

2m 11.2832.4

Université de Montréal

L'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier:
perception et besoins

par

Isabelle Jamieson

Ecole de service social
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)

Septembre 1999

©Isabelle Jamieson, 1999



HV
13
W54
2000
N.010



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

L'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier:
perception et besoins

présenté par:

Isabelle Jamieson

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

M. Claude Larivière (président)

M. Gilles Leblanc (membre du jury)

Diane Bernier (directrice)

Mémoire accepté le: _____

16 décembre 1999

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Mme Diane Bernier, la directrice de ce mémoire, pour la patience dont elle a fait preuve à mon égard, la confiance qu'elle m'a témoignée et la richesse de ses enseignements.

Je tiens également à remercier les travailleurs sociaux qui ont participé à cette étude. Leur accueil si chaleureux, leur disponibilité et leur grande collaboration m'ont permis de m'imprégner de leur réalité, l'espace d'un moment, et de comprendre davantage leur milieu. L'élaboration de ce mémoire n'aurait pas été possible sans cette ouverture de leur part.

Je remercie également Mme Pauline Parée, à qui je dois la transcription des entrevues, et M. Ricardo Zuniga dont la rencontre fut significative pour moi, relativement à ma démarche académique.

Enfin, je tiens à remercier mes proches et mes ami(es) qui n'ont cessé de m'écouter, de me soutenir, et de m'encourager au cours de ce processus, sans oublier mon conjoint, Éric, dont la présence et les conseils judicieux furent toujours très précieux.

SOMMAIRE

Depuis le début des années 80, les différents paliers de gouvernement sabrent dans les dépenses publiques. Le secteur de la santé et des services sociaux est particulièrement touché par ces compressions et subit de profondes transformations au niveau organisationnel. Ces changements et le mode de gestion technocratique qu'il sous-tend, affectent la pratique du professionnel dans l'exercice de ses fonctions et met en danger son autonomie professionnelle. En effet, des recherches indiquent que le mode de gestion technocratique touche l'autonomie de pratique, de sorte que les intervenants ont le sentiment de manquer ou de perdre de l'autonomie. Cette situation suscite des réactions, des insatisfactions et des inquiétudes qui peuvent non seulement affecter la santé mentale des praticiens, sous forme, entre autres d'épuisement professionnel, mais aussi certaines variables en lien avec l'environnement de travail, telles que la satisfaction au travail, la motivation, l'intégration à l'organisation et la productivité, considérant le taux d'absentéisme et de roulement que cette situation génère.

Le but de cette recherche consiste à sonder les travailleurs sociaux hospitaliers sur la question de l'autonomie professionnelle. Cette étude vise plus spécifiquement à circonscrire le concept de l'autonomie professionnelle, afin de relever et de décrire la perception qu'entretiennent les travailleurs sociaux hospitaliers à l'égard de leur autonomie. L'importance qui lui est attachée sera également évaluée, et ses déterminants seront, dans la mesure du possible, identifiés.

Afin de rencontrer nos objectifs, nous avons opté pour une recherche exploratoire de type qualitatif. Au cours d'entrevues semi-structurées, nous avons rencontré dix travailleurs sociaux hospitaliers. Le codage ouvert et axial sont les deux techniques que nous avons préconisées pour analyser nos données (Strauss et Corbin, 1990), alors que nous nous sommes inspirées de leur modèle d'analyse, appelé la matrice conditionnée, pour étudier les déterminants de l'autonomie.

L'interprétation que nous faisons de la documentation sur l'autonomie nous conduit à présenter l'autonomie professionnelle selon trois dimensions: l'autonomie de gestion, l'autonomie d'action et l'autonomie de pensée et d'opinion. L'autonomie de gestion est définie par la possibilité qu'a un employé de participer aux décisions qui concernent l'organisation du travail; l'autonomie d'action fait référence au contrôle qu'exercent les employés sur leur travail, alors que l'autonomie de pensée et d'opinion réfère au pouvoir créatif et à l'initiative d'un employé.

Malgré le niveau d'abstraction du concept à l'étude, les travailleurs sociaux se sont exprimés aisément sur l'autonomie, sans présenter de difficultés particulières. La perception qu'ils ont de l'autonomie et la définition qu'ils lui attribuent correspondent surtout à la définition de l'autonomie d'action que nous proposons. Cette dimension de l'autonomie est particulièrement importante, puisqu'elle constitue à leurs yeux, le noyau de la pratique. D'ailleurs, nous obtenons un consensus à l'effet que l'autonomie d'action est celle qui contribue le plus à leur sentiment d'autonomie. Les résultats obtenus nous apprennent également que les intervenants rencontrés se sentent autonomes dans leur travail, mais précisent que cette autonomie est relative, dans la mesure où elle s'effectue à l'intérieur d'un cadre et du mandat de l'organisation. Elle est également relative, considérant que seule l'autonomie d'action leur est facilement accessible. Tous les praticiens constatent toutefois que leur autonomie est moins grande depuis quelques années, et craignent qu'elle ne diminue davantage suite à l'établissement de la gestion par programme.

La majorité des intervenants s'entendent pour dire que les déterminants organisationnels nuisent à l'autonomie, mais ne semblent pas en être affectés outre-mesure puisqu'ils développent, dans l'ensemble, une attitude qui leur permet d'intervenir de façon satisfaisante dans un contexte bureaucratique. Selon l'avis de plusieurs, les facteurs personnels et sociaux sont davantage importants, puisqu'ils constituent la base sur laquelle doivent s'appuyer les intervenants pour développer leur autonomie. L'estime de soi comme professionnel et la volonté d'implication des praticiens sont des déterminants qui ont été identifiés comme étant particulièrement importants.

De tous les déterminants organisationnels identifiés, seule la politique de la gestion par programme constitue une réelle menace à leurs yeux. La gestion par programme implique un certain nombre de conséquences dont la perte de la gestion des priorités. Cette dernière touche non seulement l'autonomie de gestion et de pensée et d'opinion, mais surtout l'autonomie d'action, la seule dont ils bénéficient davantage. Cette politique inquiète sérieusement les intervenants que nous avons rencontrés car elle détruit leur concentration disciplinaire, les éloigne de leur champ de pratique et encourage le chevauchement des professions. Elle les atteint conséquemment dans leur identité professionnelle, et affecte, par ailleurs, la reconnaissance professionnelle de leur discipline d'étude. L'impact réel de cette politique est toutefois relatif selon le style de gestion qui est exercé. Une gestion qui respecte et démontre de l'ouverture à l'égard des professionnels risque d'être moins défavorable à l'autonomie.

Cette étude donne un aperçu de l'état de la pratique sociale hospitalière en ce qui a trait à la question de l'autonomie professionnelle. Une recherche de plus grande envergure permettrait de vérifier les résultats que nous avons obtenus et d'accroître nos connaissances sur le sujet. L'impact du style de gestion sur l'autonomie est une piste de recherche intéressante, au même titre que le lien entre l'autonomie et l'estime de soi, le soutien des pairs, le leadership, la créativité et l'identité professionnelle.

Entamer des recherches sur la question, c'est rendre service aux praticiens et aux gestionnaires dans la mesure où de meilleurs services seront offerts aux clients.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	iii
SOMMAIRE.....	iv
TABLE DES MATIERES.....	vii
INTRODUCTION.....	1

CHAPITRE I CONTEXTE THÉORIQUE

1.0 La santé mentale au travail.....	3
1.1 Travail et accroissement des troubles mentaux.....	4
1.2 La santé mentale des intervenants du réseau	6
1.3 La gestion technocratique du social.....	10
1.3.1 L'évolution des services sociaux et de la pratique du social; brève présentation historique.....	11
1.3.2 La pratique technocratique du service social en contexte organisationnel au Québec.....	15
1.3.2.1 L'organisation bureaucratique et sa gestion de type technocratique.....	16
1.3.2.2 Le mode de gestion technocratique; ses composantes.....	19
1.4 Là où la technique entre en conflit avec la pratique.....	20
1.5 L'autonomie professionnelle: un espace de responsabilité professionnelle en quête de reconnaissance.....	22
1.6 Le contrôle bureaucratique mis en perspective.....	24
1.7 L'autonomie professionnelle: sa portée comme condition de pratique.....	26
1.7.1 Autonomie et épuisement professionnel.....	26

1.7.2	Autonomie, satisfaction au travail, motivation et productivité.....	29
1.7.3	L'autonomie professionnelle: présentation et définition du concept à l'étude.....	34
1.7.3.1	L'autonomie de gestion.....	34
1.7.3.2	L'autonomie d'action.....	36
1.7.3.3	L'autonomie de pensée et d'opinion.....	37
1.8	Les déterminants de l'autonomie professionnelle.....	38
1.8.1	Les déterminants personnels.....	38
1.8.2	Les déterminants sociaux.....	38
1.8.3	Les déterminants organisationnels.....	39
1.9	Présentation des questions de recherche.....	43

CHAPITRE II DESCRIPTION MÉTHODOLOGIQUE

2.0	L'objet d'étude.....	44
2.1	Les objectifs poursuivis.....	44
2.2	Le profil de la recherche.....	44
2.3	Présentation de l'échantillon à l'étude.....	45
2.4	La procédure d'échantillonnage.....	46
2.5	Présentation et description de l'outil de recherche; l'entrevue et le guide d'entretien.....	47
2.6	Le pré-test.....	47

2.7 La démarche menant à l'analyse.....	48
2.8 Les limites de l'analyse.....	52
2.9 Procédure d'analyse.....	52

CHAPITRE III ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES

3.0 L'autonomie professionnelle: la définition attribuée par les intervenants.....	56
3.1 L'importance attachée à l'autonomie et les raisons invoquées.....	59
3.2 Le sentiment d'autonomie.....	63
3.3 Les déterminants de l'autonomie professionnelle que l'on trouve au sein des équipes de travail.....	64
3.4 Identification de politiques, de règles ou d'attitudes encourageant ou non l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux hospitaliers.....	69
3.5 Sens et importance de la définition de l'autonomie proposée et raisons invoquées à l'égard de son importance.....	81
3.6 L'autonomie allouée.....	87
3.7 Les déterminants relevés.....	91
3.8 Les déterminants significatifs de l'autonomie.....	100

CHAPITRE IV
DISCUSSION DES RÉSULTATS

4.1 La définition attribuée à l'autonomie professionnelle et l'importance qui lui est attachée.....	103
4.2 L'autonomie allouée.....	106
4.3 Les déterminants de l'autonomie.....	108
CONCLUSION.....	122
BIBLIOGRAPHIE.....	126
ANNEXES.....	xi

INTRODUCTION

La réforme de la santé soulève des changements organisationnels importants qui se traduisent par une rationalisation généralisée des effectifs et des ressources. Selon la littérature, ces changements, et le mode de gestion qui les sous-tend, affectent la pratique professionnelle des travailleurs sociaux hospitaliers. L'intervention par programme, l'utilisation importante d'outils spécialisés et standardisés (ex. le P.I.E.), l'évaluation de l'efficacité et de la productivité par l'établissement d'objectifs quantifiables, le développement du partenariat (entre les intervenants et les ressources du milieu), et le recours au travail en équipe multidisciplinaire, sont quelques-uns des éléments qui touchent la pratique dans son essence même.

