiers;
- Élaborer des nouvelles façons de faire lorsqu'une situation l'exige;
- S'assurer de la continuité des soins et des services offerts par son programme et enquêter sur les rapports d'accidents et d'incidents;
- Mener à terme différents dossiers selon les exigences et les demandes du CSSS.

Source : *Guide : Profils des responsabilités de gestion. Fonctions types du personnel d'encadrement.* (MSSS, 2006).

Présenté ici comme un complément des tâches abordées dans le tableau 6.1, le rapport *La planification de la main-d'œuvre du personnel d'encadrement* (MSSS, 2007) souligne que les rôles et les tâches du gestionnaire sont en transformation dans le RSSS. Ce phénomène serait explicable par les nombreuses restructurations organisationnelles dans le RSSS, par les nouvelles décisions et orientations ministérielles ainsi que par les modifications de diverses ententes de gestion. En plus des tâches présentées dans le tableau 6.1, cette nouvelle façon de gérer le personnel exige notamment que les CAP soient en mesure de mobiliser leurs employés en les intégrant dans la recherche de solutions et en les consultant davantage. Les CAP doivent aussi offrir une ambiance de travail stimulante en mettant à la disposition des employés des ressources facilitant leur travail (MSSS, 2007). Allant dans le même sens que le MSSS (2007), Bourque *et al.* (2011) ajoutent que les gestionnaires doivent posséder des capacités de communication afin de rallier les employés vers une vision commune. Toutefois, les auteurs soulignent que cette façon de faire est rarement observée dans la pratique. Les propos de plusieurs répondants vont aussi en ce sens,

puisqu'ils ont l'impression que leurs opinions ne sont pas considérées. Le climat de travail difficile tout comme le manque de ressources limitent aussi la possibilité d'exercer leur travail de façon satisfaisante.

Cette critique de Bourque *et al.* (2011) permet d'introduire deux constats négatifs présents dans le rapport de 2007 du MSSS, visant directement la lourdeur de la charge de travail des gestionnaires. Le premier constat reconnaît que cette lourdeur fragilise l'équilibre entre le travail et la vie personnelle des gestionnaires. Le deuxième fait état de nombreux cadres ayant l'impression de n'être que des exécutants aux yeux de l'organisation. Dessureault (2011) corrobore d'ailleurs ce dernier constat. Cette dévalorisation de la tâche de gestionnaire peut provoquer des départs ou une perte de motivation du personnel cadre à accéder à ce type de poste. D'ailleurs, le MSSS (2007) mentionne que le RSSS est témoin d'un nombre de départs de cadres relativement élevé. Il devient nécessaire de revoir la façon d'assurer le renouvellement et la rétention des cadres puisque les nombreux remplacements de cadres provoquent des effets négatifs sur l'organisation : processus très coûteux, démotivation, atteinte du climat d'équipe, etc. (MSSS, 2007). La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000) encourage la revalorisation du rôle et des responsabilités du gestionnaire ainsi que le développement d'une philosophie davantage axée sur la gestion.

Les propos des répondants ayant verbalisé des insatisfactions envers le manque de formation de leurs supérieurs ne peuvent être généralisés à l'ensemble des gestionnaires en SAD mais demeurent tout de même préoccupants. Les données recueillies dans le cadre de cette recherche ne permettent pas de connaître la formation des gestionnaires en SAD. Il est donc questionnant de constater que certains répondants soulignent que leurs supérieurs immédiats sont d'anciens collègues, majoritairement infirmiers ou travailleurs sociaux et que ces derniers ne semblent pas posséder de compétences particulières en gestion. La publication du MSSS (2007) stipule pourtant qu'une formation en gestion n'est pas suffisante pour assumer ce type de responsabilités; elle doit minimalement être bonifiée par du mentorat offert par un cadre d'expérience. Sans formation de base en gestion, il peut

être difficile pour d'anciens employés « terrain » de comprendre les nombreuses nuances entre le rôle de gestionnaire et celui qu'ils occupaient précédemment. Paradoxalement, une expérience « terrain » récente peut faire en sorte que les gestionnaires comprennent davantage le contexte du travail réel vécu par les employés. De plus, le manque de formation des gestionnaires peut rendre difficile l'acquisition des nombreuses compétences leur permettant d'assumer leurs fonctions en satisfaisant aux attentes des employés, de l'institution et à celles du ministère.

Dans un contexte organisationnel où le RSSS subit de nombreuses transformations comme l'implantation de l'optimisation, il devient nécessaire de se questionner sur la qualité de la gestion des équipes de travail. Il apparaît légitime que les employés revendiquent l'accès à des cadres formés adéquatement puisque l'organisation de leur travail découle principalement des exigences des supérieurs. Qui plus est, un manque de formation risque de limiter les gestionnaires dans leurs capacités à développer les compétences nécessaires pour assurer une gestion répondant aux besoins de l'institution et du personnel. Cette recherche démontre la présence d'un écart entre la vision des gestionnaires et des travailleurs sociaux exerçant dans le RSSS. Il est à se demander si l'impression des répondants face au manque de compétences et de formation des gestionnaires contribue à exacerber cet écart.

6.2. Les logiques institutionnelles et professionnelles

Au Québec, l'État est l'employeur principal de la majorité des travailleurs sociaux (Lecompte, 2000). Dans cette mesure, les travailleurs sociaux doivent trouver un équilibre entre les valeurs et responsabilités professionnelles et les orientations et exigences ministérielles. La recherche de cet équilibre apporte de nombreux malaises, souvent éthiques, mentionnés dans le chapitre V et soulignés précédemment dans l'étude de Pelchat et Malenfant (2004). Bien que les employés des services publics accordent désormais une certaine légitimité aux moyens mis en place par leurs employeurs pour vérifier et évaluer

leur travail (Aballéa, 2013), des tensions persistent entre les gestionnaires et les travailleurs sociaux. En effet, de nombreux auteurs s'entendent pour dire que les gestionnaires et les travailleurs sociaux du RSSS ne partagent pas la même vision des programmes développés et offerts par le RSSS (Bentayeb et Goyette, 2013; Brosseau *et al.*, 2012; Gonin et Jouthe, 2013; Lecompte, 2000; Pelchat et Malenfant, 2004; Pomey et Dubois, 2007; Van Campenhoudt, 2013). Le contenu du chapitre V traitant davantage des répercussions de cet écart sur les travailleurs sociaux en SAD, la section suivante mettra l'accent sur ce qui peut l'expliquer.

Pomey et Dubois (2007) nomment quatre groupes d'acteurs touchés par les mesures d'augmentation de la performance dans le RSSS : les *citoyens-usagers*, les *professionnels prestataires*, les *gestionnaires* et les *dirigeants*. Chaque groupe présente des logiques et des visions distinctes au sujet de la performance, influencées selon le rôle qu'il occupe dans le RSSS. Un élément est tout de même primordial : ces quatre groupes d'acteurs sont nécessaires pour assurer l'offre, la demande ainsi que l'organisation des services du RSSS. Comme la présente recherche vise les travailleurs sociaux et, dans une moindre mesure, les gestionnaires, ce sont donc uniquement les postures de ces deux groupes d'acteurs qui seront présentées.

Pour Pomey et Dubois (2007), les professionnels voient la performance comme étant un système « d'autorégulation de la profession ». Ils conçoivent ainsi que le concept de la performance se définit par le

respect des normes professionnelles et une rationalité de type technique qui met l'accent sur les compétences techniques, la mise à jour des connaissances et l'atteinte des objectifs et standards cliniques (Pomey et Dubois, 2007, p. 150).

