

## Nouvelles pratiques sociales



# Création d'une communauté de pratique pour les intervenants et intervenantes sociales en centres de santé et de services sociaux (CSSS)

## Entrevue avec Marjolaine Goudreau, Regroupement, échanges, concertation des intervenantes et des formatrices en social (RÉCIFS)

Claudelle Cyr

Volume 24, numéro 1, automne 2011

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1008214ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1008214ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Cyr, C. (2011). Création d'une communauté de pratique pour les intervenants et intervenantes sociales en centres de santé et de services sociaux (CSSS) : entrevue avec Marjolaine Goudreau, Regroupement, échanges, concertation des intervenantes et des formatrices en social (RÉCIFS). *Nouvelles pratiques sociales*, 24(1), 6-14. <https://doi.org/10.7202/1008214ar>

Tous droits réservés © Université du Québec à Montréal, 2011

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/>

**é**rudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

# NPS

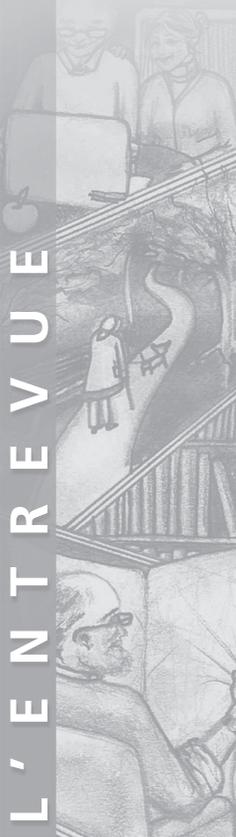
## **Création d'une communauté de pratique pour les intervenants et intervenantes sociales en centres de santé et de services socioux (CSSS)**

*Entrevue avec  
Marjolaine Goudreau  
Regroupement,  
échanges, concertation  
des intervenantes  
et des formatrices  
en social (RÉCIFS)*

---

Claudelle CYR  
Regroupement intersectoriel des organismes  
communautaires de Montréal (RIOCM)

L'ENTREVUE



Marjolaine Goudreau est intervenante sociale depuis plus de 30 ans, dont 23 ans au Centre local de services communautaires (CLSC) Ahuntsic. Elle est aussi présidente locale syndicale pour le CSSS Ahuntsic-Montréal-Nord pour l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS).

### **NPS – *Qu'est-ce que le RÉCIFS?***

À la suite des fusions des établissements, j'ai mis sur pied avec un collègue d'un autre CLSC, un regroupement des CSSS de Montréal qu'on appelle le Réseau intersyndical des CSSS de Montréal. Et c'est à partir des discussions et des réflexions concernant les fusions d'établissements que nous avons créé le RÉCIFS. Nous sommes trois intervenants sociaux au Réseau intersyndical et nous faisons les mêmes constats sur les conditions de la pratique. De là est venue l'idée de lancer un regroupement, une « communauté de pratique » qu'on aime qualifier de cette façon-là. En nous assoyant ensemble, les intervenantes et intervenants en CSSS de Montréal, nous nous sommes vite rendu compte que ce qui se passe à gauche se passe aussi à droite, et que finalement nous observons la même réalité. Nous avons fait le lancement du RÉCIFS le 25 mai 2011 lors d'une journée débat que nous avons organisée à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) sur les six ans des fusions dans le réseau de la santé. C'est encore tout nouveau.

Comme son nom l'indique, ce regroupement est composé d'intervenantes et d'intervenants sociaux, c'est-à-dire des travailleuses et travailleurs sociaux, des intervenantes et intervenants sociaux et des techniciennes et techniciens.

Au Réseau syndical, on parle des réalités des établissements dans les CSSS et nous en sommes venus à faire le constat qu'au niveau de la pratique en travail social, du moins dans les CSSS, il y avait une perte de sens. La pratique en travail social est drôlement diminuée. Il y a des bémols selon les secteurs d'activité, mais, en règle générale, je te dirais qu'il y a une perte au niveau de la pratique en travail social.