Ces transformations affectent également l'autonomie de pratique des intervenants. En effet, les écrits sur le sujet révèlent que les travailleurs sociaux éprouvent un sentiment de manque ou de perte à l'égard de leur autonomie professionnelle (Laforest et Redjeb, 1991, Larivière, 1995 dans Bernier et Larivière, 1997). Cette situation engendre des réactions qui peuvent non seulement affecter la santé mentale des intervenants, mais aussi certaines variables en lien avec l'environnement de travail, telles que: la satisfaction au travail, la motivation, l'intégration à l'organisation et la productivité.

Compte tenu d'un contexte où l'identité et la reconnaissance de la profession du service social sont questionnées, la présente étude vise donc à circonscrire le concept de l'autonomie professionnelle afin de relever et de décrire la perception qu'entretiennent les travailleurs sociaux du milieu hospitalier à l'égard de leur autonomie. L'importance qui lui est attachée sera évaluée, et ses déterminants seront, dans la mesure du possible, identifiés.

Afin de rencontrer nos objectifs, nous avons divisé le mémoire en quatre chapitres. Le premier chapitre présente l'ensemble de la problématique. Il est subdivisé en quatre sections distinctes. La première section expose brièvement la question de la santé mentale au travail. Elle met l'accent sur la santé mentale des intervenants qui oeuvrent dans le réseau de la santé, ici, au

Québec. Ce survol situe l'autonomie professionnelle par rapport à l'ensemble de la problématique. Ensuite, afin de cerner l'impact potentiel du milieu de travail sur l'autonomie professionnelle, la deuxième section introduit un type de gestion qui, par son exercice, est susceptible d'affecter la pratique professionnelle du travail social dans les hôpitaux. La troisième section présente, quant à elle, l'autonomie professionnelle telle qu'elle a été définie dans la littérature, et fait état des conséquences que génèrent une perte ou un manque d'autonomie, sur la santé mentale et sur certaines variables en lien avec l'environnement de travail. Enfin, la dernière section propose des facteurs dont l'autonomie est tributaire.

Le deuxième chapitre décrit la démarche méthodologique qui a été utilisée, ainsi que la procédure d'analyse qui a été effectuée. Le chapitre subséquent expose, quant à lui, les données obtenues, alors que le dernier chapitre présente une synthèse explicative des informations recueillies, tout en prenant bien soin de faire le lien avec la littérature.

CHAPITRE 1

CONTEXTE THÉORIQUE

1.0 La santé mentale au travail

En guise d'entrée en matière, nous proposons une brève mise en contexte qui vise essentiellement à nous familiariser avec la problématique dans son ensemble et qui justifie, jusqu'à un certain point, l'intérêt porté à notre sujet d'étude.

La première section du contexte théorique présente avec quelques chiffres à l'appui, l'état de la santé mentale de la population en Occident. Ensuite, elle présente le lien potentiel établi par certains chercheurs entre le travail et l'accroissement des troubles mentaux, et expose les troubles mentaux qui sont les plus fréquents, particulièrement ceux rencontrés par les intervenants qui oeuvrent dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec. De plus, elle décrit brièvement les conséquences que cette baisse de santé mentale génère dans le milieu de travail, et finalement suggère quelques éléments de l'environnement de travail qui seraient susceptibles, selon certains chercheurs, de contribuer au développement de troubles mentaux.

Dans les pays occidentaux, les problèmes de santé mentale sont en hausse depuis plus de quinze ans. Ils constituent l'une des principales causes de morbidité de la population (Vézina, 1996). Au Québec, en dix ans, soit de 1977 à 1987, la proportion d'individus atteints d'un trouble de santé mentale a doublé: une personne sur quatre à une personne sur six présente un problème de santé mentale, soit une prévalence annuelle variant de 15 à 25% (Santé Québec, 1988).

Les conséquences de cette morbidité se remarquent au niveau de la capacité de travail des individus (Vézina, 1996). Les troubles mentaux constituent, en effet, l'une des principales raisons invoquées, pour justifier les absences prolongées au travail. Selon Crespy (Crespy, 1984 dans Carpentier-Roy, 1992), «le milieu de travail constitue un des lieux les plus propices à l'apparition et au développement de pathologies psychologiques, du

fait même de la contrainte qu'il représente pour l'homme en tant qu'être social». Dejours soutient quant à lui, que le travail peut donner lieu à une forme d'usure mentale. Ainsi, «l'organisation scientifique du travail et sa rationalité productiviste sont pointées comme étant le noeud des enjeux pour la santé mentale des travailleurs» (Carpentier-Roy, 1992).

Contrairement à ce qui précède, les travaux de Sivadon et Amiel (Sivadon et Amiel, 1969 dans Carpentier-Roy, 1992) présentent, quant à eux, «le travail comme un facteur important de socialisation et de réinsertion sociale». Selon ces auteurs, le travail est un outil thérapeutique dont les aspects structurants favorisent l'équilibre psychique. Pour Lesage (1996), il représente bien davantage: selon l'auteur, l'équilibre mental au travail est pratiquement synonyme d'équilibre mental en général, car le travail constitue la principale source de socialisation dans un contexte où la famille nucléaire se fragmente et la famille élargie se disperse.

Les conséquences de la recrudescence des problèmes de santé mentale en milieu de travail se traduisent par des coûts sociaux importants et témoignent de l'ampleur du problème. Il en coûte 200 milliards de dollars par année aux États-Unis pour les problèmes de stress liés au travail et ces dépenses constituent 10% du PNB en Grande-Bretagne (Carpentier-Roy, 1995). Au Québec, on estime que l'absentéisme au travail pour des cas de stress ou d'épuisement professionnel, représente 145 millions de dollars de dépenses pour nos entreprises (Baril, 1995). Dans son rapport annuel de 1993, le Bureau International du Travail (BIT) constate que l'augmentation des «problèmes d'équilibre psychologique reliés au travail n'est pas une fiction...[et affirme qu'il constitue] l'un des graves problèmes de santé de notre temps» (Carpentier-Roy, 1995).

1.1 Travail et accroissement des troubles mentaux

Il est difficile de déterminer avec certitude la part de responsabilités du travail relativement au développement de problèmes de santé mentale dans la population. Les facteurs en cause sont nombreux et complexes (Vézina, 1996). Karasek et Theorell (1990) pensent que plus du tiers des problèmes de santé mentale rencontrés dans la population serait attribuable au milieu de travail.

Cette prise de position s'appuie sur des études qui ont démontré que certains types de travail augmenteraient le risque de développer des problèmes de santé mentale. Au Québec, par exemple, l'enquête de Santé Québec de 1987 (Vézina, 1996), constate que les employés qui sont situés au bas de la hiérarchie et qui possèdent peu de liberté décisionnelle, tels que les «cols bleus», les employés de service, et ceux en relation avec une clientèle, sont plus enclins à développer un trouble mental.

Certaines caractéristiques de l'organisation ou de l'environnement de travail peuvent également contribuer à augmenter le risque pathogène. Les études de Karasek démontrent «qu'une organisation qui se caractérise par une demande excessive de travail, accompagnée de peu d'autonomie ou de soutien social, est liée à un risque accru de maladies cardio-vasculaires et de problèmes de santé mentale» (Karasek et Theorell, 1990). Pour Karasek, le manque d'autonomie au travail induit chez le travailleur une insatisfaction qui, selon certaines circonstances, peut générer des problèmes de santé (Karasek, 1981 dans Bibeau, 1985). L'autonomie à laquelle fait référence Karasek est celle qui permet aux employés d'exercer un contrôle sur leur travail et qui leur donne la possibilité de faire appel à leurs habiletés ou d'en développer de nouvelles.

Plusieurs autres indicateurs nous permettent de dénoter l'importance du travail dans l'élaboration des troubles mentaux. Comme nous l'avons vu plus tôt, les problèmes mentaux justifiant les absences prolongées sont souvent évoqués. Les absences de plus de six mois pour des problèmes de dépression et d'anxiété, indiquent une augmentation de l'ordre de 6,6% à 11,6% de 1993 à 1994, selon certaines compagnies d'assurance (Fontaine, 1995). Pour des invalidités de longue durée liées à des troubles psychiatriques, on présente cette fois des hausses de 37% et de 46% entre 1989 et 1993 (Fontaine 1995).

Enfin, pour les pays qui acceptent d'indemniser dans les cas de stress liés au travail - par exemple, l'Australie et certains États américains - , on constate qu'il y a de deux à trois fois plus de réclamations au cours de la dernière décennie (Vézina, 1996).

L'identification de certains types d'emplois, l'analyse de certaines caractéristiques organisationnelles, et les enquêtes ayant contribué à nous faire part de ces données, nous permettent d'identifier le travail comme un déterminant important de la santé mentale qu'il importe de considérer et d'explorer davantage.

1.2 La santé mentale des intervenants du réseau

Selon le National Institute for Occupational Safety and Health, «15 des 27 professions qui présentent les plus fortes incidences de problèmes de santé mentale s'exercent principalement dans le cadre des hôpitaux» (Bibeau, 1985). Plus près de nous au Québec, le Comité de la Santé Mentale (CSMQ, 1992) a estimé que l'épuisement professionnel, en particulier, comme trouble de santé mentale, affecte de 10 à 15% des professionnels qui oeuvrent dans le secteur de la santé et des services sociaux, comparativement à 5% dans la population en général. Puisque ces professionnels sont surtout des femmes, elles sont davantage affectées par le syndrome d'épuisement que les hommes. De plus, il semblerait que les travailleurs sociaux sont plus susceptibles que leurs collègues des autres disciplines de présenter des traits dépressifs en lien avec leur travail (Derogatis, 1987 dans Dubois, 1995).