Les gestionnaires, quant à eux, considèrent plutôt que la gestion de la performance est une rationalité administrative qui entraîne notamment l'optimisation des ressources et la standardisation du système organisationnel (Pomey et Dubois, 2007). Le fait que les professionnels et les gestionnaires ne définissent pas les fondements de la performance en

fonction des mêmes rationalités provoque indéniablement des différences dans la façon d'appliquer et de comprendre les mesures de performance (Pomey et Dubois, 2007).

Van Campenhoudt (2013) propose un cheminement réflexif différent de celui de Pomey et Dubois mais ses conclusions sont similaires à celles des deux auteurs : les divergences de visions entre les professionnels et les gestionnaires créent des malentendus. Pour Van Campenhoudt (2013), le système institutionnel est composé de trois groupes d'acteurs : les « *gens* », les « *agents* » et les « *dirigeants* ». Le premier groupe représente les usagers et leurs familles, le deuxième englobe les professionnels de toutes les organisations fournissant des services à la population et le troisième regroupe les décideurs et les gestionnaires de toutes ces organisations. Pour l'auteur, les différents points de vue de chacun de ces groupes peuvent ainsi provoquer des malentendus lorsqu'ils se confrontent. Il ajoute que des sources de malentendus sont possibles entre les trois groupes d'acteurs. En lien avec le sujet de cette recherche, seule la notion de malentendus entre les agents et les dirigeants sera abordée.

Selon Van Campenhoudt (2013), les malentendus entre les agents et les dirigeants prennent racine dans les décisions ministérielles et institutionnelles développées dans un objectif politique et social : celui de contrer divers problèmes sociaux reconnus par les « *dirigeants* ». Ces décisions et orientations politiques sont ainsi teintées d'une vision institutionnelle; elles sont influencées par les valeurs politiques et les intérêts du gouvernement en place et elles respectent la logique institutionnelle. L'État élabore ensuite des moyens pour respecter ses orientations. Ces moyens sont appliqués par les « *agents* », qui, tout comme les dirigeants, exercent leurs professions en fonction de valeurs et d'intérêts spécifiques, respectant ainsi leurs propres logiques professionnelles. Les malentendus émergent lorsque ces deux logiques s'opposent. Dans le cadre de cette recherche, les malentendus proviennent des divergences entre les perceptions de l'optimisation chez les gestionnaires du SAD et celles des travailleurs sociaux exerçant dans ce programme.

Pour contrer ces malentendus, voire ces distorsions, les agents et les dirigeants peuvent mettre en œuvre des moyens diversifiés basés principalement sur la ruse, en cherchant à mettre de côté les aspects qui les poussent à déroger de leur logique professionnelle respective (Van Campenhoudt, 2013). L'auteur nomme certains mécanismes mis en place par les acteurs de tous les groupes afin de faire respecter leurs valeurs et intérêts, notamment l'utilisation de stratégies contradictoires et le fait de détourner l'intention d'une exigence vers une façon de faire répondant davantage à la logique à laquelle l'acteur s'identifie. Bien entendu, ces stratégies sont camouflées par des non-dits qui risquent de faire augmenter davantage les malentendus entre les « agents » et les « dirigeants » (Van Campenhoudt, 2013).

En évoquant cette ruse, Van Campenhoudt rejoint une partie de la théorie de la psychodynamique du travail de Dejours au sujet de la souffrance créatrice. En effet, l'utilisation d'une « ruse » afin de contourner les exigences dans un objectif de bénéfice individuel demeure pour les deux auteurs une mesure de protection. Les différences principales entre ces deux approches se situent dans les raisons de recourir à ce type de stratégies. Pour Dejours, il s'agit d'une mesure de protection psychologique mise en place par l'employé pour contrer la souffrance ressentie au travail lorsqu'il réalise l'écart entre le travail prescrit et le travail réel. Pour Van Campenhoudt, cette stratégie est davantage utilisée par l'employé afin de respecter ses valeurs et ses intérêts professionnels lorsqu'il perçoit que les logiques patronales vont à l'encontre des logiques de sa profession.

Le discours de plusieurs répondants corrobore les propos de Van Campenhoudt, car bien que la souffrance ressentie au travail soit un élément documenté et récurrent chez les participants, le désir de favoriser ses intérêts professionnels en utilisant la ruse est aussi nommé. D'ailleurs, en général, les répondants avouant modifier les données dans l'outil de planification le font dans l'objectif de faire reconnaître l'entièreté du travail exécuté par les travailleurs sociaux en SAD.

Les propos de Pomey et Dubois (2007) et de Van Campenhoudt (2013) permettent aussi de faire un lien avec la théorie de Dejours, dans la mesure où le travail prescrit est associé à la logique institutionnelle et le travail réel associé à la logique professionnelle des travailleurs sociaux. L'écart entre ces deux logiques s'apparente à celui entre les deux types de travail de Dejours. Ce qui distingue ces deux visions est la répercussion de cet écart sur le professionnel. Pour Dejours, cette répercussion se concrétise en souffrance et pour les autres auteurs, en malentendus ou en divergences dans l'application ou la compréhension des exigences.

L'écart ressenti fait en sorte que les logiques institutionnelles, défendues par les gestionnaires, et les logiques professionnelles, défendues par les travailleurs sociaux, peuvent s'entrechoquer : chaque partie défend sa position en utilisant des arguments propres aux valeurs de sa profession. Cette situation démontre que le manque de formation des gestionnaires décrié par les répondants de cette recherche n'est pas l'unique raison expliquant l'insatisfaction des travailleurs sociaux envers leurs supérieurs. Qui plus est, l'analyse de cet écart permet de mieux comprendre la réaction des supérieurs quant à l'implantation de l'optimisation.

C'est dans cette mesure qu'un modèle de gestion davantage basé sur le compromis et la collaboration peut être bénéfique pour les employés, les gestionnaires et pour la performance de l'équipe. Ce modèle doit pouvoir faire en sorte que les travailleurs sociaux minimisent les conflits éthiques dans l'exercice de leur profession afin qu'ils puissent respecter leur code de déontologie tout en se conformant aux exigences patronales. L'exemple du participant travaillant dans un SAD où tous les employés ont accepté d'appliquer les mesures d'optimisation mérite d'être répété. Les employés ont documenté leur incapacité à se conformer aux exigences en s'appuyant sur des faits concrets et sur leurs statistiques de performance. Le syndicat, occupant dans ce contexte un rôle axé sur les compromis, a présenté ces résultats aux gestionnaires, qui ont accepté de diminuer les exigences. Sans surprise, ce participant se positionne « pour » l'optimisation, ne ressent aucun écart entre le travail prescrit et le travail réel, n'exprime pas de propos démontrant

qu'il ressent de la souffrance au travail, se dit satisfait de sa pratique actuelle et ne perçoit aucune entrave à son autonomie professionnelle. Soit, le participant émet certaines critiques sur l'optimisation mais il nomme pour chacune d'elles une solution ou une façon de faire qui permettra de limiter l'insatisfaction ressentie.

