

La réforme Barrette et sa mise en oeuvre dans les services sociaux : perceptions des travailleuses sociales

Mélanie Bourque, Mylène Barbe, Maxime O. Leroux, Josée Grenier et Nathalie St-Amour

Numéro 158, 2024

Quand la recherche sociale s'engage à façonner le travail social de demain

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1109249ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1109249ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ)

ISSN

2564-2375 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bourque, M., Barbe, M., Leroux, M. O., Grenier, J. & St-Amour, N. (2024). La réforme Barrette et sa mise en oeuvre dans les services sociaux : perceptions des travailleuses sociales. *Intervention*, (158), 65–80.
<https://doi.org/10.7202/1109249ar>

Résumé de l'article

Cet article vise à partager les résultats préliminaires du projet de recherche « Les travailleuses sociales cinq ans après l'implantation de la réforme Barrette : standardisation de la pratique ou nouvelles normes locales des établissements? ». Ce projet de recherche a pour but de mieux comprendre la mise en oeuvre de la réforme du système de santé et des services sociaux de 2015 au Québec. De juin à décembre 2022, près de 60 personnes participantes ont accepté de répondre à un entretien semi-dirigé. La très grande majorité d'entre elles détiennent plus de dix ans d'expérience, ce qui permet de comprendre l'avant et l'après réforme Barrette et de saisir les effets de cette réforme sur les équipes de travail, mais aussi sur la prestation des services fournis à la population. L'analyse initiale des données met en lumière la poursuite, voire l'accentuation, de la perspective descendante (top down) du processus décisionnel, de la reddition de comptes par le biais de mesures quantitatives et de l'harmonisation des services s'illustrant en standardisation des pratiques, en dépit des particularités territoriales inhérentes aux différentes régions du Québec. Par rapport à notre recherche précédente, force est de constater que les méthodes de la nouvelle gestion publique se sont accentuées au sein du réseau de la santé et des services sociaux, qualifié de « maison des fous » par plusieurs personnes participantes.

© Mélanie Bourque, Mylène Barbe, Maxime O. Leroux, Josée Grenier et Nathalie St-Amour, 2024



Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

La réforme Barrette et sa mise en œuvre dans les services sociaux : perceptions des travailleuses sociales

Mélanie Bourque, Ph.D., Professeure, École de travail social, Université de Sherbrooke
Melanie.bourque5@usherbrooke.ca

Mylène Barbe, T.S., Doctorante en travail social, École de travail social, Université de Montréal
mylene.barbe@umontreal.ca

Maxime O. Leroux, Candidat à la maîtrise, Assistant de recherche, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais, Campus St-Jérôme

Josée Grenier, T.S., Ph.D., Professeure, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais
josee.grenier@uqo.ca

Nathalie St-Amour, Ph.D. Professeure, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais
Nathalie.St-Amour@uqo.ca

RÉSUMÉ :

Cet article vise à partager les résultats préliminaires du projet de recherche « Les travailleuses sociales cinq ans après l'implantation de la réforme Barrette : standardisation de la pratique ou nouvelles normes locales des établissements? ». Ce projet de recherche a pour but de mieux comprendre la mise en œuvre de la réforme du système de santé et des services sociaux de 2015 au Québec. De juin à décembre 2022, près de 60 personnes participantes ont accepté de répondre à un entretien semi-dirigé. La très grande majorité d'entre elles détiennent plus de dix ans d'expérience, ce qui permet de comprendre l'avant et l'après réforme Barrette et de saisir les effets de cette réforme sur les équipes de travail, mais aussi sur la prestation des services fournis à la population. L'analyse initiale des données met en lumière la poursuite, voire l'accentuation, de la perspective descendante (top down) du processus décisionnel, de la reddition de comptes par le biais de mesures quantitatives et de l'harmonisation des services s'illustrant en standardisation des pratiques, en dépit des particularités territoriales inhérentes aux différentes régions du Québec. Par rapport à notre recherche précédente, force est de constater que les méthodes de la nouvelle gestion publique se sont accentuées au sein du réseau de la santé et des services sociaux, qualifié de « maison des fous » par plusieurs personnes participantes.

65

MOTS-CLÉS :

Standardisation, travailleuses sociales, souffrance éthique, réforme Barrette, transformations du réseau de la santé et des services sociaux

INTRODUCTION

La réforme Barrette a été mise en œuvre en 2015 à la suite de l'adoption, sous bâillon, de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Cette refonte visait à restructurer le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) dans le but d'améliorer la continuité des soins et des services. D'abord une

réforme structurelle fusionnant 182 établissements pour en créer 34, la transformation a également poursuivi l'implantation de mesures de gestion axées sur la performance (Bourque et Lachapelle, 2018; Grenier et al., 2019). Celle-ci a suscité plusieurs critiques sur l'accès et la qualité de soins, particulièrement durant et à la suite de la pandémie de COVID-19. En effet, l'état du RSSS dans les divers secteurs s'est révélé être dans l'incapacité de fournir certains soins et services dans des délais raisonnables¹ (Dutrisac, 2020). La pénurie et le roulement de personnel, le manque de ressources et d'accès au matériel ou l'allongement des listes d'attente n'en sont que quelques exemples.

Cet article vise à partager les analyses préliminaires d'une collecte de données² effectuée dans le but de mieux comprendre les conséquences de la réforme Barrette cinq ans après sa mise en œuvre à travers le savoir d'expérience des personnes travailleuses sociales (TS). Cette recherche constitue une deuxième phase d'une première collecte ayant eu lieu en 2016-2017³ lors de la mise en œuvre de cette réforme. Les premières analyses montrent que les années s'étant écoulées entre la mise en œuvre et la collecte actuelle ont permis aux personnes participantes d'avoir un regard plus informé sur les conséquences de la réforme, sur les conditions de pratique mais également sur l'accès aux services. Avec l'annonce du projet *de Loi visant à rendre le système de santé et des services sociaux plus efficace* par le ministre Dubé au printemps 2023 et dans le cadre des États généraux du travail social, il semble plus que pertinent de partager ces résultats.

Cette recherche a été menée selon la perspective de la théorie de l'action publique (Lascoumes et Simard, 2011; Muller, 2000; 2005). Cette théorie met l'accent sur le cadre cognitif et normatif des politiques publiques qui « définissent dans un champ donné des “visions du monde”, des mécanismes identitaires, des principes d'action, ainsi que des prescriptions méthodologiques et pratiques pour les acteurs partageant une même matrice » (Surel, 1998, p. 162). Les cadres normatifs et cognitifs orientent également l'action, les stratégies et le comportement des acteurs (Muller, 2005). S'inscrivant dans cette optique, cette recherche vise à mieux saisir comment les acteurs et actrices du réseau perçoivent et s'approprient ces cadres cognitifs et normatifs et, subséquemment, les effets de ceux-ci sur les conditions de pratique des T.S. L'idée est de comprendre l'interprétation des changements de la réforme Barrette à partir des savoirs d'expérience des T.S. du RSSS.

L'article présente d'abord la méthodologie de la recherche pour ensuite plonger dans les résultats de l'analyse préliminaire. Nous avons divisé cette section du texte en quatre parties abordant dans l'ordre : la restructuration du réseau et la centralisation des services; l'uniformisation et la standardisation des pratiques; la reddition de comptes et la perte de sens, et enfin; le sentiment d'appartenance.