La transformation du réseau introduite par la Réforme Côté en 1991, suscite une rationalisation et un réaménagement des services qui se traduit par une baisse des effectifs et des ressources. Les changements soulevés par cette réorganisation entraînent une augmentation de la tâche et de la cadence de travail. La surcharge physique et mentale qui en résulte se traduit à son tour par une hausse des cas de stress et d'épuisement professionnel (Brunet, dans Baril, 1995). Selon Lesage (1996), un employé est surchargé «physiquement» lorsqu'il accomplit un nombre élevé de tâches avec peu de moyens et dans un délai restreint. Il est également surchargé «moralement» quand la difficulté et la complexité imposées par la tâche vont au-delà de ses compétences. Ce surmenage accroît le taux d'absentéisme au travail et représente une baisse de productivité pour l'institution (Baril, 1995). C'est d'ailleurs ce que constate — du moins, en ce qui concerne l'absentéisme — un récent sondage effectué auprès des directeurs des ressources humaines d'établissements membres de l'Association des hôpitaux du Québec. Celui-ci nous apprend que 41% des

gestionnaires interrogés ont remarqué une augmentation du nombre d'heures d'absence-maladie et plus précisément un déplacement, dans 55% des cas, des motifs d'absence-maladie, vers des problèmes liés à la santé mentale (ex.: dépression, épuisement professionnel, problèmes de stress, etc.), chez leurs employés (Marcil, 1997). Selon 58% des gestionnaires, la réorganisation du réseau a engendré cette situation. Pour la majorité d'entre eux (56%), l'absentéisme, pour des problèmes de santé mentale, risque de s'accroître, malgré les moyens déjà mis en place pour les contrer, tels que les programmes d'aide aux employés (Dongois, 1997). Ce sondage informel, exclusivement basé sur les perceptions des gestionnaires, illustre bien la tendance observée dans les milieux de travail en ce qui a trait à la détérioration de la santé mentale des employés. Ces perceptions doivent toutefois être vérifiées ultérieurement.

Ces propos sont corroborés en partie par les praticiens qui interviennent au sein de ces programmes, dans la mesure où ces derniers remarquent une augmentation des problèmes liés au travail comme motif de consultation. Bien placés pour sentir le vent de changement qui touche le milieu, et son effet sur les employés, ils élaborent des activités préventives sur l'adaptation au changement que soulève cette réorganisation (Bernier et Larivière, 1996).

Ce type d'intervention est essentiel car, pour plusieurs praticiens, le changement représente une source de stress importante. C'est du moins ce que révèle une enquête réalisée par Bernier et Larivière (1996). Cette enquête a été effectuée auprès de travailleurs sociaux, détenant «un poste de praticien dans les Centres hospitaliers, les Centres jeunesse et les Centres locaux de services communautaires, soit les trois secteurs les plus touchés par la réforme» (Bernier et Larivière, 1996). Les résultats de l'enquête démontrent que les changements liés à certaines dimensions de l'activité professionnelle sont stressants, pour beaucoup de travailleurs sociaux, particulièrement pour ceux qui oeuvrent dans le secteur hospitalier. Les dimensions les plus affectées par le changement et qui présentent un haut niveau de stress, sont: le cheminement de carrière, l'identité professionnelle et, dans une moindre mesure, le contexte de travail.

Le changement induit par la réforme représente une source de stress pour le praticien relativement à son cheminement professionnel, à partir du moment où la mobilité imposée nuit à son plan de carrière, car elle ne va pas dans le sens de ses aspirations professionnelles. Dans le même ordre d'idées, la perte de la double mobilité est susceptible d'avoir le même effet. La double mobilité, c'est cette capacité qu'avaient les praticiens, à l'époque des CSS, de changer de secteur d'activité (ex.: passer du service social hospitalier au service social en CLSC).

L'isolement que suscite le travail en équipe multidisciplinaire et la compétition que soulève le rapprochement des autres professions, ne favorisent pas le renforcement de l'identité professionnelle (Bernier et Larivière, 1996). Cette nouvelle réalité génère du stress chez certains praticiens.

Enfin, «parmi les difficultés qui sont liées au contexte de travail, c'est surtout le style de gestion qui pose problème» (Bernier et Larivière, 1996). En effet, le style de gestion semble les insatisfaire. À cet égard, les intervenants notent que leurs valeurs sont en conflit avec celles de l'organisation, constatent la mauvaise transmission des informations et dénoncent le travail en équipe qui s'avère tout à fait insatisfaisant.

Bernier et Larivière (1996) évaluent également l'effet négatif du changement, par la mesure de la détresse psychologique. Cette mesure fut utilisée à deux reprises, pour l'enquête de Santé Québec, en 1988, ainsi qu'en 1992. «Les réponses à ce test indiquent un niveau de détresse psychologique plus élevé dans l'échantillon que dans la population générale du Québec» (Bernier et Larivière, 1996). Ainsi, 45,6% des travailleurs sociaux de l'échantillon présentent un niveau élevé de détresse psychologique. Toutefois, les travailleurs sociaux hospitaliers obtiennent le score moyen le moins élevé comparativement à leurs homologues, soit 23,93%. Le score le plus élevé est obtenu par les travailleurs sociaux des Centres jeunesse (32,92%). Ce résultat s'explique par le fait qu'au moment de l'enquête, plusieurs changements n'étaient pas complétés et présentaient plus «d'inconnus» et d'incertitudes.

Avec de telles données, on peut présumer que plusieurs travailleurs sociaux «souffrent d'une détresse pour laquelle une aide professionnelle est requise. Dans cette perspective [Bernier et Larivière], recommandent le maintien des P.A.E. et même leur enrichissement » (Bernier et Larivière, 1996).

En terminant, ajoutons que, selon certains analystes (Lamontagne, dans Dongois, 1997; Brunet dans Baril, 1995), la charge excessive de travail générée par les restrictions budgétaires de l'État pave la voie au développement de troubles mentaux, tel que l'épuisement professionnel.

Toutefois, une forte demande au travail ne nuit pas nécessairement à la santé d'un individu. Pour Lesage (1996), elle est nuisible dans la mesure où l'organisation ne respecte pas certaines limites et qu'elle n'accorde pas une certaine autonomie décisionnelle et du soutien social à son employé.

«C'est rarement la charge physique de travail qui affecte la santé psychologique ou mentale [...]. Est plutôt en cause ce qui donne sens au travail: la reconnaissance, l'autonomie, et le pouvoir sur son propre emploi. Le défaut de l'un ou de l'autre entraîne un sentiment d'impuissance et d'insatisfaction ainsi qu'un certain désinvestissement au travail» (Carpentier-Roy, 1997 dans: Dongois, 1997, p.12).

En résumé, nous pouvons affirmer que l'accroissement des troubles mentaux constaté dans les pays occidentaux se traduit par une hausse de l'absentéisme au travail et génère des coûts sociaux importants, autant pour la petite entreprise que pour les gouvernements. Les organisations qui relèvent du Ministère de la Santé et des Services sociaux au Québec, n'échappent pas à cette réalité. Comme nous l'avons vu, la Réforme Côté introduite au début des années 1990, engendre une baisse des effectifs et des ressources, et soulève une augmentation de la charge de travail. Pour les intervenants, une surcharge physique et psychologique en découle, ce qui peut éventuellement induire des problèmes de santé mentale.

Toutefois, comme nous venons de le voir, ce n'est pas nécessairement la demande excessive de travail qui suscite ce type de problèmes, mais bien la perte d'autonomie professionnelle. Compte tenu que l'autonomie professionnelle constitue l'une des conditions concrètes d'exercice de la

profession, et l'une des dimensions par laquelle une profession se définit et s'identifie, il importe que celle-ci soit préservée afin que le travail social hospitalier soit considéré et reconnu dans sa spécificité. Considérant que l'un des buts de cette recherche consiste à évaluer l'importance attribuée à l'autonomie perçue, on doit, dans un premier temps, analyser le type de gestion adopté dans le milieu hospitalier afin de déterminer, dans un deuxième temps, la place qui lui est réellement accordée, étant donné la relation qui «unit» les gestionnaires et les intervenants psycho-sociaux. C'est ce que tentera d'expliquer la prochaine section.

1.3 La gestion technocratique du social

La description adéquate de l'état de la pratique du social dans le réseau de la santé et l'analyse de ses répercussions sur l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux, ne peut se faire, selon nous, sans une présentation préalable du type de gestion qui est exercé dans les établissements de santé, compte tenu de l'impact que ce dernier peut avoir sur les pratiques professionnelles. Nous reviendrons sur ce point un peu plus loin. Toutefois, la documentation en gestion nous apprend, qu'il n'y a pas un, mais plusieurs modèles de gestion qui ont été proposés.

Parmi eux, notre choix s'est arrêté sur le mode de gestion technocratique (ou techno-bureaucratique) car c'est celui qui, selon nous, décrit avec le plus de justesse, le fonctionnement administratif de ce type d'organisation. De plus, ce mode de gestion est pratiqué surtout dans les organisations de grande taille, tels que les hôpitaux (Larivière, 1994). Enfin, «dans le domaine des services sociaux [...], plusieurs auteurs ont signalé l'impact négatif d'un tel mode de gestion sur les pratiques professionnelles» (Larivière, 1994).

Afin de bien comprendre l'état de la pratique du social, commençons par saisir son évolution et le cadre organisationnel mouvant dans lequel il a évolué, au cours des dernières décennies.

1.3.1 L'évolution des services sociaux et de la pratique du social; brève présentation historique

Vers la fin des années 1950, le système des services sociaux au Québec est appuyé et financé en partie par des organismes de charité et un vaste réseau d'agences diocésaines. Leurs dépenses sont assurées par l'État qui couvre plus de 80% de leur budget. Ils exercent leurs fonctions dans une grande liberté d'action. L'État intervient sporadiquement uniquement pour exercer des contrôles d'ordre administratif. Son rôle est avant tout supplétif et subsidiaire.

Toutefois, l'industrialisation et l'urbanisation que suscitent la crise des années trente et la seconde guerre mondiale, provoquent une augmentation des problèmes sociaux et une diversité de ceux-ci. Cette situation entraîne, à la longue, une hausse dans les dépenses des agences de service social. L'État décide de rationaliser et préconise désormais un partage de responsabilités entre le secteur privé et le secteur public, de même qu'une planification et une meilleure gestion des ressources.