6.3. Les pertes et les gains des travailleurs sociaux en lien avec l'optimisation

L'optimisation a apporté de nombreuses répercussions parallèles à la réorganisation du travail dans la pratique des travailleurs sociaux du SAD. En effet, les répondants s'expriment peu sur l'augmentation de leur performance. Bien que leurs propos abordent majoritairement les effets négatifs de l'implantation de l'optimisation, les travailleurs sociaux ont aussi souligné certaines répercussions positives. C'est dans cette optique que ces répercussions sont ici présentées : en les catégorisant en pertes et en gains.

6.3.1. Les pertes des travailleurs sociaux

De nombreuses pertes vécues par les travailleurs sociaux liées à l'optimisation ont été présentées et approfondies dans le chapitre V. La souffrance et la fragilisation de la santé mentale des travailleurs sociaux, la diminution de l'autonomie professionnelle et les changements dans la relation avec les supérieurs et les coordonnateurs cliniques sont des pertes importantes sur lesquelles les répondants ont grandement insisté lors des entretiens.

Une perte abordée par plusieurs répondants dans le chapitre V mérite une analyse plus approfondie puisqu'elle touche directement la pratique professionnelle des travailleurs sociaux. Il s'agit de la transformation graduelle du rôle du travailleur social en gestionnaire de cas et du refus d'une majorité de répondants de vivre cette transformation.

La valorisation de la gestion de cas au détriment de la pratique psychosociale est considérée par la plupart des participants comme étant une perte pour le travail social. Ils expliquent

cette perte en s'appuyant sur leur propre expérience professionnelle : pour eux, la gestion de cas se traduit par une augmentation importante du nombre de dossiers dans leur charge de cas, provoquant indéniablement une diminution majeure du temps alloué au suivi psychosocial.

L'OTSTCFQ a publié en 2006 un document détaillant la pratique du travailleur social gestionnaire de cas. Dans ce document, la gestion de cas est définie comme étant

une méthode de dispensation de services selon laquelle le travailleur social évalue les besoins du client et ceux de ses proches aidants (s'il y a lieu), planifie, coordonne, négocie, effectue le monitoring et représente les droits de son client pour l'obtention de services diversifiés pouvant répondre à ses besoins complexes (NASW, 1992 cité dans OPTSQ, 2006, p. 11).

Le document de l'Ordre (2006) trace un lien entre la gestion de cas et le travail social :

Les principes à la base du rôle de gestionnaire de cas sont de favoriser l'autonomie des personnes, de soutenir leurs capacités de prendre des décisions pour elles-mêmes, de maintenir leur qualité de vie le plus longtemps possible dans le milieu et l'entourage qui leur est familier et de leur faciliter l'accès aux services auxquels elles ont droit. Ce sont là des principes qui correspondent aux valeurs fondamentales de la profession de travailleur social (OPTSQ, 2006, p. 9-10).

L'Ordre (2006) dresse aussi une liste des fonctions du travailleur social gestionnaire de cas. Ce rôle professionnel exige tout d'abord d'évaluer l'utilisateur et ses besoins en rédigeant l'évaluation du fonctionnement social. Le gestionnaire de cas doit aussi planifier les services, s'assurer que l'utilisateur reçoit tous les services dont il a besoin, en faciliter l'accès, en assurer la coordination et réévaluer la situation de l'utilisateur lorsque la situation biopsychosociale change. La défense de droit, décrite comme étant la représentation des intérêts de l'utilisateur, doit autant être exercée sur le plan de la prestation de services que sur le plan psychosocial. Finalement, le suivi clinique occupe une place dans la présentation des fonctions du travailleur social gestionnaire de cas :

En exerçant cette fonction essentielle, le travailleur social gestionnaire de cas déploie les connaissances et compétences propres au processus d'intervention psychosociale, c'est-à-dire l'évaluation psychosociale, la formulation de l'opinion professionnelle, l'élaboration du plan

d'intervention, l'actualisation de l'intervention ou du suivi clinique (OPTSQ, 2006, p. 13).

Comme le concept de gestion de cas a émergé après la publication de la Commission Clair en 2000 (OPTSQ, 2006) et qu'il augmente en popularité dans le RSSS depuis une dizaine d'années (Couturier, Gagnon et Belzile, 2013), il est difficile d'affirmer que la transformation du rôle des travailleurs sociaux en gestionnaires de cas est uniquement provoquée par l'optimisation. À l'échelle mondiale, ce rôle est d'ailleurs majoritairement tenu par des travailleurs sociaux (Couturier, Gagnon et Belzile, 2013).

La position générale des répondants au sujet de la transformation de leur rôle vers la gestion de cas est une opposition généralisée à ce changement qui semble inévitable. Est-ce que cette opposition est liée à un manque de connaissances sur ce nouveau rôle? Comme les répondants associent directement la gestion de cas avec l'optimisation, est-il possible de relier l'opposition à plusieurs aspects de l'optimisation avec l'opposition à la gestion de cas? Est-ce qu'elle s'explique plutôt par le manque de ressources mises à la disposition des travailleurs sociaux? Un participant explique notamment que depuis l'implantation de l'optimisation, la gestion de cas l'oblige à coordonner et organiser les services mais qu'il n'a pas les moyens d'assurer en plus le suivi psychosocial de ses usagers, vu l'augmentation du nombre de dossiers. Il relate que cette situation lui donne l'impression « *d'être un chef d'orchestre sans les musiciens* (Participant 4) ». Est-ce possible que l'augmentation du nombre de dossiers dans la charge de cas des travailleurs sociaux nuise à la capacité d'intégrer le volet psychosocial à ce nouveau rôle et qu'en ce sens, s'y opposer soit une réaction à l'impression de ne pas être en mesure d'exercer ces nouvelles pratiques de façon satisfaisante?

Une dernière hypothèse pour expliquer cette opposition est que les travailleurs sociaux refusent l'appropriation d'un rôle professionnel reconnu comme étant davantage « technique » puisqu'il déroge de la vision du travail social « pur ». Couturier, Gagnon et Belzile (2013) reconnaissent que la gestion de cas est effectivement souvent associée à un rôle technocratique. Toutefois, pour ces auteurs, le travailleur social gestionnaire de cas

représente aussi pour l'usager un repère humanisant dans le RSSS puisque la défense de droits occupe une place importante dans l'évaluation, la planification et la coordination des services. Pourtant, le discours des répondants au sujet de la transformation du rôle du travailleur social reflète que la gestion de cas limite grandement l'aspect psychosocial de leur travail. Dubet confirme d'ailleurs que le travail social vit d'importants changements :

Maintenant, le travail social est plutôt perçu comme une machine à atténuer les dégâts du capitalisme et des inégalités. [...] Les travailleurs sociaux sont devenus des opérateurs de politiques publiques (Dubet cité dans Ruellant, 2012, p. 12).

En somme, les propos des répondants ne permettent pas de cibler pourquoi ils s'opposent à la transformation de leur rôle mais tous s'entendent pour dire que cette transformation crée un sentiment de perte pour le travail social en SAD.

6.3.2. Les gains des travailleurs sociaux

Les propos de plusieurs répondants démontrent qu'ils ont acquis certains bénéfices suite à l'implantation de l'optimisation. Par exemple, le fait de voir plus d'usagers a été souligné par certains répondants. Ce gain est le seul directement relié aux exigences de l'optimisation. Les autres gains touchent davantage le contexte professionnel du travailleur social. Effectivement, il est mentionné par plusieurs participants que l'optimisation a permis de découvrir et de renforcer les liens et la solidarité entre collègues. Certains ont aussi ressenti une valorisation provenant de la mobilisation ou des revendications en défendant leur identité et leur autonomie professionnelles.