Lorsque nous avons commencé, il y a deux ans, à nous mettre en lien entre les CSSS, c'était pour savoir si nous partagions les mêmes réalités eu égard à nos pratiques respectives. Est-ce que l'ensemble des CSSS fonctionne de la même façon ou si chacun avait des pratiques de gestion différentes? Lorsque nous avons compris que ce qui se passait au CSSS Saint-Michel-Saint-Léonard ressemblait beaucoup à ce qui se passe au CSSS Ahuntsic-Montréal-Nord, alors nous nous sommes dit que, soit nous demeurions seuls chacun dans nos CSSS, soit nous pouvions être deux. Par la suite, nous nous sommes dit pourquoi pas trois, puis quatre... ce qui nous a amenés à l'idée

de se regrouper. En nous associant, nous nous sommes rendu compte que la réalité est la même dans d'autres CSSS. Ce n'était donc pas juste mon CSSS ou celui de mon collègue qui décidait de faire des pressions par le moyen des statistiques, ou des répressions sur ce qu'on est capable de nommer.

**NPS** – *En quoi les pratiques en travail social se trouvent-elles modifiées depuis la réforme en santé de 2003 ?*

Depuis les fusions, voilà six ans, toute l'offre de services a changé. Avant, chacun des établissements, c'est-à-dire les CLSC, les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et le milieu hospitalier, s'occupait de son aire d'offre de services. Quand il y a eu les fusions, on a fusionné le milieu hospitalier avec le CHSLD et le CLSC transformant ainsi les missions. Nous nous sommes retrouvés à devoir organiser les services dans une grosse structure. Et quand c'est gros, c'est compliqué ! Il y a une multitude de cadres qui ont été engagés dans le réseau depuis les fusions. Les cadres qui prennent des décisions dans le réseau sont moins présents dans la réalité-clientèle, ce qui entraîne une organisation de l'offre de services quelque peu chaotique.

Avec les fusions, il a fallu installer des guichets d'accès, ce qui n'existait pas. Avant, quand une personne arrivait au CLSC, elle avait simplement à dire qu'elle avait un problème et elle était vue par l'accueil psychosocial. Maintenant, ce n'est plus comme cela, on tend vers la « compartimentation » de la personne. Moi, je travaille en prénatal et en postnatal, si j'ai à référer une cliente qui fait une dépression post-partum après un accouchement, avant c'était tout le secteur famille qui s'occupait de ça. Là, les clients sont coupés en différentes parties. Prenons l'exemple d'une femme enceinte qui consulte. Peut-être a-t-elle aussi un enfant avec un problème de développement ou avec un diagnostic au niveau de l'autisme ou en déficience intellectuelle. Peut-être qu'elle est en situation de dépression post-partum. Peut-être qu'elle va se séparer. Avant, ça aurait été le même service qui se serait occupé de la même famille. Maintenant, si elle fait une dépression, peut-être qu'on va l'envoyer en santé mentale. Mais si elle a aussi un enfant avec une déficience intellectuelle, je vais la référer en interne. Mais si elle est enceinte et évaluée comme étant une clientèle à risque, peut-être que je vais pouvoir la garder dans mon secteur et je vais faire le suivi au programme OLO<sup>1</sup>. Donc on va tout découper, mais on parle toujours de la même personne !

---

1. OLO: programme diététiste de prévention précoce de la naissance de bébés de petits poids: «Œufs, Lait, Orange».

Tout ça demande une référence, ainsi que la raison pour laquelle je réfère, par exemple, en santé mentale. Alors actuellement, les intervenants vont dire facilement que, maintenant, près de 50 % du temps de travail est consacré à remplir des références, à les articuler puis à faire en sorte qu'ils soient admis pour que la personne puisse avoir un service. Si je ne suis pas capable de bien articuler ma raison pour laquelle la personne est vraiment en dépression, elle ne sera pas reçue et elle risque de ne pas recevoir de service si moi, je ne fais pas correctement ma demande, ma référence. Tout ça fait en sorte que nous sommes pris à évaluer, référer de plus en plus, et ça demande un temps énorme au niveau de la pratique. Ça, c'est au regard de la clientèle famille. Mais si je te parle des personnes âgées, c'est majeur. Ils ne font pratiquement que ça de la paperasse, des évaluations pour les ressources d'hébergement, pis là ça se complexifie parce que ce n'est plus des CHSLD, ce sont les ressources intermédiaires, les programmes 68<sup>2</sup>, les programmes 5<sup>3</sup>. Nous sommes devenus des agents qui servent à remplir différentes paperasses sans pour autant faire notre véritable travail, c'est-à-dire de la relation d'aide et de l'intervention. C'est un des aspects de notre travail qui est majeur et qui est beaucoup décrié par les intervenants, par mes collègues. Moi, j'en entends parler d'une façon criante. Le changement d'offre de services est tel que je crois que les personnes qui viennent demander de l'aide se retrouvent dans un système de plus en plus confus et c'est confus parce que je te dirais que nous, nous le sommes aussi dans le réseau.