«L'évolution du service social au cours de cette période [années 1960-1970] se caractérise ainsi par le passage d'une logique religieuse à une rationalité étatique» (Mayer, 1994). Cette période de profondes transformations est marquée en 1966, par la création, par le gouvernement québécois, de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu). Cette réforme «participe d'un idéal de développement où la modernisation fait office d'enjeu majeur» (Laforest, 1985). Il importe de moderniser les services sociaux au Québec afin que le réseau rencontre adéquatement les problèmes sociaux auxquels ils sont confrontés. Le gouvernement ne peut rester indifférent à l'évolution globale de la société québécoise.

«L'importance des fonctions que l'État doit assumer dans les domaines sociaux et économiques rend nécessaires une définition et une orientation nouvelle du rôle des organismes et des individus oeuvrant dans les domaines de la santé et du bien-être social ... [et] le droit aux services sociaux ne se développe pas avec des sentiments philanthropiques. Il exige que l'on évalue rationnellement les besoins

et que l'on fixe des objectifs» (Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social; C.E.S.B.E.S, 1967, dans Laforest, 1985, p. 78).

La commission suggère donc l'adoption d'une série de réformes du secteur des services socio-sanitaires. En quelques années (1966-1972), toute la législation du secteur est révisée pour laisser la place à une politique socio-sanitaire rationalisée et planifiée. Les structures sont modifiées. Elles sont désormais à la hauteur du rôle omniprésent que l'État entend jouer. En tant qu'agent de développement, «il est clairement affirmé que l'État devient alors un des acteurs principaux dans la solution des problèmes sociaux» (Mayer, 1994). Son action s'inspire d'une des règles de l'économie: «assurer une production maximale à partir d'un effort minimal, telle est l'intention opérationnelle d'un modèle des services sociaux axé sur la rationalité et l'efficacité organisationnelle» (Home, Laforest et Tremblay, 1980).

C'est donc au cours des années 1970 que la population du Québec assiste à la mise sur pied d'organismes parapublics, locaux ou régionaux, tels que: les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS), les centres de services sociaux (CSS), les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les départements de santé communautaire (DSC). Tous relèvent du ministère des Affaires sociales (le MAS), récemment créé. Cette restructuration favorise l'essor d'une bureaucratie étatique. Elle permet au gouvernement d'établir lui-même ses priorités d'action, et de services, de définir lui-même les problèmes, de détenir les ressources budgétaires et autres, et enfin d'assurer un plus grand contrôle des pratiques sociales.

Toutefois, la crise économique des années 1980 affecte les finances publiques. L'État-providence est remis en question, de même que le système bureaucratique et technocratique qui le soutient. Il est lourd, fonctionne mal et coûte cher (Mayer, 1994). Afin de réorganiser adéquatement le système administratif, la Commission Rochon dont le rapport est déposé en février 1988, suggère de compter davantage sur les dynamismes régionaux et leurs différentes ressources communautaires. Les mesures législatives adoptées en chambre redéfinissent, quant à elles, l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux et font en sorte de diminuer le rôle de l'État. La plupart de ces lois et de ces politiques visent les populations vulnérables, telles que: les

jeunes, avec l'adoption de la loi sur les jeunes contrevenants (1984); les femmes, avec la divulgation d'une politique d'aide pour les femmes violentées (1985); les personnes âgées avec la mise sur pied d'une politique de maintien à domicile (1985); les familles monoparentales, avec l'établissement de la réforme de l'aide sociale (1988); et les travailleurs, avec l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance-chômage (1989).

Désormais, l'essentiel pour le gouvernement, consiste à intervenir auprès de populations à risque et à encourager le support en milieu naturel, afin de réduire les dépenses sociales au niveau le plus bas. «La perspective préventive est délaissée au profit d'un objectif de prévention sociale, pour lequel les CLSC ont un rôle déterminant à jouer» (Mayer, 1994).

La réforme présentée par le ministre Marc-Yvan Côté au début des années 1990, est le résultat d'études effectuées depuis déjà plusieurs années, dont la Commission Rochon. Cette réforme vise essentiellement à augmenter l'efficacité du réseau. Afin de réduire les coûts, elle envisage de «modifier la dynamique même du système et de l'orienter vers la solution des problèmes à résoudre» (Mayer, 1994). Ambitieuse, elle aborde la question de la régionalisation des services; elle vise une concertation plus grande des intervenants, propose des changements dans l'accès et la vocation des services et désire revaloriser les usagers (Bernier et Larivière, 1996). Pour ce faire, elle se traduit, entre autres, par le désir exprimé par les instances gouvernementales de décentraliser les services. «L'allégement» des structures administratives est donc, une fois de plus, préconisé. Les changements structureaux qu'elle soulève sont aussi importants que ceux mis sur pied par la réforme Castonguay-Nepveu.

La décentralisation des services est une initiative qui, à l'époque, est approuvée par presque tous les acteurs du réseau, dont les intervenants. Presque tous, car elle soulève des réactions mitigées. En effet, la décentralisation des services implique, dans un premier temps, un allégement des structures bureaucratiques et technocratiques qui soutiennent les services, ce qu'appuient les intervenants. Par contre, cette décentralisation n'implique pas nécessairement une décentralisation des décisions. Ce type de décentralisation est réclamé par les intervenants afin que les priorités et les

programmes soient choisis et établis avec plus de pertinence et de démocratie, de concert avec les intervenants concernés. Or, il apparaît que la décentralisation proposée est beaucoup plus d'ordre administratif que décisionnel. Selon Mayer (1994):

«Bien sûr, des lieux d'échange sont prévus, autant au sein des conseils d'administration des établissements locaux que dans les régies régionales, [mais il appert que] ces organismes publics ne sont là que pour gérer les orientations, les priorités, programmes et budgets définis non pas au niveau local ou régional mais au niveau ministériel» (Mayer, 1994, p. 1029).

Pour Groulx (1988, dans Mayer, 1994), cette façon de faire n'est en fait qu'une stratégie qui permet à l'État de «se décharger de l'inflation des dépenses sociales et faire retomber la gestion de la crise sur le local», tout en gardant certains de ses pouvoirs et de ses moyens.

Ce bref retour sur l'évolution des services sociaux et sa pratique, nous permet de constater que plusieurs réformes se sont succédées à un rythme rapide, occasionnant ainsi des changements au niveau de la structure de fonctionnement, du processus décisionnel, et sur le plan idéologique. Jadis «endossée» par les agences diocésaines, la pratique des services sociaux est passée d'une approche empreinte de charité chrétienne à une approche technocratique, puisque prise en charge par un système étatique fortement bureaucraté, hiérarchisé, et spécialisé. La prospérité économique de l'après-guerre rend possible la mise sur pied de l'État-providence et se traduit par une intervention croissante de l'État dans la gestion des affaires économiques et sociales. Le gouvernement adopte un discours humaniste sur l'analyse des problèmes sociaux et leur prise en charge, auquel la population et les intervenants adhèrent. Toutefois, le changement d'orientation qui s'opère au tournant des années 1980, affecte la pratique professionnelle du social dans son essence même.

«Si, avant la réforme des années 1970, ces derniers [les intervenants] avaient l'impression que la pratique professionnelle déterminait, du moins en partie, la structure professionnelle de distribution des services, ils ont maintenant le sentiment que nous sommes présentement rendus à la situation inverse, à savoir que désormais c'est la structure organisationnelle qui détermine pour une bonne part la pratique professionnelle» (Mayer, 1994, p.1030).

Il appert que les réformes qui ont eu cours jusqu'à maintenant, ont pavé la voie à des changements administratifs et quelques transferts de responsabilités. C'est surtout le gouvernement qui détient le pouvoir décisionnel et budgétaire. Une vraie réforme ne peut se limiter à des modifications structurelles sans interroger, remettre en question et renouveler au besoin les pratiques sociales qui s'y rattachent. Surtout, elle ne peut s'opérer sans une collaboration étroite avec les intervenants employés du réseau des services de santé et services sociaux du Québec, ce qui, selon Mayer (1994), ne semble pas être le cas.

1.3.2 La pratique technocratique du service social en contexte organisationnel au Québec

Le mode de gestion technocratique adopté par le gouvernement depuis le début des années 1970, «altère» les pratiques professionnelles du travail social, des services publics et institutionnels au Québec. La logique de ce modèle de gestion induit une centralisation des décisions qui éloigne les praticiens des centres de décisions et les relègue à l'application de lois sociales prédéterminées, entretenant ainsi une forme de «dépendance à l'égard d'une technostructure d'État» (Rinfret-Raynor, 1982).

Afin de bien saisir l'impact que produit ce mode de gestion sur les pratiques professionnelles, il importe d'abord de présenter brièvement la structure de fonctionnement qui chapeaute l'organisation des services de la santé et des services sociaux. Une mise en garde s'impose toutefois: la documentation sur le sujet est parfois abstraite, mais nous l'avons conservée, car nous jugeons qu'elle permet de comprendre le fonctionnement général de certaines organisations du réseau de la santé et les rapports qu'il sous-tend. Cette section doit être abordée par le lecteur comme une simple mise en contexte puisqu'elle ne constitue pas le cœur de l'étude.

1.3.2.1 L'organisation bureaucratique et sa gestion de type technocratique

La structure d'organisation de travail dont s'est doté le secteur de la santé et des services sociaux au Québec, est de nature bureaucratique. Par son mode de fonctionnement pyramidal, la structure bureaucratique contrôle et coordonne le travail dans son ensemble. Chaque niveau organisationnel soutient une fonction et a un rôle spécifique à jouer. Chaque niveau est lié à un autre plus élevé, dont le pouvoir et l'autorité sont toujours plus grands, par rapport au niveau précédent. Chacun de ces paliers est entre les mains d'un gestionnaire qui supervise le travail des employés. En tant que responsable, il certifie que le travail accompli respecte les règles et les procédures de l'institution et suit les normes bureaucratiques. Ainsi, l'efficacité de l'organisation est assurée.

L'employé qui travaille dans une organisation bureaucratique doit donc se conformer aux politiques de l'établissement. Chacune de ses tâches rencontre des standards de qualité et est organisée de manière à respecter les règles et les méthodes préconisées par l'institution. Ce sont ces politiques et méthodes de travail qui assurent la rationalisation de l'organisation.