Cette observation rejoint les propos d'Otero et de Namiam (2011) au sujet des répercussions positives de la souffrance vécue au travail. Les auteurs affirment que

[le] champ de la souffrance est en effet un espace social fécond où l'on peut valoriser des significations, mettre en œuvre des stratégies, mener des luttes, faire avancer des causes, réduire des dommages dus à des comportements réprouvés, obtenir de la reconnaissance, mais aussi tout simplement exprimer des facettes banales de sa subjectivité et satisfaire des demandes

d'empathie institutionnalisées tous azimuts (Otero et Namiam, 2011, p. 227).

Dans la même lignée qu'Otero et Namiam, Moreau et Larose-Hébert (2013) observent que la souffrance au travail s'est transformée : elle est de moins en moins taboue et davantage partagée entre les travailleurs. Cette socialisation de la souffrance leur donne une nouvelle voix puisque des groupes d'employés vivant ou étant témoins de souffrance peuvent la dénoncer afin de revendiquer de meilleures conditions de travail.

La situation des répondants ayant revendiqué ou milité dans leurs milieux de travail illustre bien les propos de ces auteurs. Dejours ne traite pas la notion de revendication ou de militantisme comme étant un gain pour les employés mais plutôt comme étant une solution servant à diminuer la souffrance ressentie au travail. Toutefois, les employés réalisant que leurs actions diminuent leur souffrance peuvent considérer ce changement comme étant un gain important. C'est d'ailleurs en ce sens que les répondants se sont exprimés quant aux résultats positifs de leurs revendications ou de leur militantisme.

Plusieurs répondants ont donc vécu un double gain suite à l'optimisation : la découverte d'une solidarité entre collègues qui, en plus des bénéfices touchant le soutien et la cohésion, s'est avérée une ressource importante pour contrer la souffrance; et l'utilisation de cette solidarité pour revendiquer ou militer contre les effets négatifs de l'optimisation.

En somme, cette analyse démontre que les effets de la réorganisation du travail n'influencent pas uniquement la performance des employés et la qualité des services offerts. La mise en évidence des impacts de l'optimisation sur la pratique professionnelle des travailleurs sociaux permet de mieux comprendre leur opposition généralisée envers l'optimisation. Les critiques des répondants au sujet de la formation et des compétences de leurs supérieurs peuvent notamment expliquer l'opposition de la majorité des répondants. Il est possible que le manque de connaissances des supérieurs ait influencé les façons de présenter, d'implanter et d'encadrer les mesures d'optimisation. L'implantation de l'optimisation a également fait resurgir des divergences entre les logiques institutionnelles

et professionnelles puisque les travailleurs sociaux ne partagent pas nécessairement la vision de leurs supérieurs. Ces divergences affectent la relation entre les professionnels et leurs supérieurs, exacerbant ainsi l'opposition de la majorité des répondants envers cette réorganisation du travail. Au final, il est indéniable que les travailleurs sociaux vivent des pertes importantes depuis le début de l'optimisation. L'orientation de leur rôle professionnel vers la gestion de cas est une perte majeure soulignée par de nombreux participants. Néanmoins, les gains apportés par l'optimisation, principalement en ce qui a trait à la socialisation et à la reconnaissance de la souffrance par les pairs, ont fait découvrir aux travailleurs sociaux des ressources leur permettant d'améliorer leur satisfaction envers leur travail.

CONCLUSION

Les différents sens que donnent les travailleurs sociaux à l'optimisation sont au centre de cette recherche. L'état de la question présente d'abord certains éléments du RSSS, plus précisément des CSSS et des SAD. Ensuite, sont concrètement définis l'optimisation et le contexte dans lequel cette réorganisation du travail a été implantée. Ces informations favorisent la compréhension de la situation sociopolitique et économique du MSSS au moment où l'optimisation a été implantée. En effet, il apparaît indéniable que la pratique du travail social est fortement influencée par les courants politiques du moment puisque les orientations du MSSS guident les travailleurs sociaux dans la façon d'exercer leur profession. Certaines études citées précédemment, notamment celles de Brosseau *et al.* (2012) et de Pelchat et Malenfant (2004), démontrent que des choix de gestion provenant du milieu industriel peuvent avoir d'importantes répercussions négatives sur la perception qu'ont les travailleurs sociaux envers leur profession.

Par ailleurs, la problématique de ce mémoire aborde la difficulté à connaître les différents points de vue des travailleurs du RSSS sur l'optimisation, malgré les nombreux discours publics sur le sujet. En ce sens, les résultats de cette recherche démontrent que les travailleurs sociaux en SAD présentent des opinions diversifiées sur le concept d'optimisation, mais aussi à propos des répercussions de ce projet sur leurs pratiques professionnelles.

L'objectif général de cette recherche est de connaître et de comprendre les sens que donnent les travailleurs sociaux en SAD à l'optimisation. Les sous-questions permettent de présenter la position des 12 travailleurs sociaux en fonction de ces dimensions conceptuelles : le cadre organisationnel du SAD, l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux et les ressources mises à la disposition des travailleurs sociaux en SAD. Ces trois dimensions conceptuelles sont reliées aux éléments suivants de la théorie de la psychodynamique du travail de Dejours : le travail prescrit, le travail réel, la souffrance au

travail et, dans une certaine mesure, la notion de plaisir au travail. Le regroupement de ces concepts crée le cadre conceptuel de la recherche. Ce dernier est employé pour présenter, développer et analyser les résultats dans le chapitre V.

Les résultats de cette recherche démontrent que l'optimisation a modifié la perception que la majorité des travailleurs sociaux avaient initialement du cadre organisationnel du SAD. Il demeure important d'insister sur la notion de « perception » car les répondants n'ont pas nécessairement présenté une définition commune de ce qu'est l'optimisation, malgré le fait qu'ils se sont unanimement fait imposer les mêmes mesures d'optimisation, présentées comme étant le travail prescrit. Dans cette mesure, les divers sens que donnent les travailleurs sociaux à l'optimisation sont grandement influencés par les perceptions de chaque professionnel. En effet, sans toujours être explicitement nommée, la notion de perception revient tout au long de la présentation des résultats : la vision du travail réel, l'intensité de la souffrance ressentie, le degré de satisfaction des travailleurs sociaux envers leur travail, etc.

Lorsque que cela est pertinent, les propos des 12 répondants sont catégorisés et présentés en lien avec une caractéristique distinctive, soit la position de chacun des répondants au sujet de l'optimisation : « pour », « contre » ou « nuancée ». Ces positions sont influencées par certains facteurs sociaux tels que les idéalizations professionnelles, les normes générales du travail social et la qualité de la relation entre les travailleurs sociaux et leurs supérieurs.

