

Réforme Côté et pratique sociale en milieu hospitalier : contrer le morcellement et l'isolement... un défi

Entrevue avec Isidore Néron

Paul Langlois

Volume 6, Number 2, Fall 1993

Jeunes et enjeux sociaux

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301219ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301219ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Langlois, P. (1993). Réforme Côté et pratique sociale en milieu hospitalier : contrer le morcellement et l'isolement... un défi : entrevue avec Isidore Néron. *Nouvelles pratiques sociales*, 6(2), 5–13. <https://doi.org/10.7202/301219ar>



Réforme Côté et pratique sociale en milieu hospitalier : contrer le morcellement et l'isolement... un défi

Entrevue avec Isidore Néron

Paul LANGLOIS
CPEJ Québec

Isidore Néron débute sa pratique en 1972, à La sauvegarde de l'enfance de Québec, pour une période de deux ans. Il s'associe ainsi à une soixantaine de praticiens, dont une minorité, comme lui, sont bacheliers, et la majorité sont des conseillers sociaux pouvant posséder toutes les formations imaginables. À cet effet, Isidore se souvient d'avoir vu parmi ces conseillers des personnes ayant pour seule expérience de travail la vente d'automobiles. Tout juste avant la création des centres de services sociaux (CSS), La sauvegarde de l'enfance constitue une agence sociale pour enfant abandonné et en besoin de protection, bien qu'on ne donne plus le même sens, aujourd'hui, à cette expression. Il s'agissait alors, le plus souvent, d'orphelins ou d'enfants abandonnés par leurs parents.

Isidore Néron est présent au moment où, en 1973, le CSS intègre La sauvegarde, en plus des anciennes agences rattachées au service familial de Québec qu'on retrouve à Loretteville, Charlesbourg et Québec, notamment. Il se trouve, à cette époque, responsable d'un bout à l'autre du processus d'intervention, et agit dans le cadre de la *Loi sur la santé et les services sociaux*. En

1974, il complète sa maîtrise, pour revenir en 1975 travailler à la filiale Chauveau de Loretteville. Dans ce nouveau lieu de travail, il est le seul intervenant doté d'une formation universitaire au sein d'un service dont la pratique est un peu celle des visiteuses sociales (*friendly visitors*) d'une époque plus ancienne. Isidore exerce, entre autres, sous le régime de la *Loi concernant les enfants soumis à des mauvais traitements*, adoptée en 1974. Cette loi l'influence certainement moins que la *Loi sur la protection de la jeunesse* de 1979 puisqu'elle l'interpelle plutôt rarement, sa pratique consistant souvent à se rendre simplement dans le bureau du juge, à convenir d'une orientation avec lui tout en discutant avec le client. Le praticien, par suite, connaît les balbutiements de la direction de la protection de la jeunesse de 1979 à 1985, où il est d'avis que tout le monde interprète un peu la loi à sa manière.

Isidore intègre enfin le milieu hospitalier en 1985. Il vit la chose comme une délivrance en comparaison avec l'univers plus coercitif de la protection de la jeunesse d'où il provient, car il privilégie une orientation professionnelle axée sur la consultation familiale. Il agit depuis, à l'Hôtel-Dieu du Sacré-Coeur de Québec (HDSC) en tant que travailleur social et clinicien ; on y retrouve une pratique sociale et familiale enviable, la réputation de l'HDSC s'appuyant sur une longue tradition. Au cours des dernières années, Isidore s'est impliqué de près dans des actions visant à faire valoir le point de vue des travailleurs sociaux du milieu hospitalier, par le biais d'articles dans les journaux (Néron, 1991 et 1993), de participation à des comités de réflexion sur la réforme ainsi que par des représentations auprès du Ministère ou d'autres instances politiques, et ce à titre de professionnel, comme syndiqué et comme représentant du personnel clinique (CCPC).

NPS – *Pourriez-vous d'abord tracer, pour le bénéfice des lecteurs, un certain portrait de ce qu'était la pratique sociale en milieu hospitalier avant l'apparition des centres de services sociaux ?*

Isidore Néron – Avant les CSS, on retrouvait un service social hospitalier dans la majorité des grands hôpitaux, mais pas à l'intérieur de tous les hôpitaux. Ce sont des hôpitaux comme Sainte-Justine qui ont favorisé l'intégration du service social en s'inspirant des expériences américaines, et en cherchant à demeurer à la fine pointe du domaine. Il n'y avait aucune uniformité, aucun lien, aucune harmonisation, aucune structure qui permettait de s'entendre sur un type de pratique à privilégier. Les hôpitaux étaient maîtres de leurs travailleurs sociaux et la pratique sociale variait considérablement d'un établissement à l'autre. Chaque hôpital avait sa philosophie et constituait une entité administrative fermée. À partir du moment où l'établissement se retrouvait face à un problème d'ordre très pratique, on avait souvent l'habitude d'en référer au service social de l'hôpital. Les intervenants pouvaient se charger d'organiser un transport, d'aller voir la Saint-Vincent-de-Paul pour un malade

sans ressource. De fait, peu de monde connaissait la manière dont le service social s'exerçait d'un endroit à l'autre.