1. Méthodologie

La méthodologie de cette recherche en est une qualitative à visée interprétative. Le choix de cette méthode repose sur le fait que les individus (ici les T.S.) donnent un sens aux expériences vécues (Soulet, 2012). La collecte de données s'est faite sous la forme d'entrevues semi-dirigées. Le questionnaire a été bâti selon des thèmes précis⁴ visant à capturer la perception des changements vécus en ce qui concerne les conditions de pratique, le but étant de comprendre comment des modifications de structures peuvent influencer les pratiques en travail social. Les personnes

1 CHSLD; Centres hospitaliers (ex. : chirurgies, oncologie); Soutien à domicile; Programme jeunes en difficultés, etc.

2 *La réforme du système de santé et des services sociaux de 2003 au Québec : quels impacts pour le travail social 10 ans après?* Chercheurs : Mélanie Bourque (UQO), François Bolduc (Université Laval), Manon Chamberland (UQO), Audrey Gonin (UQAM), Josée Grenier (UQO), Stéphane Richard (Université Laurentienne) et Nathalie St-Amour (UQO).

3 *Ibid.*

4 Changements observés, relations professionnelles, établissements, changements dans les pratiques, pandémie.

ayant mené les entrevues avaient comme consigne de laisser libre cours au discours des T.S., le questionnaire leur servant de guide. Cette collecte a été effectuée en 2022 parmi l'ensemble des T.S. membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). Les personnes participantes devaient travailler dans le RSSS lors du recrutement et avoir un minimum de 10 ans d'expérience. L'appel à participation a été publié dans l'infolettre de l'OTSTCFQ et sur les différents réseaux sociaux regroupant les T.S. Un total de 57 personnes (n=57) ont été rencontrées en entrevues, dont trois gestionnaires-chefs de programme, quatre coordonnatrices professionnelles, deux spécialistes aux activités cliniques (SAC), une superviseure clinique, quatre agents de programmation planification recherche (APPR) et 43 travailleuses sociales cliniciennes. Les personnes participantes sont membres de l'OTSTCFQ, à l'exception d'une personne SAC qui a cessé d'être membre quelques mois avant l'entrevue. L'échantillon est composé de 51 femmes et six hommes qui détiennent une moyenne de 18 années d'expérience, et provenant de 14 régions du Québec. Les personnes participantes œuvrent dans différents programmes et secteurs au sein des centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CI(U)SSS), que nous classons ici en ordre décroissant selon le nombre de participant.es qui s'y trouvent : Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA); Santé mentale adulte, y compris la psychiatrie et les équipes de première ligne en santé mentale (jeune et adulte) en CLSC; Direction de la protection de la jeunesse (DPJ); Déficience intellectuelle, Trouble du spectre de l'autisme et Déficience physique (Di-TSA-DP), y compris les continuums jeunesse et adulte; Jeunes en difficulté (JED), y compris les équipes de crise jeunesse; Services généraux; Dépendances; Groupes de médecine familiale (GMF), y compris le programme Aire ouverte; Unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI); Centres hospitaliers - santé physique; Centres hospitaliers de soins longue durée (CHSLD).

Cette première analyse est issue des comptes rendus analytiques des entretiens semi-structurés selon les thèmes définis initialement et ceux émergeant des discours. Avant de poursuivre, il nous apparaît important de souligner que la majorité des personnes participantes à l'étude nous ont remerciées de les avoir écoutées, dans le contexte où elles ont souvent le sentiment de ne pas être entendues au sein du RSSS et par les décideurs. Cet article, résultant des analyses préliminaires des données, était pour nous l'occasion de leur donner la parole dans le contexte de l'annonce d'une nouvelle réforme du système de santé au Québec et des États généraux du travail social.

2. Présentation des résultats

2.1 Restructuration du réseau et centralisation des services

La fusion des établissements et la hiérarchisation de la prise de décisions constituent des éléments majeurs de la réforme Barrette. Ces changements, que l'on peut résumer sous le thème de la centralisation, ont entraîné des conséquences sur les pratiques des travailleurs/travailleuses du RSSS (Benoit et al., 2022; Grenier et al., 2018; Lévesque et al., 2021). Alors que la centralisation constituait une préoccupation lors de la mise en œuvre de la réforme (Grenier et al., 2016), les personnes participantes à cette recherche ont partagé les difficultés engendrées par celle-ci dans leur travail au quotidien.

La grande taille des établissements découlant de la création des CI(U)SSS semble poser problème pour plusieurs (n=13). Un des participants décrit d'ailleurs sa vision des changements de structures :

On a créé des établissements appelés CI(U)SSS, mais ce ne sont pas des établissements, ce sont des structures. Les établissements, ce sont des hôpitaux, des CHSLD, des centres de réadaptation, etc. mais sous la configuration actuelle du RSSS, ils ont disparu. Il n'y a qu'un établissement, le CI(U)SSS, qui dirige un « site hôpital », un « site CLSC », etc. Les anciens établissements n'ont plus leur propre gouvernance, il n'y a plus de conseil d'administration (CA), de direction générale, de cadres responsables. C'est la disparition des établissements, qui sont remplacés par une structure qui transige directement avec le ministère (P18).

D'autres font état des impacts sur la pratique. Par exemple, pour cette personne participante : « Le système est énorme, ça a complexifié nos interventions bureaucratiques. On devient des gestionnaires de dossiers, plutôt que de terrain » (P12). Pour expliquer les difficultés engendrées par les fusions, les personnes participantes affirment que les procédures se sont complexifiées pour réaliser les interventions, faire des démarches pour une aide financière ou trouver des services : « Ce qui se faisait autrefois en un coup de fil, maintenant, c'est des semaines et des semaines et des formulaires à n'en plus finir. Souvent, à force de s'obstiner, il y a des choses qui réussissent à être mises en place, mais il n'y a rien de facile » (P70). Toujours en lien avec ces difficultés, une autre personne participante mentionne :

Des fois, j'ai l'impression que c'est juste rendu tellement trop gros. C'est tellement une trop grosse organisation qu'on dirait que c'est impossible. C'est tellement un gros bateau qu'on dirait que c'est impossible de revirer de bord, de changer vraiment les choses, d'améliorer les choses. J'ai l'impression qu'il faudrait aller à la plus petite échelle pour recommencer à améliorer les choses (P20).

De plus, selon les personnes participantes, il y a un ajout de formulaires à remplir lors des demandes de services. « On n'arrête pas de dire qu'on veut en faire moins, mais on nous en rajoute » (P61). À ce titre, plusieurs personnes répondantes (n=8) ont comparé le RSSS à la Maison des fous dans les 12 travaux d'Astérix. À titre d'exemple, une personne participante affirme que les sites internet ne sont pas mis à jour, les numéros de téléphone ne sont pas les bons, le personnel administratif est inexpérimenté, des documents sont égarés, trouver des ressources pour les usagers est devenu « le parcours de la maison des fous d'Astérix et Obélix » (P48). Elle poursuit :

Écoute, des fois, j'ai passé [...] je passe, un quatre heures avant de trouver la bonne façon de référer un usager dans l'autre région. Pis là, on parle de réadapte à réadapte. Tu sais, ça compte pas le gros bon sens, là, je sais, je suis là, je suis dans le réseau, je veux référer à mon collègue de l'autre région, pis j'y arrive pas. Fait que je me dis, imagine-tu le pauvre usager qui cherche. Moi, je sais comment chercher, tu sais (P48).

Il est intéressant de constater que ces propos corroborent ce que Harris (2023) définit comme le passage du régime de gestion du *care*. Ce passage a entraîné des changements importants dans la pratique du travail social. L'imputabilité ne repose plus sur des processus fixés par l'établissement, mais bien sur des cibles à atteindre établies par le Ministère (Bourque et al., 2022).