L'analyse des résultats démontre que les participants de la catégorie « pour » l'optimisation ne ressentent pas réellement d'écart entre le travail prescrit et le travail réel. Bien qu'ils n'atteignent pas toujours les objectifs, ils se considèrent en mesure de satisfaire aux exigences de l'optimisation puisqu'ils déploient les efforts nécessaires pour y parvenir. Corroborant la théorie de Dejours, le fait de ne pas ressentir d'écart entre les exigences et le travail exécuté fait en sorte qu'ils ne démontrent pas de signes de souffrance reliée à l'implantation de l'optimisation. Ils verbalisent aussi avoir maintenu des relations saines

avec leurs supérieurs et avec leurs collègues. Les travailleurs sociaux en accord avec l'optimisation sont relativement satisfaits de leur travail et considèrent que la réorganisation n'a brimé ni leur autonomie professionnelle ni la qualité des services offerts aux usagers. Les répondants « pour » reconnaissent aussi avoir à leur disposition des ressources afin d'exercer leur profession de façon satisfaisante. Les deux ressources principales qu'ils nomment sont la solidarité entre collègues et les « stratégies personnelles », soit de se percevoir comme étant son propre outil de travail. Ces répondants sont d'ailleurs les seuls à ne pas évoquer le manque important de ressources dans leur milieu de travail.

Les répondants des groupes « contre » et « nuancé » présentent un tout autre profil que celui des participants « pour » l'optimisation. L'analyse des résultats démontre tout d'abord que ces deux groupes partagent les mêmes points de vue sur la plupart des éléments étudiés. En effet, tous les participants de ces deux groupes expriment ne pas être en mesure de se conformer aux exigences de l'optimisation. Cet écart entre le travail prescrit et le travail réel réfère directement à la théorie de Dejours et résulte en une souffrance vécue par tous les participants de ces deux groupes. L'obligation de devoir justifier pourquoi ils ne satisfont pas aux exigences représente pour tous ces participants la source principale de leur souffrance. L'intensité de la souffrance ressentie par les participants est la même dans les deux groupes : sentiment de pression et de détresse relié à la surcharge de travail; épuisement professionnel et symptômes d'anxiété chez certains répondants; répercussions négatives sur la dynamique et le climat de travail; diminution de la performance des employés.

Tous les travailleurs sociaux « contre » ou « nuancés » considèrent aussi que l'optimisation entrave leur autonomie professionnelle. De plus, les participants des deux groupes s'entendent sur deux ressources qu'ils considèrent comme étant les plus importantes dans leurs milieux de travail : la solidarité entre collègues et l'implication syndicale. Par contre, seuls les travailleurs sociaux « nuancés » utilisent des stratégies personnelles pour améliorer leur pratique. De plus, tous ces participants soulignent un manque flagrant de

ressources. Ainsi, l'inaccessibilité aux supérieurs et aux coordonnateurs cliniques et le manque d'implication de l'Ordre affectent la majorité des répondants de ces deux groupes. En réponse à ce manque de ressources, de nombreux participants des deux groupes mentionnent l'importance de la revendication, de la mobilisation et du militantisme afin de dénoncer les lacunes provoquées par l'optimisation.

Néanmoins, des éléments importants distinguent les propos de chacun de ces deux groupes. Tout d'abord, l'analyse démontre que la souffrance pathogène est vécue par tous les participants des groupes « contre » et « nuancé ». Par contre, un élément distinctif est que seuls quelques travailleurs sociaux « nuancés » ont exprimé ressentir de la souffrance créatrice.

Ensuite, bien que les réactions des supérieurs aient suscité de vives critiques dans les deux groupes, les répondants « contre » considèrent tous que l'optimisation a grandement modifié l'attitude des supérieurs et des coordonnateurs cliniques à leur égard, provoquant des bris majeurs dans les relations qu'ils entretenaient auparavant. Du côté des participants « nuancés », la moitié évoque davantage un changement qu'un bris dans la nature des relations avec les supérieurs et les coordonnateurs cliniques; l'autre moitié souligne ne pas avoir perçu de changements dans ces relations.

Finalement et étonnamment, d'importantes remises en question reliées à la satisfaction envers le travail et la pratique émergent uniquement chez certains participants du groupe « nuancé ». Les répondants « contre », quant à eux, se disent relativement satisfaits de leur pratique.

À la lumière de ces résultats, un retour à l'hypothèse de recherche est pertinent. L'hypothèse est ainsi formulée : « *Le travailleur social possède de nombreux outils pour se protéger contre la souffrance au travail mais le cadre organisationnel rend plus ou moins inévitable cette souffrance.* » L'analyse des résultats démontre que l'hypothèse est confirmée dans la mesure où le travailleur social a accès à plusieurs ressources diversifiées.

Toutefois, pour la majorité des professionnels, ces ressources ne sont pas suffisantes pour limiter l'émergence de la souffrance au travail, considérant que le manque de ressources provient principalement des lacunes du cadre organisationnel. Un autre angle d'analyse permet aussi d'infirmier l'hypothèse. Cette recherche démontre que la souffrance reliée à l'optimisation ne provient pas uniquement du cadre organisationnel : la perception qu'ont les travailleurs sociaux envers l'optimisation semble effectivement avoir une influence majeure sur l'émergence de la souffrance au travail.

Dans ce contexte, il devient légitime de questionner la réussite globale d'un programme comme l'optimisation. Effectivement, considérant l'envergure du RSSS, la quinquennalité du Plan stratégique et le pouvoir d'action des employés, il semble peu réaliste de croire que l'atteinte des objectifs de l'optimisation puisse se faire aussi rapidement sans affecter les pratiques professionnelles des employés.

Bien qu'il soit encore trop tôt pour savoir si les cibles ministérielles du Plan stratégique 2010-2015 sont atteintes, certaines questions à propos de leur évaluation émergent. Est-ce que l'optimisation a réellement permis d'augmenter la performance des employés du RSSS, d'offrir des services de qualité et de diminuer les inquiétudes gouvernementales quant à la pérennité du RSSS? Est-ce que les répercussions négatives vécues par les employés ont engendré des coûts n'ayant pas été considérés au départ? Est-ce que les répercussions négatives de l'optimisation du SAD sur les travailleurs sociaux sont moindres par rapport aux résultats obtenus chez ce groupe de professionnels? Est-ce que les répercussions négatives chez les employés ont miné la réussite de l'optimisation? Est-ce réaliste d'offrir des services de qualité dans un contexte de souffrance au travail?

Si l'optimisation permet réellement d'augmenter la performance globale du RSSS en limitant les injections massives d'argent, est-ce que les répercussions négatives sur les employés sont un enjeu assez important pour que les instances gouvernementales les reconnaissent en ajustant les cibles et les façons de faire? Dans la mesure où il est pertinent que le RSSS se réorganise afin de s'adapter à la réalité sociopolitique et économique du

moment, il est tout de même reconnu que les réorganisations antérieures semblent avoir atteint des résultats discutables. Il semble que les changements organisationnels et institutionnels permettent difficilement d'améliorer la performance du RSSS en limitant les dépenses et en respectant le bien-être au travail des employés. Dans un tel contexte, il s'avère plus que nécessaire de se questionner sur le type de mesure qui le permettra.

ANNEXE A

Grille d'entrevue

Nom :

Date :

- 1- Comment décrivez-vous l'optimisation et quelle est votre opinion sur le sujet?
- 2- Est-ce que vous cherchez à faire connaître votre opinion sur l'optimisation à vos collègues et supérieurs? Pourquoi? De quelle façon?
- 3- Avez-vous reçu des exigences spécifiques de votre chef de programme envers votre pratique depuis l'implantation de l'optimisation? Si oui, donnez-moi des exemples.
 - 3-a) Sous-questions :
 - Est-ce que vous vous conformez à ces exigences? (Pourquoi? Comment?)
 - Comment pouvez-vous qualifier ces exigences?
 - Votre chef de programme connaît-il votre position envers ces exigences?
- 4- Quels sont les principaux changements que vous avez perçus dans votre pratique depuis l'implantation de l'optimisation?
 - Sur votre autonomie professionnelle?
 - Sur la nature des interventions auprès de l'utilisateur?
 - Par rapport à la mission du SAD?
 - Sur vos relations avec vos collègues?
 - Sur vos relations avec vos supérieurs?
- 5- Quelles sont les ressources mises à votre disposition pour vous permettre d'exercer votre profession de façon satisfaisante? Utilisez-vous ces ressources? Pourquoi?
 - 5-a) Sous-question :
 - Êtes-vous satisfait de votre pratique actuelle?