La deuxième chose que je te dirais, c'est que maintenant on veut tellement savoir ce qu'on fait que c'est ici que les statistiques interviennent. Depuis la fusion, on doit avoir un rendement qui est quantifiable. Les gestionnaires nous disent que l'Agence de santé et de services sociaux se base sur le nombre de statistiques pour octroyer ou non les « argents ». Nous nous faisons dire que si nous ne fournissons pas assez de statistiques, peut-être qu'il sera impossible de maintenir tous les postes qu'on a puisque les statistiques ne démontrent pas le besoin. À savoir si cela est vrai ou pas, on a des points d'interrogation.

Si un jour nous ne faisons plus de statistiques, nous dira-t-on : « Dans tel secteur d'activité, il n'y a pas de job, il n'y a pas de travail en enfance, il n'y a pas de travail au niveau des personnes âgées » ? Avant les fusions, on existait, on travaillait. On recevait la même clientèle. On faisait des statistiques quand même, mais moins et d'une autre façon. Actuellement, il y a une folie dans toutes les équipes. Tous les chefs de programmes à chaque réunion

---

2. Programme d'hébergement pour personnes en évaluation (PHPE).

3. Programme pour les personnes âgées en perte d'autonomie dont la dernière adresse ne correspond pas au secteur où elles sont actuellement hospitalisées.

administrative nous disent régulièrement que nous ne faisons pas assez de statistiques, que ce n'est pas suffisant... Certains employeurs et chefs de programme rencontrent des intervenantes toutes seules dans le bureau, et le chef de programme a ta feuille de statistiques du mois. Il te la présente et peut te dire : « Écoute, le 20 juin 2011 tu as une seule statistique de faite. Ça ne marche pas. Il faut que tu en aies quatre par jour. » Mais il faut savoir que tout n'entre pas dans les statistiques et que cela ne veut absolument pas dire que l'intervenante n'a rien fait durant sa journée. Par exemple, j'ai appelé à l'école aujourd'hui, j'ai appelé dans un Centre de petite enfance pour comprendre comment fonctionne la subvention. J'ai appelé la cliente. Tout ça n'est pas quantifié au niveau des statistiques, on ne comptabilise pas cela. Je les inscris dans le dossier de la façon suivante : « J'ai appelé à tel endroit », mais à l'Agence ce ne sera pas calculé. Ce qui fait que si je n'ai vu personne en face à face aujourd'hui, pour mon employeur j'ai fait zéro, je n'ai pas travaillé !

**NPS** – *Mais ça pose donc un problème sur le plan de votre autonomie professionnelle ?*

Oui, c'est sûr. On n'en parle pas de l'indépendance de la pratique. Auparavant, on avait l'obligation de rendre les services. Maintenant, on doit veiller à ce que le service se donne, mais pas nécessairement par nous. Ça peut être par un organisme communautaire, un organisme du privé. Ça peut être partout. Mais je n'ai pas l'obligation de rendre le service. On a l'obligation de voir à ce que le service soit rendu. Ce qui est bien différent. Avant, il y avait une cliente qui venait, on avait une réponse à donner puis une offre de services à proposer. Ce qui fait que depuis à peu près deux ans, les intervenants commencent de plus en plus à dire qu'ils ne font pas de relation d'aide. On entend, par exemple : « Je n'en fais pas de relation d'aide. Je n'en fais pas de suivi de deuil par rapport à la conjointe qui sera pas placée alors que son mari, lui, a un placement de personne âgée, je n'ai pas le temps de faire ça. » De plus, à la rigueur, on se fait dire que si nous n'avons pas le temps de le faire, c'est correct. Ce qu'il faut traiter, c'est la demande de placement. Mais t'as pas le temps de travailler tous les deuils entourant la demande de placement, ça, c'est évident. Et quand je dis cela, je pense que c'est pire pour le soutien à domicile. Et si on parle des autres secteurs, par exemple en santé mentale, on ne peut pas dire qu'ils ne font pas de relation d'aide, mais là elle est quantifiée. Ils appellent ça un « épisode de services ». Un épisode de services, ça veut dire que tu as une demande, tu as un diagnostic et tu as dix, douze ou quinze rencontres pour régler le problème. Si l'intervenant évalue qu'il faut plus de rencontres, il doit voir son chef de programme et lui expliquer pourquoi des rencontres supplémentaires sont nécessaires. L'évaluation de l'intervenant est analysée, il doit justifier