Ce modèle organisationnel, au plan de l'organisation du travail, est le mode de fonctionnement adopté normalement par le secteur industriel. Sa logique administrative s'appuie sur la division du travail. Dans ce contexte, l'organisation du travail introduit une division sociale entre des concepteurs de tâches et des directeurs, ou gestionnaires, qui voient à l'exécution de celles-ci.

Alors que le secteur industriel s'appuie sur un «ensemble d'unités uniformes qui s'articulent parfaitement les unes aux autres pour fournir un tout uniforme» (Rinfret-Raynor, 1982), le secteur de la santé et des services sociaux s'appuie quant à lui sur une panoplie d'acteurs qui se réfèrent à des champs de compétence, de responsabilités et d'action fort différents les uns des autres, rendant ainsi difficile l'intégration du modèle bureaucratique à la réalité de ce milieu de travail.

A titre d'acteurs on retrouve d'abord, des administrateurs qui, ayant été nommés ou élus, siègent sur des conseils d'administration d'établissements de santé. Ces organes-directeurs définissent et établissent des politiques qui visent à «orienter et coordonner l'action des services [de leur organisation] et à décider du mode d'intervention (type de services) qui répondra le mieux à une situation objective déterminée» (Renaud, 1978 dans Home et al., 1980).

Derrière le conseil d'administration de l'organisation, il y a la technocratie. La technocratie est composée d'experts, de spécialistes, de conseillers, de gestionnaires et de directeurs. Elle «représente le haut personnel qui occupe les postes de dirigeants de l'État et des entreprises privées ou publiques...» (Redjeb, 1991). Lorsque les politiques gouvernementales sont clairement établies et adoptées, les technocrates déterminent l'orientation de celles-ci. Compte tenu que les décisions administratives ont été prises bien souvent à la lumière de leurs décisions ou selon les recommandations de ce personnel-cadre, cette position leur confère un pouvoir indéniable et un rôle politique prédominant en ce qui a trait à l'application des politiques sociales.

Bien sûr, il y a aussi les gestionnaires, les «petits», ceux à qui les employés, notamment les travailleurs sociaux, «rendent des comptes». Le gestionnaire agit à titre d'intermédiaire entre les organes-directeurs et la technocratie, dont il est le représentant direct, et les exécutants, les intervenants psychosociaux. C'est le gestionnaire qui coordonne et contrôle le travail des intervenants afin qu'il s'inscrive dans le sens des politiques institutionnelles. Cette responsabilité se justifie également par le besoin impératif de rationalisation auquel sont soumises les institutions pourvoyeuses de services.

La gestion est le fondement même d'une organisation de type bureaucratique. Le rôle du gestionnaire, du chef de service par exemple, est d'induire une logique rationnelle au travail des intervenants. «Le travail des praticiens, c'est-à-dire ses subordonnés, est évalué en terme d'efficacité administrative» (Rinfret-Raynor, 1982). L'utilisation du temps de travail, l'ampleur de la charge de cas, le nombre de dossiers ouverts ou fermés, sont donc quelques-uns des moyens utilisés par les instances administratives pour

évaluer l'efficacité et la productivité des employés et de l'organisation dans son ensemble.

Les derniers acteurs - mais non les moindres - sont les intervenants qui oeuvrent dans ce secteur d'activités. La formation en service social et le développement de la pratique, permettent au travailleur social de jouir d'une pratique autonome. À la lumière des demandes et des besoins exprimés par le client, c'est au praticien que revient la tâche d'évaluer la situation de ce dernier, de poser un diagnostic, d'établir un plan d'intervention et de choisir un mode d'intervention approprié. «Ces différentes étapes du processus de l'intervention centrent le travail [de l'intervenant] sur le client et les besoins du client uniquement» (Rinfret-Raynor, 1982). L'efficacité de l'intervention se traduit, quant à elle, par l'amélioration du fonctionnement psycho-social de l'individu, et non en fonction de critères objectifs mesurables, comme le prétend l'approche technocratique du social. «... Le succès est déterminé par l'acquisition d'une compétence reconnue dans un champ particulier d'expertise de même que par le cheminement individuel des clients» (Rinfret-Raynor, 1982).

«Toute action qui éloigne le travailleur social de sa raison d'être, c'est-à-dire l'intervention auprès du client, est perçue comme étant une interférence à son travail» (Rinfret-Raynor, 1982). En tant que professionnel, il a la responsabilité d'établir les modalités de l'intervention et d'être présent à chacun des niveaux de celle-ci. De plus, le caractère spécifique et confidentiel de toute intervention ne permet pas nécessairement aux gestionnaires d'évaluer et de juger de certaines dimensions de la qualité d'une intervention. En effet, le travailleur social est de plus en plus évalué et contrôlé par des supérieurs qui souvent n'appartiennent pas à la même discipline d'étude. Ils n'ont donc pas les mêmes critères et repères évaluatifs que les professionnels. Cette conception de l'intervention va à l'encontre du fonctionnement technocratique. À partir du moment où la logique technocratique réduit l'acte professionnel en un acte organisationnel, et qu'elle s'introduit dans son champ de compétence, la logique professionnelle entre indéniablement en conflit avec la logique administrative technocratique.

1.3.2.2 Le mode de gestion technocratique; ses composantes

La mesure du social

Le mode de gestion technocratique s'appuie sur une logique rationnelle selon laquelle la connaissance s'affirme lorsque les données à l'étude sont mesurables et quantifiables. Le social est ainsi interrogé, mesuré par des outils spécialisés et standardisés, alors que la réalité du vécu social du client au quotidien est objectivé.

L'intervention par programme

Lorsque les besoins sont clairement identifiés, la problématique élaborée, les objectifs définis, et les priorités d'action et de service établis en fonction des politiques gouvernementales, la structure technocratique se met en branle afin de trouver et d'adopter les moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs qui ont été fixés, et ce, au moindre coût. C'est alors qu'intervient l'intervention par programme. Elle réfère à un ensemble de procédures et d'opérations ayant cours dans un cadre de travail, qu'il importe de mettre en application afin d'atteindre l'efficacité recherchée. Elle est opérationnelle dans la mesure où «elle repose d'une part sur la planification, la prévision, la prospective, et d'autre part, sur l'uniformisation, et la standardisation des services» (Home et al.,1980). Suite à l'établissement du programme d'intervention préconisé par les technocrates mandatés, le mode d'intervention (type de services) le mieux adapté est choisi par ces derniers. Enfin, ce sont les technocrates qui, une fois de plus, déterminent les tâches qui incomberont aux intervenants afin que soit assurés les services issus des dits programmes. Les praticiens n'interviennent donc que «sous l'égide d'un programme qui génère, organise et uniformise le sens de l'intervention» (Laforest, 1985), les confinant ainsi à un simple rôle d'exécutants. En réduisant la pratique du service social à l'application d'un ensemble de techniques et de procédures, les concepteurs se donnent le pouvoir d'analyser les problématiques sociales et les perspectives d'action à leur façon, de même que les modalités et les techniques d'intervention. Ils choisissent leurs procédés d'analyse et s'assurent ainsi le contrôle sur l'analyse (Laforest, 1985).

Le mode de gestion technocratique et la logique administrative qu'il sous-tend, favorisent l'instauration d'une vision, chez certains auteurs (Renaud, 1996; Freitag, 1995), d'une instrumentalisation de l'existence personnelle et sociale. L'organisation du système social constitue désormais un système de gestion qui se veut efficace et productif, et qui aborde et résout techniquement les problèmes sociaux qui lui sont présentés, au détriment de la pratique du social et des pratiques professionnelles qui la composent. L'intervention par programme est le moyen développé par la technocratie pour gérer techniquement ces problèmes.

1.4 Là où la technique entre en conflit avec la pratique

L'intervention par programme est donc le moyen privilégié par le technocrate pour s'assurer que les services offerts rencontrent les objectifs de l'organisation. Voilà où réside le réel intérêt du technocrate. Cette pratique ne s'effectue pas sans heurts. Elle a un «effet contraignant sur les rapports de l'organisation à son environnement» (Laforest et Redjeb, 1991) et plus particulièrement sur les travailleurs sociaux (nous faisons ici un aparté pour souligner que, malgré le fait que cette recherche a soulevé une controverse autour de la méthodologie utilisée (Mayer et Ouellet, 1991), nous nous y référons, car elle constitue à notre avis, un point de vue théorique intéressant et constitue un jalon important dans la littérature professionnelle québécoise).

Le praticien du service social qui exerce sa profession au sein d'une organisation bureaucratique est tenu d'intervenir dans un cadre sous l'égide de programmes. À titre d'exécutant, il s'acquitte des tâches qui lui ont été assignées, et suit les règles et les procédures prescrites afin de contribuer à la mission de l'organisation.

Dans le domaine de la santé, la gestion par programme ne tient pas compte de la pertinence et donc de la qualité de l'acte posé, mais seulement de la quantité. Comme le système de la rémunération à l'acte en médecine, le système de la gestion par programme vise avant tout à comptabiliser les interventions qui sont désormais mesurables; selon Émond (1985), ce système

donne lieu à une trop grande quantité d'actes sans nécessité réelle, donc à une qualité moindre pour un coût plus élevé.

Dans un contexte bureaucratique l'intervenant répond donc d'une part aux besoins des clients et d'autre part à ceux de l'organisation. Il est ainsi soumis à des demandes professionnelles auxquelles se juxtaposent des exigences bureaucratiques. À une pratique déjà établie, s'ajoutent un nouveau langage et des outils spécialisés et standardisés. Le praticien est formé de façon à intervenir avec une certaine marge d'autonomie. Pourtant celle-ci est menacée, car les outils de travail préconisés par l'approche technocratique, influencent et réorientent l'action professionnelle dans un sens qui n'est pas celui de l'intervention, mais bien celui de la gestion. Selon Émond (1985), le praticien est de plus en plus perçu comme un objet administratif qui n'a que très peu à voir avec le travail social en direct. Toujours selon l'auteur, le repli vers l'administration des lois sociales omet une dimension importante de l'intervention soit: l'engagement direct à un niveau personnel ou communautaire.