APPENDICE A

Références des politiques, lois, commissions et plans cités dans le texte

Titre : Loi sur les services de santé et les services sociaux

Auteur et année : Éditeur officiel du Québec, 1972

Lien Internet :

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html

Titre : Politique de la santé et du bien-être

Auteur et année : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992

Lien Internet : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1992/92_713.pdf

Titre : La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Rapport et recommandations. Les solutions émergentes.

Auteur et année : M. Clair, 2000

Lien Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf>

Titre : Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Auteur et année : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001

Lien Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-702.pdf>

Titre : Politique sociale du soutien à domicile « Chez soi : le premier choix »

Auteur et année : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003

Lien Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-704-01.pdf>

Titre : Loi 25 (Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux)

Auteur et année : P. Couillard, 2003

Lien Internet : <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-25-37-1.html>

Titre : Loi 83 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux

Auteur et année : P. Couillard, 2004

Lien Internet : <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-83-37-1.html>

Titre : Briller parmi les meilleurs. La vision et les priorités d'action du gouvernement du Québec.

Auteur et année : Gouvernement du Québec, 2004

Lien Internet : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs54345>

Titre : Pour sortir de l'impasse, la solidarité entre nos générations. Rapport et recommandations du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec.

Auteur et année : L.J. Ménard, 2005

Lien Internet : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs47263>

Lien Internet : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs47263>

Titre : Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé. En avoir pour notre argent : des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée.

Auteur et année : C. Castonguay, 2008

Lien Internet :

http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/rapport/pdf/RapportFR_FinancementSante.pdf

Titre : Rapport du Comité consultatif sur l'économie et les finances publiques. Le Québec face à ses défis. Fascicule 3 : Une voie durable pour rester maîtres de nos choix.

Auteurs et année : Comité consultatif sur l'économie et les finances publiques, 2010

Lien Internet : <http://consultations.finances.gouv.qc.ca/media/pdf/le-quebec-face-a-ses-defis-fascicule-3.pdf>

Titre : Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Auteur et année : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010

Lien Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf>

Titre : Vers un système de santé plus performant et mieux financé. Budget 2010-2011, Gouvernement du Québec.

Auteur et année : Finances Québec, 2010

Lien Internet : <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2010-2011/fr/documents/VersSystemeSante.pdf>

Titre : Rapport annuel de gestion 2010-2011 du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Auteur et année : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011

Lien Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-102-01F.pdf>

Titre : Politique sociale sur le vieillissement Vivre et vieillir ensemble Chez soi, dans sa communauté, au Québec.

Auteurs et année : Ministère de la Santé et des Services sociaux et ministère de la Famille et des Aînés, 2012

Lien Internet : <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/politique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf>

Titre : Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion.

Auteur et année : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012

Lien Internet : <http://www.frqs.gouv.qc.ca/fr/financement/pdf/Cadre-reference.pdf>

BIBLIOGRAPHIE

Abbaléa, F. (2013). Le retour du contrôle social. Dans Bellot, C., Bresson, M. et Jetté, C. (dir.), *Le travail social et la nouvelle gestion publique* (p. 11-27). Montréal : Presses de l'Université du Québec.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2010, 22 avril). *Projet d'optimisation : augmenter les services directs en soins à domicile*. Direction Réseaux. Volume 6, numéro 5. Récupéré de www.santemontreal.qc.ca

Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (2012, 6 décembre). Optimisation des services à domicile L'APTS rappelle aux établissements de santé leurs obligations. [Communiqué]. Récupéré de <https://www.apsq.com/AxisDocument.aspx?id=9480&langue=fr>

Arweiler, D. et Contandriopoulos, A-P. (2007). Le financement du système de santé québécois : dynamique et enjeux. Dans Fleury, M-J., Tremblay, M., Nguyen, H. et Bordeleau, L. (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec, gouvernance, régulation et participation* (p. 79-97). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

Assemblée Nationale. (2013). *Moratoire sur les projets d'optimisation dans le réseau de la santé*. Récupéré de <https://www.assnat.qc.ca/fr/exprimez-votre-opinion/petition/Petition-3807/index.html>

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2012, 27 novembre). *Les soins à domiciles offerts par les établissements. Des efforts d'optimisation des services qui donnent des résultats remarquables pour les usagers et les citoyens*. [Communiqué]. Récupéré de http://www.aqesss.qc.ca/1777/Communiqués_de_presse.aqesss?ComID=729

Bentayeb, N. et Goyette, M. (2013). Évaluer l'action sociale dans le cadre des exigences de la Loi sur l'administration publique. Dans Bellot, C., Bresson, M. et Jetté, C. (dir.), *Le travail social et la nouvelle gestion publique* (p. 59-73). Montréal : Presses de l'Université du Québec.

Bernier, B. (2004). *Technique industrielles, le Japon et l'utilisation des capacités humaines*. Revue Anthropologie et Sociétés, Volume 28, numéro 1, 127-144. Récupéré de <http://id.erudit.org/iderudit/008574ar>

Bernier, N.F. et Mallon, I. (2009). *Présentation : vieillir pose-t-il vraiment problème?* Lien social et Politiques, n° 62, 7-12. Récupéré de <http://id.erudit.org/iderudit/039310ar>

Boivin, J. (2003). *L'impact du syndicalisme et de la négociation collective*. Dans Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C., et Bélanger, G. (dir.), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux* (p.337-374). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Boudreault, J. et St-Onge, M. (2007). *L'évaluation des premiers mois d'implantation d'un réseau de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Service social, Volume 53, no. 1, 1-23. Récupéré de <http://id.erudit.org/iderudit/017985ar>

Boulanger, L. et Houle, H. (1997). *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en CLSC et en milieu scolaire*. Montréal : Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.

Bourque, G.L. (2012a, mars). *Les enjeux du vieillissement. Partie 1 : Les perspectives démographiques*. Institut de recherche en économie contemporaine (IREC), no. 14.

Bourque, G.L. (2012b, avril). *Les enjeux du vieillissement. Partie 2 : Les impacts socioéconomiques*. Institut de recherche en économie contemporaine (IREC), no. 17.

Bourque, D., Lachapelle, R., Savard, S., Tremblay, M. et Maltais, D. (2011). *Les effets de la création des CSSS sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires*. Cahiers du LAREPPS, No 11-02.

Boyer, M. (1996). *L'économie des organisations : mythes et réalités*. L'Actualité économique, vol. 72, n° 3, 247-274. Récupéré de <http://id.erudit.org/iderudit/602206ar>

Brousseau, G. et Pauzé, M. (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. (2^{ème} éd.). Montréal : Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec.

Brousseau, G., Morissette, P., Pauzé, M., Roc, M-L. et Simard, P. (2012). *Le référentiel d'activité professionnelle lié à l'exercice de la profession de travailleuse sociale ou travailleur social au Québec*. Montréal : Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.