De plus, deux T.S. comparent les fusions à un « mariage de force » entre différents programmes où deux cultures d'établissements doivent dorénavant se combiner : « il n'y en a pas une qui est meilleure que l'autre, mais d'harmoniser les pratiques, c'est laborieux, c'est douloureux même » (P40). Une personne interrogée souligne qu'avant la réforme, les équipes de travail collaboraient entre elles, mais que cette fusion entre deux programmes entraîne une mécompréhension de la part de certains gestionnaires sur le plan des spécificités des programmes. Elle cite l'exemple des gestionnaires issus de la DPJ se voyant dans l'obligation d'administrer les équipes jeunesse du CLSC qui n'ont pas le même mandat que la protection de la jeunesse (P30). Sur le même thème, une personne interrogée affirme : « De vouloir tout centraliser, tout fusionner, on perd l'expertise » (P03). Une autre personne participante renchérit :

Pour toutes sortes de raisons, c'est devenu un beaucoup trop gros bateau. L'expertise s'est perdue. Puis, les spécificités aussi des établissements se sont un peu perdues. Dans le sens où en devenant des mégastructures, l'hôpital et l'urgence sont toujours la priorité pour tout. Ça fait que les spécificités des autres établissements sont un peu perdues dans ça (P48).

Par ailleurs, une personne participante mentionne que la « *centralisation des services a créé d'énormes structures hiérarchiques qui éloignent les grandes têtes dirigeantes des intervenants sur le plancher* » (P12). De la même manière, une des personnes interrogées qualifie cette hiérarchisation en effectuant une métaphore parlante : « *C'est comme Dieu le Père [...] Au final, c'est la société et nos usagers qui paient la note. La qualité des services, elle est diminuée, l'accès aux services est diminué* » (P54).

Il est important de noter que les T.S. ne tiennent pas un discours discréditant les gestionnaires intermédiaires. Selon notre interprétation, elles critiquent davantage la structure. En effet, une grande majorité des personnes participantes (n=54) ont évoqué dans leur discours la réalité des gestionnaires intermédiaires qui leur apparaît empreinte de surcharge, de souffrance, d'impuissance et d'éloignement du terrain. L'impuissance est traduite par un manque de pouvoir des gestionnaires intermédiaires sur le plan des décisions et des orientations : « *Ils transmettent les décisions rendues plus haut en mode top down, ils sont devenus des yes men* » (P19). Une des personnes participantes s'exprime sur l'éloignement du terrain des gestionnaires observé depuis la réforme qui, selon elle, pose problème puisque les décisions qui émanent de la direction ne tiennent pas compte de la réalité du terrain : « *Ça, c'est un peu partout et probablement à cause de la réforme Barrette, ça ne vient plus de la base, ça vient de la tête. Mais la tête, qu'est-ce qu'elle sait de la base, qu'est-ce qu'elle sait des besoins?* » (P32). Une autre participante abonde dans le même sens :

Cet éloignement-là du pouvoir décisionnel fait en sorte qu'il y a une déconnexion incroyable de ce qui se passe sur le terrain. Comment peux-tu faire confiance à ton institution? On dirait que personne ne croit au système. Ce qui est ironique parce qu'on est le système, mais il faut y croire pour que ça fonctionne. C'est tellement difficile à embarquer, c'est tellement lent et il y a tellement de problèmes de communication que ça devient lourd au quotidien (P12).

69

Une personne participante renchérit sur la question de l'écart qui s'est installé entre les personnes gestionnaires et intervenantes :

[...] on ne parle plus le même langage. On a déjà parlé le même langage [...] nos objectifs ne sont pas les mêmes que les leurs, les uns cherchant à donner des services adéquats, les autres tentant de répondre aux demandes de rendement du ministère (P28).

Par ailleurs, certaines personnes participantes (n=18) mentionnent la sensibilité des personnes coordonnatrices ou spécialistes en activités cliniques (SAC) et de certains gestionnaires : « *Nos coordonnateurs cliniques sont sensibles à notre réalité, mais ils sont impuissants [...] On a surtout réalisé que nos gestionnaires étaient impuissants. Parce que quand ils ont un peu plus de puissance, bien ils se font renvoyer* » (P63). Une autre personne interrogée se montre empathique face au vécu des gestionnaires, précisant que depuis la fusion des services de Soutien à domicile, l'équipe est passée de cinq ou six intervenants à soixante intervenants, mais toujours sous l'encadrement d'un seul gestionnaire. La réforme Barrette, « *ç'a un impact sur les gestionnaires aussi* ». (P12). Toutefois, même si une majorité tient des propos nuancés, le discours est parfois accompagné de propos plus négatifs. En parlant de sa gestionnaire, une personne participante mentionne :

[...] je n'ai pas confiance qu'elle puisse m'aider ou me soutenir, je pense qu'elle ne comprend pas ce que je fais, je trouve que c'est un peu futile de la solliciter. Nous sommes plusieurs T.S. à manifester qu'il y a des manques persistants dans l'organisation du travail, nous le nommons constamment aux gestionnaires, mais il n'y a jamais rien qui change (P28).

Elle soutient que lorsque les personnes intervenantes formulent des demandes, une des réponses entendues, de la part des gestionnaires intermédiaires, se révèle être : « *je n'ai pas de pouvoir là-dessus* » (P28). En se référant à l'idéologie de performance transmise par la haute direction des CI(U)SSS auprès des gestionnaires, une personne participante mentionne avoir l'impression que les cadres sont rendus dans une « *secte* », tant ils refusent de voir les incohérences (P71).

2.2 Uniformisation et standardisation des pratiques

La fusion des établissements a également été accompagnée par un changement de philosophie dans le parcours de soins. Selon une personne participante : « *On passe d'une gouvernance par territoire vers une gouvernance par trajectoire de services* » (P18). Elle soutient qu'auparavant, la population-cible était une personne sur le territoire, maintenant c'est la trajectoire de soins. Ceci rejoint des constats émis par certains chercheurs à l'effet que l'organisation au sein des CI(U)SSS s'est avérée être structurée verticalement en programmes clientèles rendant fort complexe la représentativité des besoins des populations locales, érodée notamment par l'abolition des réseaux locaux de services (RLS) (Bourque et Lachapelle, 2018).

Ce constat est partagé par d'autres personnes participantes. Par exemple, une d'entre elles souligne que « *les besoins de population sont vastes, c'est comme si on voulait uniformiser les besoins de la population à un service, mais ça ne représente pas la réalité* » (P17). Elle aborde la tendance observée à tout centraliser, à uniformiser les procédures, les trajectoires, « *ce sont des mots qu'on entend très souvent dans notre pratique* » (P17). Elle soutient que cela tend à délaissier les spécificités régionales, ce qui entraîne des conséquences sur les services. Il y a eu une « *uniformisation des pratiques où les réalités régionales sont mises de côté pour tout centraliser* » (P17). Une autre T.S. compare cette uniformisation à la création d'une chaîne de restauration rapide dans le réseau. C'est : « *l'approche McDonald, chaque CLSC offre le même service, le même programme partout* » (P14). Une autre personne participante identifie les conséquences négatives d'une telle perspective dans les services sociaux :

[...] ce qui était en train de se passer sur mon ancien territoire me brisait complètement le cœur, de voir combien l'équipe qui faisait partie du territoire plus rural était plus négligée que l'équipe qui faisait partie du territoire plus urbain dans la fusion, de voir combien toutes les collaborations [...] avec les partenaires en train d'être démantelées une brique à la fois [...] moi, ma loyauté était envers la population, à toutes les fois qu'on me disait oui mais ça on le fait plus, moi je réagissais, on avait juste le "oui mais à [...] territoire urbain, il le font pas", on va niveler vers le bas, on va arrêter de faire ces belles collaborations là, on va arrêter d'offrir des services qu'on offrait avant parce qu'à [...] territoire urbain, ils le font pas, on va le mettre de côté (P30).