NPS – *En quoi l'arrivée des CSS a-t-elle modifié en profondeur cette pratique?*

Isidore Néron – La création des CSS a fait en sorte que le service social hospitalier, progressivement, en est venu à une pratique plus professionnelle et mieux harmonisée d'un établissement à l'autre, et en mesure de s'imposer dans un plus grand nombre d'hôpitaux. La personne responsable du secteur hospitalier au CSS était mandatée pour transiger avec l'ensemble des hôpitaux sur une base régionale quant aux questions de spécificité de la pratique. Comme l'employeur, désormais, desservait un territoire régional, les praticiens se trouvaient en position de pouvoir négocier alors avec les hôpitaux. Par ailleurs, là où l'on ne retrouvait pas de service social, notamment dans les plus petits établissements, tout un travail d'éducation s'amorçait. La structure du service social hospitalier des gros hôpitaux permettait de vendre l'idée d'un service social où l'intervention familiale et l'intervention psychosociale étaient importantes. On voulait tendre vers la régionalisation des mentalités et une définition précise de la pratique sociale en milieu hospitalier, ce qui n'était jamais acquis.

Pour illustrer le type de difficulté que nous pouvions rencontrer, je vous donnerai un exemple. Je me souviens d'une plainte que des médecins avaient adressée au Centre de services sociaux comme quoi les praticiens du service social ne répondaient pas assez vite aux demandes référées par eux, ne rédigeaient pas les dossiers et les rapports de consultation assez vite à leur goût. Face à ces récriminations, on pouvait convoquer un comité conjoint, c'est-à-dire un comité rassemblant les personnes régionalement responsables du service social avec la direction de l'hôpital. Par cette instance, il était possible de faire valoir que les médecins n'avaient pas à déterminer les délais jugés nécessaires aux activités professionnelles des praticiens ou même à imposer des règles, quelles qu'elles soient. De la sorte, on se retrouvait avec une instance d'appel régionale qui était en mesure de défendre notre pratique.

Au plan administratif et clinique, les chefs d'équipe ont pu créer ce qu'ils appelaient une table régionale des directions de services sociaux hospitaliers (DSSH) où ils pouvaient se réunir à leur guise, selon leurs besoins, pour discuter des préoccupations administratives et cliniques de chacun des services. On posait alors des choix; on réfléchissait sur des façons de faire. Les praticiens du CSS de Québec avaient, pour leur part, ce qu'ils appelaient une journée annuelle des services sociaux hospitaliers, où il y avait des ateliers, des conférences, des mises en commun. Cette pratique était proche de celle mise de l'avant par le conseil consultatif du personnel clinique de

Québec (CCPC), mais l'événement se déroulait en dehors de ce cadre précis. Il était parrainé par la direction des services sociaux hospitaliers du CSS. À l'intérieur de cette journée annuelle, on retrouvait aussi des ateliers « politiques », c'est-à-dire des ateliers où l'on cherchait à s'organiser, à se donner des structures et des moyens. Le seul fait de pouvoir puiser dans un bassin de 200 personnes, pour ce qui concerne la région de Québec, permettait concrètement de tenir cette journée favorisant l'amorce d'initiatives et l'échange d'expériences professionnelles issues de divers hôpitaux. Je me suis déjà dit qu'en fait il y avait deux CSS: le CSS des hôpitaux qui était presque autosuffisant avec sa structure, ses « boss », sa journée, et le CSS des autres services offerts.