Busque, M-A. (2009). *Les besoins non comblés de services à domicile chez les aînés canadiens*. (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal. Récupéré de Papyrus, l'archive de publications électroniques de l'UDM <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/7718>

Caradec, V. (2009). *Vieillir, un fardeau pour les proches ?* Lien social et Politiques, n° 62, 111-122. Récupéré de <http://id.erudit.org/iderudit/039318ar>

Champagne, S. (2013, 13 février). *Les médecins dénoncent le minutage*. La Presse. Récupéré de <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201302/13/01-4621068-les-medecins-denoncent-le-minutage.php>

Code des professions (2015). *Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec*. L.R.Q.C-26, r. 286, a. 87. Récupéré dans http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_26/C26R286.HTM

Comité consultatif sur l'économie et les finances publiques (2010). *Le Québec face à ses défis, Fascicule 3, Une voie durable pour rester maîtres de nos choix*. Québec : Gouvernement du Québec. 94 pages.

Comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux du Québec (2005). *Pour sortir de l'impasse, la solidarité entre nos générations. Rapport et recommandations du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux du Québec*. Gouvernement du Québec : Ménard, L.J. Récupéré de <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs47263>

Comité d'experts (2005). *Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines. Rapport du comité d'experts*. Québec : Gouvernement du Québec.

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). *Rapport et recommandations. Les solutions émergentes*. Gouvernement du Québec : Clair, M. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf>

Confédération des syndicats nationaux (2013, 7 mai). *Projets d'optimisation dans la Santé et les Services sociaux. La FSSS-CSN et Québec Solidaire unissent leurs voix pour demander au ministre d'agir*. [Communiqué]. Récupéré de http://www.csn.qc.ca/web/csn/communiquel/-/ap/Comm%2007-0513b?p_p_state=maximized

Corriveau, J. (2012, 2 novembre). *Le minutage des soins à domicile peut être justifié, dit le ministre Hébert*. Le Devoir, Récupéré de <http://www.ledevoir.com/societe/sante/363016/le-minutage-des-soins-a-domicile-peut-etre-justifie-dit-le-ministre-hebert>

Couturier, Y. (2005). *La collaboration entre travailleuses sociales et infirmières. Éléments d'une théorie de l'intervention interdisciplinaire*. Paris : Éditions L'Harmattan.

Couturier, Y., Gagnon, D et Belzile, L. (2013). La gestion de cas comme analyseur des paradoxes de la nouvelle gestion publique. Dans Bellot, C., Bresson, M., et Jetté, C. (dir.), *Le travail social et la nouvelle gestion publique (p. 105-120)*. Montréal : Presses de l'Université du Québec.

De Gaulejac, V. (2010). *La NGP : nouvelle gestion paradoxante*. Nouvelles pratiques sociales, vol. 22, n° 2, 83-98.

Dejours, C. (2000, 6 avril). *Travail, souffrance et subjectivité*. Sociologie du Travail. Volume 42, Issue 2, 329–340.

Dejours, C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*, Versailles Cedex : Éditions Quæ « Sciences en questions ».

Dejours, C. (2006). Nouveau regard sur la souffrance humaine dans les organisations. Dans Bélangier, L. et Mercier, J. (dir.), *Auteurs et textes classiques de la théorie des organisations* (p. 485-501). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Dejours, C. (2010). *Travail : de l'état des lieux au remaniement des principes de l'intervention*. Connexions 2, no 94, 11-28. Récupéré de www.cairn.info/revue-connexions-2010-2-page-11.htm

Dejours, C. (2011). *La psychodynamique du travail face à l'évaluation : de la critique à la proposition*. Travailler 1, no 25, 15-27. Récupéré de www.cairn.info/revue-travailler-2011-1-page-15.htm

Dejours, C. (2012). *Organisation du travail - Clivage – Aliénation*. Travailler 2, no 28, 149-158. Récupéré de www.cairn.info/revue-travailler-2012-2-page-149.htm

Dejours, C. (2013). *Effets de la désorganisation des collectifs sur le lien... à la tâche et à l'organisation*. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 2, no 61, 11-18. Récupéré de www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-psychanalytique-de-groupe-2013-2-page11.htm

Dejours, C. et Gernet. I. (2012). *Travail, subjectivité et confiance*. Nouvelle revue de psychosociologie 1, no 13, 75-91. Récupéré de www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2012-1-page-75.htm

Deslauriers, J-P. et Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pirès (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p.85-111). Montréal : Gaétan Morin Éditeur.

Dessureault, S. (2011). *Des pratiques gestionnaires pluralistes dans un programme étatique de prévention en périnatalité et petite enfance*. (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal. Récupéré d'Archipel, l'archive de publications électroniques de l'UQAM <http://www.archipel.uqam.ca/4105/>

Fédération interprofessionnelle de la santé au Québec (2013, 6 mars). *Projet d'optimisation des soins à domicile. Le Ministre Réjean Hébert doit prendre ses responsabilités et cesser de cautionner l'indéfendable!* [Communiqué]. Récupéré de <http://www.fiqsante.qc.ca/fr/folders/enjeux/organisationdutravail/projetslean.html?page=1>

Finances Québec (2010). *Vers un système de santé plus performant et mieux financé. Budget 2010-2011*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/20102011/fr/documents/VersSystemeSante.pdf>

Fortin, P. (2003). L'identité professionnelle des travailleurs sociaux. Dans A-Legault, G. (dir.), *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme (p.85-104)*. Montréal: Les Presses de l'Université du Québec.

Gohier, C. (2004). *De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative*. Recherches Qualitatives, Vol. 24, 3 à 17.

Gonin, A., Grenier, J., et Lapierre, J-A. (2012). *Impasses éthiques des politiques sociales d'activation*. Nouvelles pratiques sociales, vol. 25, n° 1, 166-186. Récupéré de <http://id.erudit.org/iderudit/1017389ar>

Gonin, A. et Jouthe, E. (2013). Éthique et travail social. Enjeux, aspects et concepts méthodologiques. Dans Harper, E. et Dorvil, H. (dir.), *Le travail social. Théories, méthodologies et pratiques (p.69-88)*. Montréal : Presses de l'Université du Québec.

Gouvernement du Québec. (2004). *Briller parmi les meilleurs*. La vision et les priorités d'action du gouvernement du Québec. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de www.premier.gouv.qc.ca

Groupe de travail sur le financement du système de santé, (2008). *Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé. En avoir pour notre argent : des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée*. Gouvernement du Québec : Castonguay, C. Récupéré de http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/rapport/pdf/RapportFR_FinancementSante.pdf

Health Reform Observer (2013). *Implementing Lean Health Reforms in Saskatchewan*. - *Health Reform Observer*. Vol. 1: Iss. 1, Article 1. Gouvernement de la Saskatchewan : Marchildon, G. DOI: <http://dx.doi.org/10.13162/hro-ors.01.01.01>

Jaccard, M. (2010). *Objectif qualité. Introduction aux systèmes de management de performance et de durabilité*. Lausanne : Presse polytechniques et universitaires romandes.

Lafortune, L., Béland, F. et Bergman, H. (2008). *Le vieillissement et les services de santé: une réorientation des pratiques cliniques plutôt qu'un défi économique*. Vie Économique, Volume 3, no 1. Récupéré de <http://www.eve.coop/?a=114>

Larivière, C. (2008). *L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle*. Montréal : Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec.