Selon certaines personnes participantes, la fusion des établissements de santé a entraîné une transformation dans la logique même de la prestation des services sociaux, en médicalisant les approches en intervention sociale auprès des populations desservies. Une d'entre elles affirme que les programmes sont dorénavant calqués sur le modèle sanitaire plutôt que le modèle social : « *le social a été noyé dans le médical* » (P35). Une autre soutient que la gestion se fait par silo et que le modèle médical prédomine dans les services sociaux (P33).

Plusieurs personnes participantes (n=13) ont fait référence au nouveau programme en santé mentale déployé au sein des CI(U)SSS, le Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM), consistant en un modèle de soins par étape basé sur des données probantes passant de l'autosoin à la psychothérapie dans une perspective intégrée de l'accès aux services de santé mentale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020). Or, les personnes participantes ayant abordé ce programme y perçoivent une atteinte à leur jugement professionnel, ce qui a déjà été abordé par des chercheurs qui observent un caractère normatif et prescriptif dans ce type de programmes (Couturier et al., 2013; Richard, 2013). Cette T.S. mentionne le fait que sa pratique est orientée par l'utilisation de ces données probantes : « Concernant le PQPTM, les professionnels qui font les évaluations ont de la pression afin de débiter les services vers l'autogestion plutôt qu'un service selon les besoins des clients » (P51).

Cette participante renchérit en insistant sur la « médicalisation » du travail social :

Ça fait que ça fait fi complètement de ce que c'est le travail social parce que là, on est vraiment calqué sur un modèle médical de réduction de symptômes. Moi, je ne comprends pas parce que l'Ordre professionnel a quand même été au courant de ça, mais c'est une aberration en santé mentale. Je te dirais, de plus en plus, les travailleurs sociaux qui travaillent dans le réseau, on devient de plus en plus dénaturé (P05).

Cette autre T.S. témoigne des difficultés rencontrées lors de l'application de tels programmes :

Mais, juste trouver des animateurs pour le groupe d'approche psychoéducatif (PQPTM) est un problème, parce qu'il n'y a personne qui a envie d'animer un groupe qui commence à 15 et qui finit à 2. Le groupe est tellement rigide dans sa progression, dans sa structure, il n'y a pas vraiment moyen d'y mettre sa propre couleur. [...] Mais ce n'est pas compris par l'établissement. [...] C'est tough, de trouver quelque chose qui colle de façon populationnelle, pis aussi pour les intervenants qui connaissent cette population-là (P70).

71

Ces extraits de verbatim font écho à l'application des meilleures pratiques fondée sur les données probantes menant à une standardisation des pratiques (Couturier et al., 2013). Par ailleurs, une personne participante discute de la centralisation des décisions qui sont prises :

[...] en fonction des besoins d'un CIUSSS et il y a une grande portion des besoins d'un CIUSSS qui sont d'ordre médical et ça a une incidence sur le rapport de force entre les services sociaux et les services médicaux. [...] On le voit au travers des priorités organisationnelles, on le voit au travers du financement, on le voit que ça a un impact (P94).

Cette façon de faire amène, selon les personnes interrogées, des difficultés d'accès pour plusieurs personnes usagères.

Alors que la réforme avait pour but de les réduire, des personnes interrogées (n=7) ont souligné l'augmentation du temps sur les listes d'attente en raison du resserrement des critères d'admissibilité aux services pour la population. Certaines rapportent que les critères sont tellement définis de façon spécifique que les gens doivent correspondre aux catégories établies pour obtenir des services, souvent déterminées selon des critères diagnostics médicaux. Par exemple, pour obtenir des services en santé mentale :

il y a un goulot d'étranglement où on va te dire, bien tu as besoin d'une référence d'un médecin avec un diagnostic, sinon tu n'y as pas accès. Donc, ça a juste compliqué les affaires. Tu sais, la trajectoire de services, elle n'est que dans la tête des gestionnaires, parce que sur le plancher, elle n'existe pas (P28).

Ces personnes participantes observent une rigidité dans l'application des procédures pour avoir accès aux programmes, ce qui selon elles ne permet pas de s'adapter aux besoins de la population. De plus, certaines personnes interrogées, en lien avec les critères d'accessibilité, font état d'un jeu de balle entre les programmes pour décider qui prendra la demande de service : « *une tendance à se jeter la balle* » (P17; P15). Il y a une « *guerre entre les programmes dans les CI(U)SSS quand il s'agit de prendre ou de ne pas prendre un dossier* » (P45); « *ça ce n'est pas mon mandat, ça ce n'est pas le mien* » (P17). De la même manière, une personne T.S. rapporte avoir observé une « *guerre de clochers entre les guichets d'accès* » (P06). Les échanges et négociations avec les autres programmes pour décider où sera orientée la demande de service engendrent une perte de temps, où, durant cette période, la clientèle ne reçoit pas de service, ce qui crée une frustration chez les personnes intervenantes, selon une T.S. (P17). Abondant dans le même sens, une personne participante suggère que la fusion des services a changé l'organisation sur le plan de l'imputabilité des décisions prises et qu'elle est devenue très opaque : « *Tout le monde se jette la balle. On ne se sait pas qui prend les décisions, tout le monde refuse de nommer quelqu'un* » (P54). Toujours dans la même veine, deux autres personnes participantes discutent de la création de silos : « *[le] gros changement, avec le méga-organigramme et les refontes en direction, ç'a créé des trajectoires où les directions sont un peu, beaucoup, pas mal imperméables l'une à l'autre direction, donc ça crée des silos* » (P40). Cette participante poursuit sur les effets de ceux-ci :

Ça a créé des nouveaux silos, ces silos-là, ce qui arrive là-dedans, tout le monde a tendance à se pitcher la balle parce que tout le monde [...] est dans le trouble, des listes d'attente il y en a partout, que ce soit en santé mentale, en DI-TSA (déficience intellectuelle - trouble du spectre de l'autisme) ou en jeunesse, y en a partout des listes d'attente. Fait que là, les gens se protègent autour de tout ce que ça donne un impact, la fluidité qui pouvait exister parce que tout le monde était à l'intérieur d'un CSSS en première ligne qui se connaissait parce que tout le monde était au même endroit physiquement, bien souvent. Maintenant, c'est comme des directions différentes avec des règles d'accès différentes, ce qui fait en sorte qu'on s'est retrouvé beaucoup avec des situations. Par exemple, un jeune en CLSC qui présente une DI, eux autres en CLSC vont dire "bien il a une DI, ce n'est pas à nous à intervenir, c'est à DI-TSA". DI-TSA, ils ont des listes d'attente à en plus finir, fait qu'ils disent "nous autres, on n'intervient pas". Fait que l'utilisateur se retrouve dans le vide, parce que nous autres on se pitche la balle, ça, il y en a eu beaucoup de ça (P94).