son évaluation. Toutes ces démarches administratives prennent un temps énorme. Et là-dessus, la marge de manœuvre est plus restreinte qu'avant, si je peux m'exprimer ainsi. Par exemple, ce qui est payant au plan des statistiques, c'est de fermer des dossiers et de les ouvrir. Il arrive régulièrement que l'on se fasse dire de fermer notre dossier et que si la personne a encore besoin de services, elle reviendra. Ça n'a aucun sens, c'est le syndrome des portes tournantes dans un CSSS maintenant ! Parce qu'une fois les rencontres terminées, si la personne rappelle, elle repassera par l'accueil et devra refaire une demande de services. Une fois l'évaluation faite, là l'intervenant réexamine la situation de la personne. Est-elle en processus de séparation ou a-t-elle encore des besoins pour ses enfants, etc. ? Par la suite, ce même intervenant devra l'acheminer vers un guichet d'accès et elle devra attendre une place. Mais c'est toujours la même personne, famille ou couple.

Comme je l'ai dit plus tôt, on peut couper une personne en cinq. Ce n'était jamais fait comme ça avant. On regardait, par exemple, la famille globalement : l'impact sur le couple, l'impact dans la fratrie d'avoir un enfant qui prend autant de temps, qui est malade ou qui est déficient ou qui est handicapé. Ça prend un temps énorme dans une famille, c'est désorganisant. On ne fait plus d'approche familiale comme ça. Alors, si tu réfères juste l'enfant dans le programme-service déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (DI-TED), la mère en santé mentale pour une dépression et le père dans un groupe de pères, tu perds de vue l'ensemble de la situation familiale. Moi, je dis tout le temps : « Les personnes sont coupées en deux, trois, quatre problématiques dans la vie, et elles sont découpées en deux, trois, quatre services. »

Les intervenants sociaux ont l'impression de ne pas être capables de faire leur travail comme il se doit. Nous ne sommes plus en mesure de le faire avec la réflexion professionnelle que l'on a. Ça, c'est un premier niveau. Le deuxième niveau, c'est qu'avant les fusions, on avait des rencontres d'équipe cliniques, on travaillait en interdisciplinarité. Je travaille avec une infirmière, une nutritionniste, une éducatrice, une auxiliaire familiale dans mon équipe. Nous serions censés avoir des rencontres cliniques pour arrimer nos services, pour nous comprendre. Il n'y en a plus dans les établissements. On n'a que des réunions administratives pour nous dire que l'on n'a pas atteint les normes statistiques. Et l'autre chose que les gestionnaires peuvent nous dire aussi, je l'ai entendu beaucoup en santé mentale, c'est qu'il faut rencontrer cinq clients par jour. Lorsque les intervenants répondent que ce n'est pas toujours possible ou pas possible du tout parce que dans ce cas, ils n'auront pas le temps de faire des références adéquates, de parler à quelqu'un dans le réseau communautaire, de parler à la travailleuse sociale qui a hospitalisé en psychiatrie telle personne, ils se font suggérer de voir la personne

50 minutes plutôt que 60. Ainsi, il restera 10 minutes pour faire les appels et le reste du travail. Il y a une diminution de temps d'entrevue, il y a une diminution de quantité d'entrevues. Et, au final, il y a une diminution dans le questionnement de la pratique.

**NPS** – *Et quels sont les impacts chez les intervenantes et intervenants ?*

Maintenant, le contrôle sur le rendement de ta pratique prend de l'ampleur dans le temps de ta journée. Actuellement, nous sommes de plus en plus sous pression et plus souvent menacés ou victimes de représailles. Je suis présidente de l'exécutif syndical local aussi. Et par ce biais-là, j'ai beaucoup de monde qui vient me voir. Plusieurs ont peur de rencontrer leur employeur et ils nous disent qu'ils sont victimes de représailles pour des raisons comme avoir remis en question un document à remplir. Il y a des intervenants qui nous appellent pour nous dire qu'ils sont rencontrés tout seuls dans le bureau de leur supérieur hiérarchique, et qu'ils doivent s'expliquer sur les raisons qui les ont poussés à poser telle ou telle question en réunion d'équipe. On va parfois jusqu'à dire à un intervenant que c'est peut-être parce qu'il est « dû » pour des vacances, qu'il a de la misère à s'organiser, que pour l'aider on va le rencontrer une fois par semaine, etc.