Le praticien du service social qui exerce au sein d'une organisation bureaucratique «subit ces impératifs qui ne sont pas sans marquer sa pratique, du moins dans l'image idéale (voire l'identité professionnelle) qu'il s'en fait» (Laforest et Redjeb, 1991). Jadis, le travail social avait ses propres structures, telles que les Centres de Services Sociaux (CSS), dans lesquelles la pratique avait toute la liberté d'action désirée. Maintenant, elle est contrainte de part et d'autre par une structure de fonctionnement rigide et uniformisée, qui possède ses propres pratiques et qui puise sa source au sein des théories modernes des organisations (Rinfret-Raynor, 1982). Soumise au contrôle et à l'orientation de cette structure, la pratique sociale se trouve dépossédée de ses propres structures qui lui servent normalement de référence. C'est dans ce rapport structure/pratique que se situe le noeud du problème. Ce problème, c'est le pouvoir. D'un côté, le pouvoir sans cesse grandissant des gestionnaires et de l'autre celui des intervenants en déclin. Le pouvoir du praticien est ce pouvoir que lui a conféré sa formation et qui lui permet de définir «l'objet de sa propre pratique selon les conditions sociales dans lesquelles l'individu ou la collectivité vit et selon le problème exprimé» (Laforest, 1985). Le pouvoir du gestionnaire est quant à lui, celui qui permet

de structurer l'intervention dans «... des programmes à partir de définitions des besoins sociaux et d'objectifs, définitions qui échappent aux praticiens mais auxquelles ils sont structurellement liés...» (Laforest, 1985).

1.5 L'autonomie professionnelle: un espace de responsabilité professionnelle en quête de reconnaissance

Nous sommes donc en présence de deux types d'acteurs dont les intérêts sont divergents et pas toujours conciliables. Le technocrate-gestionnaire tient d'un côté, à préserver le contrôle sur l'organisation alors que le praticien tient de l'autre, «à préserver son identité professionnelle à travers sa pratique quotidienne au sein de la dite organisation» (Laforest et Redjeb, 1991). Le contrôle sur la pratique professionnelle, par l'exercice d'une pratique autonome, est fondamental et essentiel à «l'émancipation» de la profession. «Le droit de prendre des décisions s'appuie sur la reconnaissance sociale et juridique de sa compétence» (Zuniga et Boucher, 1995). C'est par l'autonomie que le professionnel développe un sentiment d'appartenance à sa discipline et rend justice à sa spécificité. L'interprétation de données et les choix cliniques qu'il est appelé à faire, se font selon une perspective disciplinaire précise qui est sienne. Ses actions s'effectuent dans le cadre d'une relation privilégiée établie avec le client, et elles respectent le code de déontologie de la profession, car le professionnel est responsable de ses actes devant un collectif de pairs, qui est le seul en mesure de l'évaluer en fonction de critères, de procédures et de politiques qui sont propres à leur discipline. Comme le disent si bien Laforest et Redjeb (1991), le praticien du service social «détient, en principe, une autorité sur l'acte d'intervention, autorité que lui confère un type de compétence professionnelle d'un intervenant employé et salarié de l'organisation et donc redevable à celle-ci». Mais dans les faits, le praticien est soumis au contrôle institutionnel, car c'est le technocrate-gestionnaire qui détient le pouvoir légal et administratif d'encadrer les modalités de l'intervention à l'intérieur de programmes préalablement établis.

La cohabitation de ces deux approches et modes de fonctionnement impose une dynamique empreinte de discussions, mais aussi de tensions, de frustrations et dont la récurrence est nocive pour la reconnaissance de la

profession du travail social en contexte organisationnel. Elle est nocive car la technocratisation de la pratique du service social «impose» des concessions et des compromis que les intervenants font, bien malgré eux, dans leur pratique au quotidien. Cette réalité se traduit par une perte d'autonomie relative de chacun de ces acteurs par rapport aux mandataires. «La pratique du travail social professionnel [...] s'actualise au prix de l'intégrité de son identité» (Laforest et Redjeb, 1991) et annonce, selon certains auteurs (Etzioni, 1969; Laforest et Redjeb, 1991), la déprofessionnalisation de ce champ de compétence.

Traditionnellement, le travail social s'est surtout développé à l'intérieur de structures organisationnelles. Le travail social est d'ailleurs souvent présenté comme une profession organisationnelle puisque ses activités ont cours dans des cadres formels de fonctionnement au sein d'établissements pourvoyeurs de services, tels que les hôpitaux. Toutefois, oeuvrer avec efficacité et intégrité professionnelle dans un tel contexte de travail semble difficile car, comme nous l'avons vu, la philosophie et la pratique bureaucratique de l'organisation des soins de santé entrent inévitablement en conflit avec l'essence du service social professionnel, à un point tel, qu'elles menacent leur autonomie de pratique. Se confrontent alors, les demandes organisationnelles et les buts du service social qui consistent à rencontrer les besoins des clients.

Considérant que la relation entre les gestionnaires et les travailleurs sociaux est problématique dans un contexte organisationnel victime de rationalisation et de réaménagements structurels, la crainte de perdre de l'autonomie en milieu hospitalier est justifiée, quand on considère qu'elle a déjà été amorcée ailleurs lors de «l'intégration des anciens Centres de services sociaux dans les Centres jeunesse» (Larivière, 1995 dans Bernier et Larivière, 1997). De plus, ce n'est guère rassurant de constater que «ce n'est pas dans ces établissements [les hôpitaux], que traditionnellement il a été facile pour le personnel d'avoir plus d'*empowerment*, par comparaison avec les CLSC par exemple» (Fournier, 1997). L'*empowerment* est défini par l'auteur comme étant le contrôle qu'exerce le personnel sur sa tâche et sur son environnement de travail. Enfin, la domination du modèle médical préconisé par le système bureaucratique hospitalier, favorise la prise de décision

hiérarchique et attribue peu de pouvoir au personnel. En effet, ce sont les médecins qui prennent, à titre de premiers responsables des soins donnés aux patients, la plupart des décisions importantes. Cette façon de faire n'encourage évidemment pas l'exercice d'une pratique professionnelle autonome.

1.6 Le contrôle bureaucratique mis en perspective

Le contrôle bureaucratique exercé par le mode de gestion technocratique et le manque d'autonomie professionnelle sont des problèmes rencontrés par le service social médical, depuis longtemps (Davidson, 1978). Dans la littérature, on trouve un consensus à l'effet que les organisations bureaucratiques réduisent le niveau de professionnalisation et produisent un sentiment limité d'autonomie. Selon Dorman (1971 dans LeCroy et Rank, 1987), plus une organisation est bureaucratique, plus le niveau de professionnalisation est bas et plus celle-ci affecte négativement le sentiment d'autonomie des travailleurs.

D'autres études (Engel 1971; Wilson, P.A., Voth, V. and Hudson, W.W. 1980; York and Henley, 1986) prétendent au contraire, que la bureaucratie, présentée dans les écrits comme une structure administrative hiérarchique appuyant son pouvoir sur des règles écrites formelles, et par une division du travail axée sur la spécialisation, ne nuit pas nécessairement à l'autonomie professionnelle. C'est ce que démontre, par exemple, l'étude de York et Henley (1986). Les sujets de leur étude ont été sélectionnés de façon aléatoire. Ce sont des travailleurs sociaux (n=109) qui pratiquent dans des agences gouvernementales (66%) ou des organismes communautaires (33%) d'un état rural américain. Interrogés sur la question de l'autonomie professionnelle, 83% des répondants estiment que l'organisation octroie l'autonomie demandée, alors que 17% sont en désaccord. Ces derniers considèrent que l'organisation est trop hiérarchisée et préféreraient qu'elle soit moins bureaucratique.

Les résultats de cette étude suggèrent que, dans certains milieux, les travailleurs sociaux semblent relativement satisfaits du niveau de bureaucratie de leur organisation et de l'autonomie accordée; ils suscitent une

réflexion quant à l'apport du système bureaucratique pour l'exercice de la profession, en contexte organisationnel, réflexion qui pourrait être faite ici au Québec, afin d'évaluer les avantages potentiels de la bureaucratie pour la pratique du service social en milieu hospitalier. Toutefois, afin d'avoir une vision plus juste, il serait intéressant de reprendre cette enquête auprès d'un échantillon de travailleurs urbains, pratiquant dans certaines de nos grandes organisations. Il serait également pertinent de tenir compte de certaines caractéristiques personnelles ou professionnelles, aucune sélection n'ayant été faite dans ce sens, qui seraient susceptibles d'influencer les résultats, telles que: l'âge des praticiens, le nombre d'années d'expérience de travail, ou les buts professionnels de l'individu, afin de constater leur degré de congruence avec ceux de l'organisation. S'il y a un conflit entre les deux, il risque d'y avoir des insatisfactions à l'égard du niveau de bureaucratie préconisé et de l'autonomie allouée.

Quoique constituant un projet de recherche intéressant, nous ne pouvons envisager de reprendre cette enquête telle que décrite ci-dessus, compte-tenu des buts et des limites de notre contexte de recherche. Par contre, nous ne pouvons faire totalement abstraction du fait que la bureaucratie ne nuit pas nécessairement à l'autonomie, comme l'ont démontré York et Henley (1986). C'est pourquoi nous envisageons, à tout le moins, de sonder nos sujets sur la question de la structure hiérarchique. Ainsi, nous observerons, en adoptant une perspective exploratoire, si la complexité de la structure hiérarchique est perçue comme un élément positivement relié à une pratique autonome. Nous reviendrons sur ce point au chapitre suivant.

Après un bref exposé sur le lien potentiel entre le travail et la santé mentale, nous nous sommes contentés, jusqu'ici, de présenter une structure de fonctionnement administratif, qui s'appuie sur un mode de gestion technocratique et qui ne permet pas à la pratique du service social de s'exercer de façon autonome. C'est, du moins, ce que nous avons tenté de démontrer. Considérant ce fait, interrogeons-nous maintenant sur les conséquences que représente le manque ou la perte d'autonomie professionnelle. Ainsi, nous pourrions évaluer l'importance qu'elle revêt non seulement pour l'intervenant, mais aussi pour le gestionnaire... Tel est l'objet de notre prochaine section.

1.7 L'autonomie professionnelle: sa portée comme condition de pratique

Dans son sens littéral, l'autonomie est définie comme suit: «le droit de se gouverner par ses propres lois» ou encore «le droit pour un individu de déterminer les règles auxquelles il se soumet» (Petit Robert 1, 1993). Le synonyme qui lui est attribué est: liberté (Du Chazaud, 1990). D'ailleurs, le dictionnaire Larousse intègre ce terme à la définition, puisqu'il définit l'autonomie comme étant «la liberté de se gouverner par ses propres lois» (Nouveau Petit Larousse, 1972).