72

Une personne participante souligne que les critères d'admissibilité aux programmes de services sont tributaires de facteurs administratifs tels que le manque de personnel, les ressources humaines, la liste d'attente, etc., ce qui ne concorde pas avec sa vision de l'accès aux services :

Maintenant, ce n'est plus ça, la personne fait une demande, elle est sur une liste d'attente. Dans le programme, il y a eu des départs et des arrêts de travail pour maladie, il y a des bris de services, un manque de personnel, les délais d'attente augmentent. La personne attend presque un an sur la liste d'attente. Plusieurs facteurs : manque de personnel, ressources humaines, critères d'admissibilité, etc. débattre avec les autres programmes pour savoir qui prend l'utilisateur, c'est quasiment de se lancer la balle. Barrette lui-même se vantait que ce système-là allait arrêter les silos. En travaillant dans une grosse boîte, les gens se sont refermés encore plus sur leurs programmes (P15).

Dans la même veine, cette T.S. affirme qu'on ne répond plus aux besoins de la population :

J'ai l'impression qu'il y a eu un mindshift. Antérieurement, on répondait aux besoins de la population. Maintenant, on répond aux besoins de l'établissement. En répondant aux besoins de l'établissement, bien on répond aux besoins du ministère, essentiellement. C'est rendu le ministère, le client [...] Ça mène à des exaspérations et des pertes de temps incommensurables (P70).

Ces situations placent les intervenant.es dans une situation « paradoxante » ou de dilemme éthique (Chénard et Grenier, 2012; de Gaulejac, 2005).

2.3 Reddition de comptes

La reddition de comptes fondée sur la performance statistique n'est pas une nouvelle donne, mais elle semble s'être transformée selon les propos des personnes participantes. L'ensemble des personnes interrogées (n=57) soutient qu'avec la réforme Barrette, il y a eu un alourdissement de la bureaucratie, des démarches, de l'organisation des services, de la performance et de la reddition de comptes. Selon une T.S., le discours est articulé autour des chiffres, « *tout parle avec des chiffres* » (P15). Comme l'expliquent deux personnes participantes, la reddition de comptes reste ancrée dans des données quantitatives, on compte le nombre d'interventions plutôt que de considérer la qualité de celles-ci, ce qui rend, selon elles, la tâche plus lourde parce qu'il faut tout justifier (P12; P15). De plus, une personne interrogée relate que l'exigence de reddition de comptes par rapport au nombre de personnes usagères à prendre en charge n'est pas réaliste étant donné le manque de ressources humaines dans le réseau (P15). D'autres personnes (n=14) rapportent un écart important entre la pression au rendement statistique imposée par les gestionnaires et la capacité de rendre les services à la population :

Il y a un sentiment d'impuissance, sentiment de niveler vers le bas et de ne pas être dans nos compétences pour aider la clientèle adéquatement, j'ai toujours l'impression que je botche ma job par rapport au suivi à effectuer (P14). Avec les statistiques à remplir quotidiennement et les formulaires à remplir, une personne participante soutient que [...] le ¾ de la job se fait par ordi (P06).

Une personne participante souligne que pour parvenir à gérer une structure ayant un budget de plus d'un milliard de dollars et qui emploie des milliers de personnes salariées de différentes spécialités, il est nécessaire de technocratiser les professions : « *On prétend qu'avec des données quantitatives, on va être capable de gérer* » (P18). Selon elle, les données quantitatives remplacent le vécu des populations locales transmis par les intervenants sur le terrain, ce qui fait en sorte que les personnes intervenantes sont prises dans des logiques de reddition de comptes et y perdent un temps fou (avec les différents outils administratifs comme l'OCCI). Elle soutient que les T.S. sont débordées par les outils de mesure : « *c'est de la technocratie, c'est pour assurer les budgets, mais la direction confond la réalité avec les chiffres, ils confondent les territoires avec la carte et c'est normal, ils sont parfois dans des lieux à 150 km de l'endroit où s'offre un service, ils ne peuvent pas savoir* » (P18).

Par ailleurs, pour une autre T.S., la reddition entraîne une pression de performance, de l'épuisement, un besoin de se comparer avec d'autres collègues (P12). De son point de vue, les gestionnaires encouragent la compétition entre les collègues de travail, mais cela nuit au sentiment d'appartenance. Une personne participante évoque quant à elle le fait que les statistiques ne représentent pas ce qui se fait sur le terrain :

Les statistiques pour le gouvernement, oui c'est important, pour comprendre les offres de services, les besoins de la population, mais ça ne devrait pas être orienté vers la performance des travailleuses, c'est complètement dénaturé. Par exemple, une rencontre d'une heure versus une de 15 minutes, c'est une même statistique. Certaines collègues vont planifier trois rencontres pour une intervention d'une heure pour faire plus de stats, mais cela donne plus de travail à tout le monde (intervenante, secrétaire, etc.), mais « c'est pas grave, je fais plus de stats », c'est pathétique et au niveau national, on ne sauve pas d'argent (P35).

Dans les propos recueillis auprès des personnes participantes, la question de l'imposition de pratiques particulières a été abordée. Par exemple, la fermeture de dossiers menant au phénomène des portes tournantes. Il y a, dans certains cas, une pression à fermer plus rapidement des dossiers ou à ne pas prendre en charge certains dossiers malgré le fait que les personnes aient besoin de services. Cette T.S. rapporte ce qui représente, selon elle, une baisse dans la qualité des services :

Le discours a été : on ne peut plus offrir la Cadillac à nos familles et à nos usagers. Ça veut dire moins de qualité, moins de présence, en faire plus, mais tout croche. Dans des rencontres d'équipe, il arrive d'évoquer le code de déonto pour souligner la nécessité d'offrir des services de qualité plutôt qu'une quantité de services négligeables (P32).

En discutant des critères d'admissibilité, celle-ci insiste sur la déshumanisation des services :

[...] ils avaient toppé [plafonné] les cibles de la DI, fait que tous ceux qui rentraient de la DI, même si c'était urgent, ils ne le prenaient pas parce qu'ils assignaient les cas d'autisme. C'est là, un moment donné, c'est complètement fou, une logique, c'est totalement déshumanisé. On est dans des affaires comptables, de technocratie ou je ne sais pas, je ne comprends pas c'est quoi, mais ça ne fait pas sens. Pour moi, quand j'écoutais ça, je me disais que c'est scandaleux que tu as du monde qui ont une DI puis qu'eux autres, parce que c'est les cibles du ministère, bien, « toi, tu vas attendre plus longtemps même si c'est urgent ». Il y a quelque chose là, c'est plus que déshumanisant, c'est comme [...] (P05).

Ce type de situation est, pour ces personnes participantes, lié à la pression à produire des statistiques.

Plusieurs d'entre elles (n=21) abordent la question de la prévention qui n'est plus présente actuellement dans leurs interventions, ce qui, selon notre interprétation, contribue au sentiment de perte de sens au travail. Elles soutiennent avoir constamment le sentiment d'éteindre des feux, d'aider très peu et d'intervenir en situation de crise seulement. En parlant de la situation actuelle, à la suite de la réforme Barrette et de la pandémie de COVID-19, une d'entre elles exprime :

Ça va tellement mal dans la population, qu'on éteint des feux. Avant, on prévenait le feu. [...] Si on l'éteignait, on l'éteignait, pas pire, il pouvait rester un peu de braise, mais là, le feu continue de brûler. [...] Maintenant, je dis que mon travail, c'est d'éteindre des feux aux trois-quarts (P35).