NPS – *On peut dire ainsi que l'implantation des CSS sur une base régionale a eu des répercussions majeures sur la pratique sociale en milieu hospitalier, au cours des vingt dernières années. Elle a introduit le service social dans l'ensemble des hôpitaux, a permis de négocier des choses qui ne pouvaient pas l'être autrement et d'assurer au plan administratif et clinique une plus grande cohésion des pratiques et la création d'activités visant le développement professionnel. Malgré tout, subsistait-il des insatisfactions de la part des intervenants en ce qui a trait au rattachement du service social hospitalier au centre de services sociaux ?*

Isidore Néron – Lors de situations très précises, des intervenants pouvaient se sentir momentanément frustrés quand leurs représentants du CSS faisaient preuve d'une attitude plutôt servile à l'endroit des médecins et de leurs exigences. Selon moi, la structure du CSS était alors peu en cause, la difficulté tenant plus au manque de colonne vertébrale de certains individus moins soucieux de préserver l'intégrité du service social hospitalier que de ménager leur rapport avec les médecins. Des intervenants pouvaient ainsi reprocher au CSS d'être une structure loin de la base, ignorant les véritables enjeux au sein de l'hôpital et méconnaissant les problèmes d'ordre pratique rencontrés. Parmi eux, une minorité nostalgique de l'époque précédant la venue des centres de services sociaux, confortablement installée dans leur établissement, préférerait certainement parler en leur seul et propre nom plutôt que de confier ce soin aux représentants du CSS.

NPS – *Récemment, la réforme Côté a chambardé les règles du jeu et a fait apparaître de nouveaux enjeux pour la pratique sociale en milieu hospitalier. Quels sont-ils, précisément, ces enjeux ?*

Isidore Néron – D'abord, comme nous le savons, la récente Loi crée une nouvelle catégorie d'établissement en remplacement des centres de services sociaux (CSS), les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), qui excluent désormais de leur mission l'exercice de la pratique sociale en

milieu hospitalier, ainsi que le travail auprès d'une clientèle adulte, personne âgée. L'article 81 de la Loi 120 introduit, d'autre part, une précision nouvelle, autrefois inexistante : pour l'accomplissement de sa mission, il est maintenant exigé que le centre hospitalier offre aussi des services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation.

Aujourd'hui, plutôt que de pouvoir négocier les questions relatives à l'exercice de notre pratique avec une structure organisationnelle régionale qui a un certain poids, l'équipe se retrouve seule avec son chef face au directeur général de l'hôpital et au directeur des services professionnels. C'est certainement un des gros enjeux actuels. Dans la région de Québec, cela implique que, plutôt que d'être 200 personnes à se donner les moyens de faire valoir notre spécificité professionnelle, on se retrouve un nombre restreint d'intervenants (certains CH n'ont qu'un seul intervenant) à l'intérieur des murs de l'unique établissement. Près de 1 200 travailleurs sociaux vivent cette réalité au plan provincial. En ce qui a trait à l'article 81, par ailleurs, nous ne savons pas à ce stade-ci comment pourra être mis à profit cette précision dans la Loi, ni ce que nous en ferons. Cet article a au moins l'avantage de constituer une porte d'entrée bien réelle pour la pratique sociale au sein du milieu hospitalier. C'est grâce à l'intervention concertée auprès du Ministère, notamment, de l'Association des praticiens de service social en milieu de santé, de l'Association des centres de services sociaux du Québec (ACSSQ), de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux, des milieux syndicaux par l'intermédiaire de la CSN, de la Fédération des professionnels et professionnelles salariés et cadres du Québec (FPPSCQ) et de notre syndicat local, le syndicat des professionnelles des services sociaux de Québec (SPSSQ), que les praticiens sociaux ont pu faire ce gain majeur, malgré certains chauvins qui revendiquent la responsabilité exclusive de cet acquis.

NPS – *La réforme, donc, soulève un premier enjeu en procédant au détachement du service social hospitalier des centres de services sociaux. Cela implique le morcellement, l'isolement professionnel, les problèmes de cohésion au plan régional (culture commune, échanges, spécificité reconnue, etc.), ainsi que la nécessité de pallier les effets néfastes de ce détachement. Un deuxième enjeu apparaît avec l'élargissement du mandat des hôpitaux tel qu'il est défini au sein de la récente loi.*

Isidore Néron – Il faut préciser une chose : la nouvelle fonction psychosociale que l'établissement doit respecter permet, entre autres, de rendre moins probable le fait que de futurs réaménagements budgétaires viennent faire disparaître, à toutes fins utiles, le service social des hôpitaux, là où l'avis des médecins ferait valoir qu'un simple enrichissement de tâche chez les infirmières suffirait à combler le travail nécessaire. Les médecins des hôpitaux ont tendance, spontanément, à vouloir niveler tout le monde, et manifestent

une crainte bien enracinée face à ce que j'ai déjà appelé : « faire une société distincte avec les travailleurs sociaux ». On peut toujours s'attendre à ce qu'ils veuillent aplanir notre pratique et restreindre les ressources allouées au service social en vertu d'un certain pouvoir discrétionnaire.