Le Beau, G., Lessard, J., et Chevrier, M. (2011, 4 octobre). *L'optimisation en santé : les projets LEAN, une avenue à privilégier*. Conférence de la Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité du MSSS. Récupéré de <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca>

Lecompte, R. (2000). La nature du service social contemporain. Dans Deslauriers, J-P. et Hurtubise, Y. (dir.), *Introduction au travail social* (p. 17-33). Saint-Nicholas : Presses de l'Université Laval.

Mazouz, B. et Tardif, J-B M. (2010). A propos de la performance. L'Arlésienne de la sphère publique. Dans Proulx, D. (dir.), *Management des organisations publiques. Théories et applications* (p.33-64). 2^{ème} Édition. Montréal : Presses de l'Université du Québec.

Médecins québécois pour le régime public (2013, 29 mai). *Médecins québécois pour le régime public s'inquiète des dérives de «l'optimisation » des soins à domicile*. [Communiqué]. Récupéré de <http://www.newswire.ca/fr/story/1173841/medecins-quebecois-pour-le-regime-public-s-inquiete-des-derives-de-l-optimisation-des-soins-a-domicile>

Ministère de la Famille et des Aînés (2008). *Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés : Préparons l'avenir avec nos aînés*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). *Politique de la santé et du bien-être*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1992/92_713.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-702.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-704-01.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Guide : Profils des responsabilités de gestion. Fonctions types du personnel d'encadrement*. Québec : Direction du personnel d'encadrement de la Direction générale du personnel réseau et ministériel. Récupéré de <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). *La planification de la main-d'œuvre du personnel d'encadrement. Regard sur l'avenir. Orientations et plan d'action 2007-2010*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-514-02.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la santé et des services sociaux*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011a). *Rapport annuel de gestion 2010-2011 du Ministère de la santé et des services sociaux*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-102-01F.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011b, 1 novembre). *Le ministre Yves Bolduc dévoile le nom des établissements de santé sélectionnés pour l'implantation de l'approche Lean Healthcare Six Sigma*. [Communiqué]. Récupéré de <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-depresse/ficheCommunique.php?id=92>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012a). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de www.msss.gouv.qc.ca

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012b). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. Québec : Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité. Récupéré de <http://www.frqs.gouv.qc.ca/fr/financement/pdf/Cadre-reference.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013). *Comptes de la santé : 2011-2012, 2012-2013, 2013-2014*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-614-02F.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux et Ministère de la famille et des aînés (2012). *Vieillir et vivre ensemble, Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/politique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf>

Ministry of Health of British Columbia (2011). *Lean in British Columbia's Health Sector. Annual Report 2010-11*. British Columbia. Récupéré de <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2011/Lean-in-BCs-health-sector.pdf>

Ministry of Health and Long-term Care of Ontario (2013). *Excellent Care for All. Real Change In Action - Emergency Department Process Improvement*. Ontario. Récupéré de http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/quality/research/csted_process.aspx

Moachon, E. et Bonvin, J-M. (2013). Les nouveaux modes de gestion du travail social et la marge discrétionnaire des travailleurs sociaux. Dans Bellot, C., Bresson, M. et Jetté, C. (dir.), *Le travail social et la nouvelle gestion publique* (p. 205-220). Montréal : Presses de l'Université du Québec.

Moreau, N. et Larose-Hébert, K. (2013). L'éthique et la souffrance. Dans Nicolas Moreau, N. et Larose-Hébert, K. (dir.), *La souffrance à l'épreuve de la pensée* (p. 231-234). Montréal : Éditions des Presses de l'Université du Québec.

Mougin, Y. (2004). *Processus : les outils d'optimisation de la performance*. Paris : Éditions d'Organisation.

Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec et Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. (2012, 17 décembre). *Oui à l'optimisation des soins et services, mais dans le respect des règles déontologiques des professionnels concernés*. [Communiqué]. Récupéré de <http://www.otstcfq.org/docs/communiqu%C3%A9s/communiqu%C3%A9-commun---optimisation-des-soins-et-services.pdf?sfvrsn=0>

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. (2006). *Le travailleur social, la travailleuse sociale gestionnaire de cas*. Montréal : Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.

Otero, M. et Namian, D. (2011). *Grammaires sociales de la souffrance. Les Collectifs du Cirp*, Volume 2, 226 à 236.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2013). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (3^{ème} éd.). Paris : Éditions Armand Colin.

Pelchat, Y. et Malenfant, R. (2004). *La pratique de l'intervention sociale et psychosociale en CLSC : identités et légitimités professionnelles en transformation*. Rapport de recherche du RIPOST.

Perrin Déodat, J., Girouard, S., Laramée, P., Larose, M., Boulanger, L., Provost, M. (2006). *Le travailleur social, la travailleuse sociale, gestionnaire de cas*. Montréal : Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.

Pomey, M-P. et Dubois, C-A. (2007). *L'analyse comparative des systèmes de santé : réformes et enjeux*. Dans Fleury, M-J., Tremblay, M., Nguyen, H. et Bordeleau, L. (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec, gouvernance, régulation et participation* (p. 133-156). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

Proaction International (2013, 5 mars). *Santé : Un nouvel outil pour améliorer l'accessibilité du soutien à domicile*. [Communiqué]. Récupéré de

http://www.groupeproaction.com/documents/communiqués/Proaction_Communique_5mars2013.pdf

Protecteur du citoyen (2012). *Rapport annuel d'activités 2010-2011. Santé et services sociaux : Ministère et instances du réseau*. Québec : Bérubé, C. et Cummings, P. Récupéré de https://www.protecteurducitoyen.qc.ca/fileadmin/medias/pdf/rapports_annuels/2010-11/RA_10-11_10_SanteSerSociaux.pdf

Royal Bolton Hospital (2010). *Royal Bolton Hospital NHS Foundation Trust Annual Report & Accounts April 1st 2009 to March 31st 2010*. Lancashire : Assemblée annuelle des membres. Récupéré de http://www.boltonft.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/10/annualreport_accounts0910.pdf

Ruellant, I. (2012). *Entrevue avec François Dubet: Quelques réflexions sur les enjeux contemporains du travail social en contexte institutionnel*. Nouvelles pratiques sociales, vol. 24, n° 2, p. 9-19. Récupéré de <http://id.erudit.org/iderudit/1016344ar>

Saint-Jacques, M-C. et Ouellet, F. (2000). Les techniques d'échantillonnage. Dans Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M-C., Turcotte, D. (dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (p.71-90). Montréal : Éditions Gaëtan Morin.

Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans Gauthier, B. (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données* (p. 337-360). Québec : Presses de l'Université Laval.

Turcotte, D. (2000). Le processus de la recherche sociale. Dans Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M-C., Turcotte, D. (dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (p.39-68). Montréal : Éditions Gaëtan Morin.

Van Campenhoudt, L. (2013). Pour un malentendu qui fonctionne. Dans Otero, M. et Roy, S. (dir.), *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui. Repenser la non-conformité* (p. 21-41). Montréal : Presses de l'Université du Québec.

Vérificateur général du Québec (2013). *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014. Vérification de l'optimisation des ressources*. Québec : Samson, M. Récupéré de http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr/publications/fr_rapport-annuel/fr_2013-2014-VOR-Printemps/fr_Rapport2013-2014-VOR.pdf