Cette T.S. poursuit dans la même veine avec la métaphore du feu :

Moi, mon constat sur ce qui fait que c'est plus difficile en ce moment dans nos organisations, j'ai l'impression, et c'est un parallèle drôle à faire, que nos directeurs gèrent notre établissement comme les intervenants doivent gérer leur caseload, c'est-à-dire, ils vont à ce qui brûle le plus. Fait qu'on est tout le temps en réaction à quelque chose plutôt qu'en planification et en action pour penser à moyen et long terme, ce qu'on devrait faire dans nos organisations, je pense (P94).

Une autre personne participante affirme : « on ne peut plus offrir de services comme avant, on va aider un peu, si on a aidé juste un peu, c'est vraiment bien » (P23). Par ailleurs, neuf T.S. abordent cette question en termes de tensions éthiques; certaines soutiennent que les listes d'attente sont maintenant cachées ou les statistiques sont « trafiquées » pour répondre aux exigences du MSSS, mais que cela ne reflète pas la réalité terrain :

On ferme un dossier parce que la personne ne répond pas, parce qu'on dit elle n'est pas motivée, quand elle va rappeler ça va être un nouveau cas, on joue avec les chiffres, comme on fait ça de façon ouverte avec les intervenants, le côté pervers c'est qu'il y a beaucoup de comparaison, beaucoup entre nous, alors qu'on devrait se soutenir, mais tu sais, on coupe les ressources, il y a moins d'argent, donc c'est ça. Faut toujours faire plus avec moins et

ça, ça épuise au bout, pis les gens arrivent beaucoup plus maganés, les gens arrivent en crise et en "crisse". Fait que ça, ça joue beaucoup aussi sur les jobs parce que le monde est magané et les intervenants aussi sont maganés, on est tout le temps dans justifier, justifier, tu sais nous c'était cinq rendez-vous par jour donc cinq présences d'une heure et là, il y a des notes là-dedans, y a bien de l'administration [...] de la petite gestion à petite journée, ça c'est de l'érosion, ça magane, et là, tu rappelles, et là tu as des no show, ils ne viennent pas. Nous, ils nous disaient de overbooker pour en avoir cinq présents parce que c'était ça qui était attendu, il va toujours avoir un 20 % qui ont mal dormi [...], surtout en santé mentale, fait que c'était quasiment de overbooker comme en avion [...] tu as des présences faut que tu justifies [...] c'est ça qui a tout changé, cette gestion-là [...] c'est dégueulasse, tu as 32 messages à retourner et toutes tes notes en retard, je connais personne [...] c'est le sentiment d'être toujours en retard [...] tu as post-it par-dessus post-it dans ton agenda, tu es toujours en train de [...] tu traines toujours, tu es toujours à la remorque de tes notes qui sont toutes botchées, finalement tu comptes quasiment sur des absents pour te garocher dans des stats, on a connu l'époque où les notes c'était le dossier de la personne, on essaie de faire des bonnes notes on a fait ça, on a fait ça, c'est clair si je me fais frapper par un autobus, quelqu'un peut voir où je suis rendue [...], mais on se faisait tellement dire que les stats était quasiment plus importantes (P24).

Comme Grenier et Bourque (2018) l'avaient déjà souligné, les T.S. sont soumises à des dilemmes éthiques réguliers. Cette personne participante affirme d'ailleurs : « On est pris entre l'organisation qui nous impose des demandes et notre code de déontologie qui nous dit le contraire » (P63). Certaines personnes interrogées (n=4) ont abordé leur rôle de défense des droits des personnes usagères à recevoir des services au sein du RSSS, elles ont exprimé le sentiment de travailler contre leur établissement pour aider les personnes usagères des services. « Il y a comme un aspect aussi avec les [CI(U)SSS] que le travailleur devient un combattant contre la structure pour donner le service à la clientèle. Au lieu d'avoir une structure qui nous aide à faire ça, la structure, souvent, va nous nuire » (P40).

75

Au moins deux T.S. mentionnent ne pas avoir d'autres choix que de contourner les exigences de reddition de comptes pour parvenir à réaliser leur travail. À ce sujet, une T.S. affirme :

Nous, en fait, ce que j'ai réalisé c'est qu'on adopte beaucoup des stratégies de survie. Ce que ça a amené les CISSS/CIUSSS, ce sont les stratégies de survie. Comment survivre dans ces gros bateaux-là? Bien, c'est souvent en étant délinquant. Bien souvent, pour avancer des dossiers, il faut faire des entorses à la machine. Sinon, on n'avance pas. Puis là, on est pogné entre deux loyautés. La loyauté envers le CI(U)SSS et la loyauté envers la clientèle. Comme professionnelle, on n'a pas le choix de prendre les deux en considération. Bien, ça nous met dans des doubles [contraintes], des dilemmes et des difficultés éthiques. Ça rajoute une couche de lourdeur à la machine (P40).

Une autre mentionne :

Quand ma boss me demande de faire 3.5 stats par jour de moyenne, ça fait en sorte qu'on ne voit plus l'intervention de la même manière. On cherche des portes de sortie et tous les intervenants mentent sur leurs statistiques. On invente. Il y a certaines choses que tu peux stater pis certaines choses que tu peux pas. Je vais tourner ma note évolutive de manière que je puisse la stater ou je vais couper une note évolutive en deux pour faire deux stats, donc, je fais juste répondre à cette norme-là finalement, qui n'est en aucune manière importante pour moi, pour mes valeurs (P12).

2.4 Perte de sens et de sentiment d'appartenance

Les personnes travailleuses sociales cliniciennes, les coordonnatrices cliniques et gestionnaires sur le terrain rencontrées dans le cadre de cette recherche laissent entendre que la réforme Barrette a provoqué non seulement une perte d'accès aux services pour la population, mais aussi une perte de sens au travail, une perte du sentiment d'appartenance dans les équipes, de l'isolement et de l'épuisement professionnel pour les travailleurs et travailleuses du RSSS. Plusieurs personnes interrogées (n=41) ont affirmé qu'il y a eu de nombreux départs en congé maladie en raison d'épuisement professionnel, y compris elles-mêmes ou des personnes de leur équipe de travail (personnes employées ou gestionnaires), à la suite de la réforme Barrette. Une gestionnaire qui a eu une longue carrière dans le réseau et qui a récemment démissionné déclare : « *je suis intense quand je parle de ça parce qu'en vrai, je ne serais pas partie. Ce n'était pas mon souhait de partir* » (P66). La personne mentionne avoir demandé de meilleures conditions pour elle et son équipe de travail. Elle a dénoncé les multiples difficultés, elle a menacé de démissionner, « *j'ai fait beaucoup d'affaires pour espérer que la situation s'améliore parce que c'est une mission pour moi. [...] J'ai décidé que je tirais la plogue. Je me dirige vers une autre carrière parce que je ne suis plus intéressée à être spectatrice de la dégradation des services* » (P66). Ainsi, cette participante rapporte que sa démission est due à l'impossibilité de rendre des services de qualité dans le contexte d'une organisation déficiente du travail.