J'ai des équipes de travail qui me rencontrent, ils sont 20, 25 dans la salle. Du monde qui a dix, quinze, vingt-cinq, trente ans d'expérience qui te disent : « Notre chef de programme nous demande des rencontres pour qualifier notre rendement au travail. » Ils ont le droit. L'employeur a le droit de savoir ce que tu produis comme rendement professionnel. Puis j'ai 25 intervenants qui ont peur. Moi, je suis estomaquée. Alors ce n'est pas vrai que ça se fait en toute liberté. Tu n'as pas la capacité et l'opportunité de questionner cliniquement ton travail et ta pratique.

D'ailleurs, nous avons fait une enquête avec Angelo Soares il y a trois ans au CSSS Ahuntsic–Montréal-Nord qui portait sur le climat de travail justement parce que les intervenants nous appelaient à la suite de représailles. Cette recherche expose bien toutes ces craintes. Or, grâce au fait que nous nous sommes regroupés pour échanger, tous les CSSS de Montréal vont faire la même enquête. Nous serons en mesure de dire que le portrait que nous avons du CSSS Ahuntsic–Montréal-Nord n'appartient pas qu'à ce CSSS. Il appartient maintenant à une façon d'offrir les services et à une façon de gérer les pratiques. Puis particulièrement en travail social, parce que nous sommes des intervenants sociaux qui se sont questionnés là-dessus.

**NPS** – *Avez-vous aussi pensé à vous tourner vers les différents syndicats ?*

Dans un premier temps, non. Parce qu'on ne se définit pas comme une organisation syndicale, mais comme un regroupement d'intervenants. L'objectif n'est pas d'avoir une composante syndicale, mais de revenir à la base, de revenir aux intervenants et de se questionner sur ce qui se passe et ce qu'on peut faire en regard de notre pratique d'intervention.

**NPS** – *Comment envisagez-vous le rôle du RÉCIFS dans tout cela ?*

Le RÉCIFS en est à la phase I, je te dirais. Nous voulons d'abord connaître la résonance de se regrouper puis d'avoir un nombre intéressant d'intervenants provenant de partout au Québec et non seulement de Montréal parce que c'est provincial. Certains ont proposé l'idée de créer des mini-RÉCIFS dans chaque CSSS qui permettraient aux gens de se regrouper, parler un peu de la pratique, la définir, comparer ce qui se faisait avant avec ce que nous faisons maintenant, et faire des constats. Par la suite, il faudra se demander ce que nous voulons faire avec ces constats, comment on peut les amener en dehors de nos rencontres.

On fait ça bénévolement, sur nos heures à nous, ce n'est pas sur notre temps de travail ni syndical. C'est un regroupement d'intervenants qui veulent mettre la main à la pâte et se questionner. Donc, on a lancé une page Facebook RÉCIFS<sup>4</sup>, juste pour avoir un son de cloche, voir si notre initiative n'est pas qu'un coup d'épée dans l'eau ou si nous provoquons des résonances ailleurs. En un mois, nous sommes déjà rendus à environ 250 personnes qui ont rejoint la page. On voit bien que les gens qui répondent partagent la même compréhension de la perte de sens de la pratique. Et ça, c'est sans compter tout le monde qui nous appelle pour nous demander comment se rallier au RÉCIFS autrement que par Facebook. On a une adresse courriel<sup>5</sup> maintenant. On pense donc que l'initiative du RÉCIFS a une résonance ailleurs. D'ailleurs, le Département en travail social de l'w nous a interpellés et s'est rallié au RÉCIFS. Autant les chargés de cours que les enseignants. Même chose en ce qui concerne le module de travail social de l'Université de Montréal et le Cégep du Vieux-Montréal (techniques de travail social). On a l'appui de ces trois secteurs-là pour nous aider, pour réfléchir, pour écrire s'il y avait quelque chose à dire, et pour transmettre aux étudiants l'évolution de la pratique en travail social à ce niveau.

---

4. Facebook RÉCIFS: <<http://www.facebook.com/groups/206366482732356/>>.

5. <recifs@hotmail.ca>.

Au RÉCIFS, on pense aussi à des gens qui étaient travailleurs sociaux et qui maintenant sont à la retraite. Ce sont des gens qui ont tous une expertise très intéressante relativement aux contextes de travail d'avant la réforme. Et si ces gens-là veulent se rallier, questionner et être en appui à ce qu'était la pratique avant la transformation actuelle, on aimerait bien les rejoindre aussi.