Les concepts de «droit» et de «liberté» qui composent la définition, font référence à des valeurs fondamentales dont devrait bénéficier tout individu, quel qu'il soit. Ainsi, au départ, avant même qu'elle soit mise dans un contexte particulier, on constate que l'autonomie a un poids dont la portée est indéniable.

Considérant que l'autonomie de pratique est liée à l'identité professionnelle du travailleur social, de la reconnaissance professionnelle de sa discipline d'étude, et qu'elle suscite des réactions pouvant affecter la santé de ses protagonistes, l'importance à attribuer à l'autonomie au travail dans la pratique du service social médical, ne peut être négligée, ni minimisée. C'est pourquoi, nombreux sont les chercheurs qui se sont intéressés à la question. Dans ces recherches, la perte d'autonomie professionnelle est présentée comme un facteur pouvant affecter non seulement la santé mentale, sous forme notamment d'épuisement professionnel, mais un certain nombre de variables en lien avec l'environnement de travail, telles que: la satisfaction au travail, la motivation, l'intégration à l'organisation et la productivité.

1.7.1 Autonomie et épuisement professionnel

La situation décrite à la section précédente est alarmante et préoccupe particulièrement les travailleurs sociaux qui oeuvrent dans le secteur hospitalier, car elle ne donne pas aux praticiens l'opportunité d'utiliser leurs habiletés professionnelles. Aussi, elle ne permet pas de mettre en valeur, ni de reconnaître la compétence des travailleurs sociaux (Knoll, 1979). Un

professionnel peut difficilement être utilisé à sa juste valeur lorsqu'on ne lui permet pas de faire preuve d'autonomie dans les décisions qui sont en lien avec son champ de compétences. Telle est pourtant, bien souvent, la réalité des milieux de travail avec laquelle les intervenants sont appelés à composer. Par ailleurs, certains intervenants vivent mal cette réalité, de sorte que le climat de travail suscité par cette situation peut éventuellement affecter la santé physique et mentale des intervenants. Ainsi, la frustration que génère la perte d'autonomie professionnelle peut, selon Bailes (1985 dans Greene et Kulper, 1990), engendrer de l'épuisement professionnel.

Freudenberger (1982 dans Bernier, 1994) définit l'épuisement professionnel «comme une perte d'énergie encourue dans la poursuite d'objectifs irréalistes en rapport avec une cause, un mode de vie ou une relation». En fait, l'individu vit un conflit émotif et sent un vide intérieur. Selon Bernier (1989), l'épuisement professionnel est lié à un problème de sens au travail; il découle d'un «conflit entre deux systèmes de valeur ou d'une discordance entre des objectifs poursuivis et les moyens disponibles pour les atteindre».

L'épuisement professionnel est un phénomène complexe, de sorte que «... l'unanimité est loin d'être faite autour des facteurs qui génèrent ce problème» (Villeneuve, 1992). Toutefois, plusieurs chercheurs partagent l'idée que, «le *burnout* se développe au sein d'un processus dynamique d'échanges entre une personne et son environnement de travail» (Bibeau, 1985). D'ailleurs, les recherches récentes analysent la relation du travailleur avec son environnement de travail (Arches, 1991). Un certain nombre de facteurs organisationnels ont ainsi été étudiés afin de tenter d'expliquer le phénomène. De tous ces facteurs, l'autonomie est celui qui, entre tous, a été le plus étudié.

L'étude de LeCroy et Rank (1987) abonde dans ce sens, dans la mesure où elle s'intéresse à la question de l'épuisement et à celle de l'autonomie. Réalisée auprès de 106 travailleurs sociaux oeuvrant dans des agences de services sociaux situées dans deux villes du *midwest* américain, elle étudie des facteurs reliés à la situation de travail qui, selon les chercheurs, sont susceptibles de réduire l'épuisement professionnel sur chacune de ses

dimensions, soient: l'épuisement émotionnel, l'accomplissement personnel et la dépersonnalisation, tels qu'identifiés par l'échelle de Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI). Parmi ces facteurs, retenons l'autonomie professionnelle et l'estime de soi comme professionnel. Selon LeCroy et Rank (1987), l'estime de soi favorise l'autonomie. Selon ces auteurs, un travailleur social qui a une image professionnelle positive de lui-même, développe un sens de l'identité professionnelle qui lui permet d'affirmer son autonomie comme professionnel. Ces deux facteurs sont interreliés et présentent, selon les résultats, une corrélation négative avec chacune des dimensions de l'épuisement. Effectivement, il appert que plus l'autonomie et l'estime de soi sont faibles, plus les cas d'épuisements potentiels sont élevés.

Plus près de nous au Québec, l'enquête de Villeneuve (1992) réalisée en Gaspésie auprès de 95 intervenants psycho-sociaux révèle pour sa part que l'autonomie est significativement reliée à la fréquence de l'accomplissement personnel, l'une des dimensions de l'épuisement professionnel présentée ci-dessus. Ses résultats démontrent que plus les intervenants sont encouragés à prendre des décisions par eux-mêmes, à être autonomes, plus ils sont fréquemment empreints du sentiment de s'accomplir, de se réaliser professionnellement et d'être compétents.

Enfin, les 275 travailleurs sociaux de l'État du Massachusetts, sélectionnés au hasard et interrogés par Arches (1991), permettent à l'auteur d'affirmer que le manque d'autonomie perçu est un facteur qui contribue au phénomène de l'épuisement. Elle conclut qu'aussi longtemps que les travailleurs sociaux interviendront auprès des clients avec le sentiment d'une autonomie insuffisante, ils demeureront insatisfaits de leur travail, se plaçant ainsi dans une situation, où ils seront à risque d'expérimenter certaines des phases inhérentes à l'épuisement, si ce n'est l'épuisement en lui-même.

Quoiqu'elle ait été effectuée auprès d'enseignant(es) du primaire et du secondaire, l'enquête réalisée par Carpentier-Roy (1991) appuie également les propos de Arches. Elle soulève les mêmes difficultés en ce qui a trait à la perte d'autonomie et au sentiment d'insatisfaction, de sorte que l'auteur parle d'épuisement professionnel potentiel.

Son enquête révèle l'élaboration de stratégies défensives communes. Ces stratégies sont mises sur pied par un sous-groupe d'enseignant(es), selon des besoins exprimés ponctuellement, et souvent de façon informelle, dans le but de contrer la souffrance que génère l'absence d'autonomie et de pouvoir. «Malgré le fait que la tâche de l'enseignant(e) se complexifie suivant en cela la complexification et la pluralisation de la société québécoise» (Carpentier-Roy, 1991), et de l'ampleur des responsabilités qui en découle, les enseignant(es) dénoncent leur exclusion de plus en plus grande du champ décisionnel. Selon les enseignant(es), l'autonomie allouée se limite à l'exercice de l'acte pédagogique dans le cadre de la salle de classe et ne peut être effective sans un contrôle autonome sur le temps de travail. L'absence d'autonomie et de pouvoir réels sont pour l'auteur des facteurs susceptibles de fragiliser l'estime de soi et d'affecter l'équilibre psychique. La souffrance qu'elle suscite peut, si elle n'est pas contrée, engendrer de l'épuisement professionnel. C'est alors qu'elle mobilise les enseignants dans leurs efforts pour contrecarrer cette source d'insatisfaction et de contrainte.

1.7.2 Autonomie, satisfaction au travail, motivation et productivité

La littérature nous enseigne que « ...dans un contexte professionnel, le principal facteur de satisfaction demeure l'autonomie » (Larivière, 1994). L'étude de Schneider (1981 dans Larivière, 1994) par exemple, quoique effectuée auprès d'infirmières et de médecins, appuie cette affirmation et démontre par surcroît que l'autonomie (independent decision making) favorise l'effet de rétention (désir de continuer à travailler dans l'organisation). En outre, il apparaît que l'épuisement professionnel est plus susceptible d'affecter les employés insatisfaits (Marriott, Sexton et Staley, 1994; Arches, 1991). Il importe donc d'établir des conditions de travail qui satisfassent les employés. Pour ce faire, les gestionnaires doivent avant tout accorder à leur personnel de l'autonomie, afin que ce dernier puisse innover et participer à la vie de l'organisation.

De toutes les définitions proposées de la satisfaction au travail, nous retiendrons celle qui, selon nous, décrit avec le plus de justesse ce concept. Ainsi, nous considérons la satisfaction au travail comme étant:

«la réalisation des attentes qu'un employé entretient à l'égard de son milieu de travail. Elle se mesure en vérifiant si, dans les faits, l'employé est relativement satisfait à l'égard des diverses composantes de sa tâche, des politiques administratives de l'organisation qui l'emploie, du support reçu de son supérieur, de la possibilité de se réaliser que lui procure son travail, etc.» (Larivière, 1994, p. 135).

Les recherches effectuées sur le sujet, auprès de travailleurs sociaux, notamment celles de Arches (1991), Poulin, (1994) et Marriot et al. (1994), ont clairement démontré un lien entre l'autonomie au travail et la satisfaction au travail. Ainsi, les travailleurs qui possèdent une grande autonomie, (ce qui se traduit par l'exercice d'une influence sur les décisions concernant leur emploi, et un grand contrôle sur leur travail, notamment par l'attribution d'une certaine flexibilité dans leurs tâches), obtiennent des niveaux de satisfaction beaucoup plus élevés que ceux qui ont peu ou moins d'autonomie. Dans l'étude de Poulin (1994), l'autonomie au travail des 873 travailleurs sociaux interrogés, se présente, de plus, comme la variable de la tâche au travail dont les scores sont les plus forts, de sorte que dès que l'autonomie attribuée augmente, la satisfaction au travail augmente aussi. Les 188 travailleurs sociaux canadiens questionnés par Marriot et al. (1994) perçoivent, quant à eux, l'autonomie comme un facteur important de satisfaction, le situant ainsi au deuxième rang, comparativement à d'autres composantes identifiées par les auteurs comme étant potentiellement reliées à la satisfaction, telles que: la définition de tâches, les demandes organisationnelles, l'accès aux décisions administratives, la supervision et la diversité de la tâche.