Selon une T.S., le ministre Barrette n'a pas tenu compte des échecs à la suite de l'implantation de changements similaires ailleurs dans le monde (P15). D'autres soutiennent que les décideurs politiques doivent comprendre que l'enjeu ne se situe pas sur le plan des conditions salariales, mais des conditions de travail des professionnelles (P15; P28). Une d'elles mentionne qu'il faudrait reconsidérer l'expérience et l'expertise des personnes sur le terrain pour prendre les décisions administratives (P15). Certaines personnes participantes (n=4) soulignent qu'auparavant, elles avaient le sentiment que leur voix comptait, que maintenant elles sont laissées à elles-mêmes : « *on n'existe pas* » (P09); « *on ne nous laisse pas l'espace pour donner notre opinion professionnelle* » (P63). Celle-ci discute des changements perpétuels depuis son entrée en poste et de la difficulté à pratiquer dans un tel contexte :

Il y a so much, à un moment donné, que tu peux t'adapter. J'ai commencé au CLSC en [1999], pis en 2003, ça a commencé. Depuis 2003, là, que t'es en transformation, en changement. Tu (ne) peux pas travailler toujours dans le changement pis la réorganisation pis le bordel pis t'es toujours en adaptation et t'es toujours en crise budgétaire, ça ne devient plus possible, plus possible, ça (ne) peut pas faire autrement, en tout cas pour moi (P05).

Une personne participante soutient que les contacts avec la clientèle continuent de la nourrir, c'est la raison pour laquelle elle continue, mais elle précise : « *il y a des périodes où le matin, je pleure en me répétant que je ne veux pas aller travailler* » (P28). Une autre fait mention d'une dénaturalisation du travail social dans ce contexte et ajoute : « *on perd notre vitalité d'aidant* » (P06). Plusieurs collègues ou elle-même ont décidé de quitter le réseau :

Moi, la réforme m'a amenée à être encore plus décidée à ne pas terminer ma carrière dans le RSSS. [...] La réforme Barrette me montre la porte de sortie, parce que ça ne répond plus à mes valeurs. [...] Je suis à quatre ans de ma retraite, mais je ne me rendrai pas et je le sais (P15).

En parlant de ses préoccupations en tant que professionnelle, l'une d'elles affirme : « *Malheureusement, je vais dire, c'est de sauver notre peau* » (P32). De la même manière, une autre renchérit : « *Mon Dieu, je pense que c'est la survie, pis j'ai l'impression que la plupart des réflexes qui sont mis en place, c'est juste pour soutenir ça* » (P70).

Alors qu'aucune question ne portait sur la question d'un départ éventuel ou d'un changement de poste, parmi les 57 personnes participantes rencontrées : 24 personnes ont changé de poste depuis la réforme en 2015, 7 personnes ont démissionné du réseau, 13 personnes songent à quitter le réseau pour un autre emploi ou une retraite anticipée. Il est à noter que lors du recrutement, un des critères établis était d'œuvrer au sein du RSSS. Ainsi les personnes participantes ayant démissionné du réseau l'ont fait dans les semaines précédant l'entretien de recherche.

3. Discussion

Le paradoxe de la nouvelle gestion publique soulevé par plusieurs (Bourque et al., 2022; de Gaulejac, 2005; Grenier et al., 2016; Larivière, 2018; Lévesque et Negura, 2021; Parrazelli et Rueland, 2017; Richard, 2013) trouve écho dans les propos recueillis dans la collecte de données de cette recherche. Par ailleurs, tout comme Le Pain et al. (2021) en font mention, les personnes interrogées dans le cadre de la présente recherche rapportent un éloignement des décideurs du terrain qui mène, entre autres, à peu de soutien clinique. Les propos rapportés précédemment font mention que les gestionnaires semblent désormais adopter davantage un rôle de transmission des orientations ministérielles qu'un rôle de soutien.

Également, les résultats préliminaires de cette recherche mettent en lumière le fait que les enjeux sont demeurés à peu près les mêmes depuis la période de mise en œuvre de la réforme. Effectivement, lors de la première recherche menée en 2016 et 2017 auprès des T.S., des constats similaires ont été effectués (Grenier et al., 2016). Par exemple, les personnes participantes faisaient état d'une pression de plus en plus marquée de la part des gestionnaires pour répondre aux exigences de reddition de comptes et de performance, mettant de côté la notion de qualité de la relation et des services offerts, ceci entraînant une perte de sens au travail pour les T.S. interrogées. Comme le révèlent les propos des personnes interrogées dans le cadre de la présente recherche, l'accentuation des principes de la gestion dans la prestation des services sociaux, combinée à une logique de sanitarisaiton des problèmes sociaux, produit des tensions éthiques et morales chez les intervenant.es du RSSS (Chénard et Grenier, 2012; Grenier et Bourque, 2016; Mbonimpa et Richard, 2013; Robichaud et al., 2019). Devant une telle situation, les personnes ayant participé à la recherche affirment que le travail social vient davantage servir les impératifs de performance institutionnelle au détriment des services à la population (Grenier et al., 2018). En fait, ces constats sont corroborés par Lipsky (2010) lorsqu'il affirme que le contrôle de performance auprès des *Street Level Bureaucrats* (SLB) (travailleurs de terrain, tels que les T.S.) risque davantage d'éroder la qualité des services à cause de la nature même des services donnés, dont l'imputabilité vise les personnes usagères. Pour lui, les décisions des SLB ne peuvent être dictées par le haut, ce qui rend la standardisation des pratiques problématique. De la même manière, cet auteur affirme qu'un contrôle trop important des pratiques de ceux et celles qui travaillent auprès du public mène à ce qu'il définit comme l'interprétation sélective des règles (pratiques parallèles).

Bien que plusieurs personnes participantes aient exprimé des sentiments de colère, de stress ou d'anxiété générant une souffrance au travail, comme lors de la première phase, on observe cette fois-ci une lecture plus globale des enjeux en cause. Les personnes participantes font état de leur propre analyse de la situation, mais semblent peu confiantes en une possibilité d'amélioration de la situation dans le RSSS. Une des solutions rapportées par plusieurs face à la souffrance ressentie est plutôt la possibilité de renoncer à leur poste, soit pour quitter le RSSS ou pour postuler dans d'autres secteurs des CIUSSS ou CIUSSS. Ceci semble être un moyen de « sauver leur peau » dans un contexte où elles n'ont pas l'impression d'avoir d'emprise ou de possibilité de pouvoir d'action. Les propos tenus par les personnes participantes à la recherche laissent croire que la perte de sens est bien présente et qu'elle explique en grande partie le roulement de personnel observé depuis la

fusion des établissements à la suite de la réforme Barrette. Or, ce roulement de personnel occasionne inmanquablement des enjeux dans l'accessibilité des services et dans la mise en place des formes de soutien disponibles à la population. L'analyse préliminaire de ces résultats dépeint un portrait très sombre du vécu des T.S. dans le RSSS. Le questionnaire laissait pourtant place à l'interprétation positive des situations perçues. On peut attribuer cet état de fait aux limites inhérentes de la recherche qualitative. En effet, le thème de cette recherche, la réforme Barrette, teintée négativement dans l'espace public, a probablement fait en sorte que les personnes ayant besoin de s'exprimer l'ont fait par le biais de ces entrevues. Il n'en demeure pas moins que ces situations ont été rapportées à travers le réseau dans plusieurs services et dans plusieurs régions du Québec. De plus, les résultats présentés ici vont également dans le même sens que plusieurs recherches portant sur le travail du *care* dans le réseau de la santé et des services sociaux (Benoit et al., 2022; Cummings et Estabrooks, 2003; Goulet et Drolet, 2017; Le Pain et al., 2021; Lévesque et al., 2021; Negura et al., 2022).