NPS – *Actuellement, comment faire en sorte de se regrouper, de faire valoir le point de vue du travailleur social, d'assurer un certain pouvoir d'action, même pour les petits hôpitaux où les intervenants se retrouvent isolés? Quelles sont, en fait, les solutions qui s'offrent en ce sens?*

Isidore Néron – On peut d'abord recourir à l'Association des praticiens de service social en milieu de santé, qui regroupe les praticiens des hôpitaux au niveau provincial. Cette association offre l'opportunité de participer à une journée annuelle comprenant des conférences et des ateliers sur de nouvelles pratiques. De plus, celle-ci s'est montrée particulièrement active au cours des deux dernières années, notamment en rencontrant directement le ministre Côté à plusieurs reprises. L'isolement et le morcellement que nous connaissons aujourd'hui rend doublement nécessaire le recours à ce type d'association.

Par ailleurs, je peux donner l'exemple de ce qu'on a réalisé dans la région de Québec. L'équipe de travailleurs sociaux de l'HDSC a été très active et innovatrice sur une base locale, et a alimenté de manière significative les travaux du comité aviseur. Ce comité fut une initiative du conseil régional de la santé et des services sociaux de Québec (CRSSS), qui a eu du Ministère le mandat de lui présenter un plan d'organisation. La personne responsable d'élaborer ce plan, qui provenait du secteur des services sociaux en milieu hospitalier, a pris la décision de travailler avec les intervenants du milieu, avec le CSS et les hôpitaux, constituant à partir de là un comité aviseur qui serait en mesure, ultérieurement, de présenter un plan d'organisation.

Cette démarche, rigoureuse et bien structurée, a pris les hôpitaux un peu par surprise. Ceux-ci percevaient le transfert des praticiens comme un simple ajout de personnel à la liste de paye. Il fallait faire valoir que ces praticiens avaient des acquis et qu'ils devaient assurer le transfert de leur expertise. À titre d'exemple, nos demandes concernaient l'accès à un centre de documentation spécialisé; l'accès quotidien à un service juridique pour faire face notamment aux situations d'adultes concernant les tutelles ou les curatelles; la reconnaissance de guides de pratique élaborés dans chacun des établissements; le recours à un contrat de service avec le contentieux du CPEJ pour les hôpitaux ayant une clientèle enfance, souvent confrontés avec des histoires de garde et de droit de visite.

Avec les ouvertures que nous avons actuellement grâce au plan d'organisation à la Régie régionale, nous pouvons faire appel actuellement à

de bons interlocuteurs en nous appuyant sur le mandat psychosocial que la nouvelle loi, comme je l'ai dit, donne maintenant aux hôpitaux. Des décisions au sein du comité aviseur de la région de Québec ont permis de structurer une table régionale de gestionnaires des services sociaux hospitaliers. À cette table régionale siège chaque chef d'équipe du service social de chaque centre hospitalier de la région 03. On s'est assuré, par surcroît, qu'un permanent de la Régie régionale siège d'office à cette table. Cela constitue une approche sensée qui offre une bonne ouverture pour débattre de situations inacceptables constatées dans les établissements ou discuter de toutes préoccupations relatives aux services sociaux hospitaliers. Autre avenue intéressante : les pressions concertées (toujours) ont mené à la création au niveau de l'Association des hôpitaux de Québec (AHQ) d'un comité de la pratique psychosociale pour se faire le pendant de la pratique médicale en milieu hospitalier.

NPS – *Doit-on croire qu'il y a lieu de se montrer très optimiste lorsqu'on constate le travail intéressant qui peut être fait au moment de l'élaboration du plan d'organisation régional, ou même quand on observe l'ouverture du Ministre en ce qui a trait à la question du mandat psychosocial de l'hôpital?*

Isidore Néron – Gardons toujours à l'esprit que la situation des travailleurs sociaux du secteur hospitalier demeure extrêmement fragile actuellement. S'il y a lieu de se réjouir de l'adoption de l'article 81 et de la sensibilité dont le Ministre a alors fait preuve, il faut tout autant s'inquiéter des incohérences de ce dernier.

Le Ministre, à titre d'illustration, vient tout juste de proposer, en mai dernier, un projet de règlements sur l'organisation et l'administration des établissements touchés par la Loi 120, qui est présentement soumis à une courte période de consultation, après quoi, vers la fin juin, on passera à son adoption. Dans ce projet de règlement, on apporte la précision suivante : un centre hospitalier ne doit procéder à l'inscription d'une personne que si celle-ci reçoit des soins ou des traitements de la part d'un médecin ou d'un dentiste. Cette précision, si elle était adoptée, réduirait considérablement la portée de l'article 81, tout en venant contrecarrer une orientation mise de l'avant par le comité aviseur et entérinée par le Ministère.