CONCLUSION

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les résultats préliminaires de cette recherche montrent un portrait sombre de la pratique du travail social dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les T.S. ayant participé à cette recherche semblent considérer que les résultats de la réforme nuisent à la pratique du travail social et aux services à la population. La prochaine étape vise à compléter l'analyse, car plusieurs thèmes ont émergé. Des pistes intéressantes semblent donc se dessiner puisque les personnes participantes ont proposé des solutions (dont le retour à une gouvernance locale et à une gestion participative et démocratique) et ont développé un discours sur la privatisation, sur l'épuisement professionnel, sur le contrôle social, sur la qualité des services. À la suite des États généraux du travail social et à l'approche de la mise en œuvre de la réforme Dubé, il est plus qu'intéressant de dresser ce bilan et d'analyser le point de vue des acteurs et des actrices qui mettent en œuvre les politiques publiques.

ABSTRACT:

The purpose of this article is to share the preliminary findings of the research project “Les travailleuses sociales cinq ans après l’implantation de la réforme Barrette : standardisation de la pratique ou nouvelles normes locales des établissements» (Social workers five years after implementation of the Barrette reform: Practice standardization or new local standards for institutions?). This research project seeks to better understand the 2015 implementation of reforms to the health and social services system in Quebec. From June to December 2022, some 60 respondents agreed to participate in a semi-structured study. Most of these individuals have over 10 years of experience, which makes it possible to understand the pre- and post-Barrette reform, and to grasp the effects of this reform on work teams and the delivery of services provided to the population. The initial analysis of the data highlights the continuation, or even the accentuation, of the top-down perspective of the decision-making process, the accountability through quantitative measures and the harmonization of services translated as the standardization of practices, despite the territorial particularities inherent in the different regions of Quebec. Described as a “madhouse” by participants, New Public Management methods seem to have become more pronounced within the health and social services network as compared to in our previous research.

KEYWORDS:

Standardization, social workers, professional distress, Barrette reform, Quebec's health and social services system transformations

RÉFÉRENCES

- Benoit, M., Lévesque, G. et Perron, L. (2022). De la « vocation » à prendre soin au joug de la performance : dévoiler les réalités des travailleuses du care pour comprendre la crise du système de santé et de services sociaux. *Lien social et politiques*, 88, 66-88. <https://doi.org/10.7202/1090981ar>
- Benoit, M., Perron, L. et Lévesque, G. (2021). *Aux premières lignes du soutien à domicile. Une enquête auprès de 697 travailleuses du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées à travers le Québec*. Montréal, État 21/Département de science politique/Université du Québec à Montréal.
- Bourque, M., Grenier, J. et St-Amour, N. (2022). Du « régime du bureau professionnel » au « régime de gestion du care » : le passage de l'imputabilité professionnelle à l'imputabilité comptable. Dans A. Gonin, M. Guissard, A. Antoniadis et F. Plante (dir.). *Éthique et travail social : nouvelles voies pour la pensée et pour l'action*, 169-186. Presses de l'Université du Québec.
- Bourque, D. et Lachapelle, R. (2018). Les ravages de la réforme Barrette. *Relations*, 798, 20-21.
- Chénard, J. et Grenier, J. (2012). Concilier des logiques pour une pratique de sens : exigence de solidarité. *Intervention*, 136, 18-29.
- Couturier, Y., Gagnon, D. et Belzile, L. (2013). La nouvelle gestion publique en santé et services sociaux et l'émergence de la gestion de cas. *Éducation et sociétés*, 32, 109-122. <https://doi.org/10.3917/es.032.0109>
- Cummings, G. et Estabrooks, C. A. (2003). The effects of restructuring that includes layoffs on individual nurses who remained employed: A systematic Review of Impacts. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(8-9), 8-53. <https://doi.org/10.1108/01443330310790633>
- de Gaulejac, V. (2005). *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Seuil.
- Goulet, M. et Drolet, M.-J. (2017). Les enjeux éthiques de la pratique privée en ergothérapie : perception d'ergothérapeutes. *Bioéthique Online*, 6, 1-14. <https://doi.org/10.7202/1044613ar>
- Grenier, J. et Bourque, M. (2018). *Les services sociaux à l'ère managériale*. Les Presses de l'Université Laval.
- Grenier, J., Bourque, M., et Boucher, Y. (2018). Défis pour les travailleuses sociales : participer au renouvellement des pratiques sociales dans un contexte de performance au travail. *Intervention*, 147, 3-14.
- Grenier, J., Bourque, M. et Bourque, D. (2019). La déprofessionnalisation du travail social : enjeux et défis. *Les politiques sociales*, 1-2, 83-93. <https://doi.org/10.3917/lps.191.0083>
- Grenier, J., Bourque, M. et St-Amour, N. (2016). La souffrance psychique au travail : une affaire de gestion? *Intervention*, 144, 9-20.
- Dutrisac, R. (2020, 29 mai). Une réforme pressante. *Le Devoir*.
- Harris, J. (2003). *The social work business*. Routledge.
- Larivière, C. (2018). La Loi 10 : une restructuration majeure menée sous l'emprise du ministre Barrette et préparée par la réforme Couillard. Dans J. Grenier et M. Bourque (dir.), *Les services sociaux à l'ère managériale*, 35-58. Presses de l'Université Laval.
- Lascoumes, P. et Simard, L. (2011). L'action publique au prisme de ses instruments : introduction. *Revue française de science politique*, 61, 5-22. <https://doi.org/10.3917/rfsp.611.0005>
- Lévesque, M. et Negura, L. (2021). Organizational Context and Healthcare Reforms: What Effect on the Professional Distress of Canadian Social Workers and Social Service Provision? *Frontiers in sociology*, 6, 651240. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.651240>
- Le Pain, I., Larose-Hébert, K., Namian, D. et Kirouac, L. (2021). La réforme de la santé et des services sociaux (projet de loi 10) et ses effets sur les difficultés émotionnelles des intervenants de la Protection de la jeunesse au Québec. *Intervention*, 152, 149-160.
- Lipsky, M. (2010). *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russell sage Foundation.
- Mbonimpa, M. et Richard, S. (2013). La souffrance psychique et morale au travail – Enjeux pour les professionnels du secteur de la santé et de services sociaux. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 19(2), 10-24.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2020). *Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)*.
- Muller, P. (2005). Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique : structures, acteurs et cadres cognitifs. *Revue française de science politique*, 55, 155-187. <https://doi.org/10.3917/rfsp.551.0155>

- Muller, P. (2000). L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique. *Revue française de science politique*, 50, 189-208.
- Negura, L. et Lévesque, M. (2022). Understanding professional distress through social representations: Investigating the shared experience of healthcare social workers in Canada. *International Social Work*, 65(6), 1184-1200. <https://doi.org/10.1177/0020872820967428>
- Parazelli, M. et Ruelland, I. (2017). *Autorité et gestion de l'intervention sociale : entre servitude et acte-pouvoir*. Editions ies.
- Robichaud, M.-J., Poirier, M.-A. et Pullen Sansfaçon, A. (2019). L'agentivité ou comment naviguer parmi les spécificités interculturelles et les contraintes de performance dans l'évaluation auprès des familles racisées en protection de la jeunesse. *Nouvelles pratiques sociales*, 30(2), 28-45. <https://doi.org/10.7202/1066099ar>
- Richard, S. (2013). L'autonomie et l'exercice du jugement professionnel chez les travailleuses sociales : substrat d'un corpus bibliographique. *Reflets*, 19(2), 111-139. <https://doi.org/10.7202/1021182ar>
- Soulet, M.-H. (2012). Interpréter sous contrainte ou le chercheur face à ses données. *Recherches qualitatives*, hors série, 12, 29-39.
- Surel, Y. (1998). Idées, intérêts, institutions dans l'analyse des politiques publiques. *Pouvoirs : revue française d'études constitutionnelles et politiques*, (87), 161-178.