S'appuyant sur cette orientation, l'équipe de travailleurs sociaux à laquelle j'appartiens au sein de l'HDSC a pris l'initiative, après le transfert officiel qui a eu lieu en avril 1993, d'ouvrir des dossiers pour une nouvelle catégorie de clientèle, les « usagers associés ». Auparavant, on ne constituait jamais de dossier pour des membres de la famille du client, malgré notre intervention auprès de celle-ci. Notre centre hospitalier donne des soins à une clientèle de jeunes aux prises avec des difficultés d'ordre psychiatrique. Les

jeunes viennent alors accompagnés de parents, ces derniers constituant ce que nous appelons nos « usagers associés ». La reconnaissance de la fonction psychosociale autorisait l'ouverture de tels dossiers, selon nous, et permettait de faire preuve ainsi d'un peu plus d'autonomie. D'autant plus que le Ministère, jusqu'à tout récemment, partageait cette opinion. Quand les médecins ont eu connaissance que des dossiers s'ouvraient à propos d'une clientèle qui ne recevait pas de traitement de leur part, et qui, préalablement, n'était pas référée par eux, ils n'ont pas du tout apprécié la chose et ont immédiatement alerté leurs instances pour s'assurer du redressement de la situation.

C'est dans ce contexte qu'apparaît soudainement au sein d'un projet de règlement du Ministre l'obligation de recevoir des traitements d'un médecin pour permettre l'inscription d'une personne. L'adoption de ce point précis viendrait à coup sûr neutraliser une initiative valable qui va dans le sens d'un certain développement du mandat psychosocial de l'hôpital. Cette adoption ferait, au surplus, la démonstration que nous ne sommes à l'abri d'aucune contradiction de la part du Ministère, qui donne d'une main avec beaucoup de réserve et retire de l'autre sans se faire prier.

Une des questions soulevées ici met bien en évidence à quelles conditions le service social d'un hôpital peut être maintenu ou non au sein de l'établissement. La clientèle de ce service provient depuis toujours de la référence des médecins. C'est cette mécanique, entre autres, que nous tentons d'assouplir avec la nouvelle loi. Il est déjà arrivé que des médecins, non satisfaits du mode de fonctionnement du service social, conviennent ensemble de ne plus y faire de référence, menaçant l'existence même de ce service. Rien n'interdit que de telles manœuvres surviennent dans l'avenir si la productivité du service social se trouvait très en dessous des attentes des médecins (pour assurer la libération rapide d'un lit d'hôpital, notamment), ceux-ci craignant pour la rentabilité de leur pratique.

NPS – *En guise de conclusion, peut-on vraisemblablement relever le défi de contrer le morcellement et l'isolement chez les travailleurs sociaux du secteur hospitalier ?*

Isidore Néron – Nous sommes certainement en mesure de relever ce défi à la condition de savoir recourir à une multiplicité d'interlocuteurs : le comité de la pratique psychosociale au sein de l'AHQ ; la Corporation professionnelle, bien que celle-ci se soit montrée peu combative et plutôt décevante dans ses représentations auprès du Ministère ; l'Association des praticiens de service social en milieu de santé ; au plan administratif, la Régie régionale via la table de gestionnaires dont j'ai parlé antérieurement ; le milieu syndical aussi, car celui-ci se penche de plus en plus sur certains dossiers professionnels comme en font foi les représentations passées de la CSN auprès du Ministère

concernant la pratique sociale en milieu hospitalier, et l'organisation du colloque-CSN sur l'avenir de l'intervention sociale tenu en février 1991 (Langlois, 1991).

Il y a actuellement de réelles ouvertures, et on peut dire que la pratique sociale au sein de l'hôpital ne redeviendra pas ce qu'elle était avant 1973, si les praticiens, bien sûr, y tiennent fermement.

Bibliographie

- LANGLOIS, Paul (1991). « Le Social... de Côté : un colloque avec pour tête d'affiche l'intervention sociale », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 4, n° 1, printemps, 193-196.
- NÉRON, Isidore (1991). « À l'hôpital, on ne soigne pas que le corps », *Le Soleil*, Québec, 27 juin.
- NÉRON, Isidore (1993). « Réforme de la santé et des services sociaux : Des centaines de travailleurs sociaux changent d'employeurs », *Le Soleil*, Québec, 1^{er} avril.