Buffum et Ritvo (1984) se sont également intéressés à ce sujet. Cependant, ils ont mis en relation l'autonomie et la satisfaction au travail en tenant compte de leurs dimensions respectives. Les dimensions attribuées à l'autonomie sont: le «formalisme» (formalization), la «standardisation» (technological routinization) et la «centralisation» (centralization). Le «formalisme» fait référence aux normes ou règles formelles auxquelles est soumis le professionnel dans l'exécution de ses tâches. La «standardisation» réfère aux procédures utilisées lors de la résolution de problèmes et la «centralisation» représente le niveau de concentration du pouvoir qui existe au sein d'un système social. En d'autres termes, cela signifie qu'un haut niveau de centralisation est présent lorsque le pouvoir est exercé par un seul

individu. À l'inverse, un niveau bas de centralisation suggère que le pouvoir est partagé également, entre plusieurs membres de l'organisation. Les dimensions sélectionnées en lien avec la satisfaction au travail sont, quant à elles, les suivantes: la satisfaction par rapport au salaire, aux opportunités professionnelles, à la supervision, aux relations de travail, et à l'égard de la perception que le professionnel a de son travail en lui-même. De façon générale, les résultats obtenus auprès de professionnels oeuvrant dans quatre centres communautaires de santé mentale d'un État du *midwest* américain indiquent que, plus la «décentralisation» de l'autorité est grande, plus la satisfaction au travail augmente, sur toutes les dimensions proposées, à l'exception de la satisfaction à l'égard du salaire. Lorsque les dimensions de l'autonomie sont considérées toutes ensemble, elles laissent entrevoir un haut niveau de satisfaction au travail (prédicteur fort) relativement à la perception du travail et à la supervision. A cet égard, les taux de variance sont révélateurs: 48% en ce qui concerne la perception du travail et 47% en ce qui a trait à la supervision. Elles constituent en contrepartie un prédicteur faible, en ce qui a trait aux opportunités promotionnelles (32% de la variance) et aux relations de travail (28%), et leur effet est nul relativement au salaire. En conclusion, les auteurs font remarquer que si l'autonomie au travail augmentait, l'impact sur le travail et la supervision serait important, alors qu'il serait modéré en ce qui a trait aux opportunités promotionnelles et aux relations de travail, et pratiquement nul (ou faible) en ce qui concerne le salaire.

Les programmes et les stratégies de coopération établis dans certains milieux de travail relevant du secteur privé sont, dans certains textes, identifiés comme des facteurs susceptibles de favoriser l'autonomie professionnelle. C'est du moins ce que démontre la recherche entreprise par Havlovic, Kroll et Bushe (1993) auprès de travailleurs qui oeuvrent dans différents secteurs d'activités tels que: les communications, l'automobile, l'acier et le caoutchouc. Les programmes de coopération sont des groupes ou des comités de travail mis sur pied conjointement par les gestionnaires, les travailleurs et les syndicats pour résoudre les problèmes liés au travail. La recherche de Havlovic et *al.* (1993) démontre que l'autonomie est positivement corrélée avec la présence d'un programme coopératif. Toutefois, les travailleurs impliqués dans le programme coopératif n'ont pas un niveau

d'autonomie si élevé, lorsque comparé au niveau d'autonomie des travailleurs ne participant pas à ce même programme. Le niveau d'autonomie acquis n'explique que 1,5% de la variance obtenue. En contrepartie, l'impact de l'autonomie sur la satisfaction au travail est indéniable. Non seulement l'autonomie contribue-t-elle à augmenter le sentiment de satisfaction au travail des employés, mais elle contribue également à hausser le niveau de satisfaction à l'égard des relations qu'entretiennent les travailleurs avec leur superviseur. Par contre, elle n'affecte que partiellement la satisfaction à l'égard des relations avec les collègues de travail, et, en ce sens, elle rejoint les résultats obtenus par Buffum et Ritvo (1984) décrits ci-dessus. Cependant, Havlovic et al. (1993) précisent que l'efficacité des programmes et l'autonomie dépendent du potentiel d'engagement et de la volonté d'implication de chacun des membres qui siègent sur le comité.

D'ailleurs, l'autonomie aurait également une incidence sur la motivation, et par le fait même, sur la productivité d'une organisation. En effet, «Slavitt et al. soulignent que, l'autonomie arrive toujours en tête comme facteur motivant dans le milieu des services de la santé» (Larivière, 1994). Mintzberg (1982) ajoute que «l'autonomie contribue [effectivement] à rendre les professionnels responsables et très motivés». Pour Gaudreault (1992), l'autonomie est nécessaire car elle suscite l'augmentation de la motivation et de la productivité des travailleurs. Pour ce faire, il préconise l'élaboration de stratégies de collaboration.

Les organisations qui éprouvent constamment des difficultés à l'égard de la motivation et du moral de leurs employés, doivent s'interroger sur les politiques touchant la question de l'autonomie professionnelle. Pour Poulin (1994), la solution est simple et le message clair: augmenter l'autonomie par l'entremise de nouvelles politiques institutionnelles et/ou des pratiques de supervision, augmentera nécessairement la satisfaction au travail des travailleurs sociaux. Le suivi de la charge de travail par l'entremise de superviseurs, la disposition à offrir des programmes de formation ou de développement professionnel, la disponibilité de ressources organisationnelles et l'accès à une supervision adéquate, sont des prédicteurs organisationnels significativement liés à une augmentation de la satisfaction au travail. Encourageant l'autonomie, ces prédicteurs contribuent par

surcroît à jeter les bases d'un environnement de travail qui appuie et soutient son personnel (Poulin, 1994). Pour ce faire, ils doivent cependant faire corps avec les politiques organisationnelles et les pratiques de supervision préconisées par l'organisation.

Les résultats de ces études démontrent clairement, qu'une fois de plus, l'autonomie au travail revêt une importance qui ne peut être ignorée de la part des gestionnaires, s'ils désirent augmenter la satisfaction au travail de leurs employés et, par conséquent, diminuer le taux d'absentéisme, de départs et de roulement du personnel (Larivière, 1994) que connaît présentement le secteur de la santé et des services sociaux. Le personnel réclame plus de contrôle et d'autonomie dans l'exécution de leurs tâches. À ce propos, une «mise en garde» s'impose toutefois. «Une organisation de travail qui permet à l'individu d'exercer un contrôle sur le déroulement et la méthode de travail n'implique pas pour autant que le travail soit exempt de prescriptions» (Vézina, 1996). Au contraire, l'employeur doit préciser les attentes qu'a l'organisation à l'égard de son employé, en décrivant avec justesse et précision sa description de tâches, et en lui communiquant les ressources disponibles dont il sera tributaire. Ces deux conditions sont essentielles, car elles permettent au travailleur de faire valoir son savoir-faire et ainsi, de faire preuve d'autonomie. C'est alors que sa contribution sera estimée à sa juste valeur. Selon Vézina (1996) ainsi que Buffum et Ritvo (1984), l'autonomie ne peut être réellement favorisée si ces conditions ne sont pas présentes au départ.

Maintenant que nous avons identifié les conséquences que peut entraîner une perte ou un manque d'autonomie, il nous reste maintenant à développer le concept de l'autonomie professionnelle en tant que tel. Pour ce faire, nous exposons dans la section suivante, les multiples sens et définitions qui lui ont été attribués et proposons que l'autonomie soit analysée en fonction de dimensions qui lui sont propres et que nous avons identifiées comme telles.

1.7.3 L'autonomie professionnelle: présentation et définition du concept à l'étude

Veeder (1990) identifie six attributs qui caractérisent une profession. Il s'agit de: l'engagement, l'expertise, l'identification professionnelle, la référence à un code d'éthique, le recours à des normes professionnelle, et l'autonomie. L'autonomie est donc l'une des dimensions par laquelle une profession se définit. Mais, dans son lien spécifique avec le travail, quelle définition lui attribue-t-on?

Dans son lien avec le travail, l'autonomie apparaît dans la littérature sous différents vocables, tels que: l'autonomie au travail (Buffum, 1984; LeCroy et Rank, 1987; Havlovik, Kroll, et Bushe 1993; Poulin, 1994), l'autonomie décisionnelle (Vézina, 1996), l'autonomie de pratique (Veeder, 1990), l'autonomie professionnelle (York et Henley, 1986; Greene et Kulper, 1990) et la latitude décisionnelle (Karasek et Theorell, 1990; Kristensen, 1995), pour ne nommer que quelques auteurs et quelques-unes de leurs appellations. Nombreuses sont les définitions qui lui sont alors attribuées. Certaines d'entre elles se recoupent, ont un sens similaire, quoiqu'elles utilisent des termes différents, alors que d'autres se distinguent par leur spécificité. En effet, selon les écrits, la définition allouée à l'autonomie revêt un sens qui exprime et revendique des libertés différentes quant aux conditions concrètes d'exercice de la profession. Afin de décrire adéquatement l'autonomie, nous avons donc regroupé ces multiples définitions en fonction de trois dimensions, que nous avons identifiées comme étant: l'autonomie de gestion, l'autonomie d'action et l'autonomie de pensée et d'opinion. Ainsi, suivant l'un ou l'autre des écrits, il ressort que l'autonomie réclamée en est une soit de gestion, d'action ou de pensée et d'opinion.

1.7.3.1 L'autonomie de gestion

Pour Karasek et Theorell (1990), la latitude décisionnelle -traduit surtout par autonomie décisionnelle-, fait référence à deux aspects de la vie professionnelle. Elle se définit par l'entremise de deux concepts théoriques distincts. Les deux concepts proposés sont: l'autorité décisionnelle (decision authority/autonomy) et l'autonomie de compétence (skill discretion/task

variety). L'autorité décisionnelle, c'est l'autorité exercée sur le processus décisionnel. C'est elle qui donne la possibilité de choisir les moyens pour faire son travail «dans les règles de l'art», et de participer aux décisions qui s'y rattachent. Elle répond à la question, comment faire son travail. Villeneuve (1992) et Poulin (1994) abondent dans ce sens. Pour eux, un travailleur est autonome au niveau professionnel lorsqu'il a la possibilité d'exercer une influence sur les décisions affectant son travail. Arches (1991), elle, va plus loin. Selon l'auteur, l'autonomie se mesure par la perception qu'a le travailleur du contrôle qu'il peut exercer sur le processus décisionnel, en ce qui a trait à l'adoption de nouvelles politiques, l'embauche et la mise à pied, le rythme, la direction et les techniques de travail. Enfin, LeCroy et Rank (1987) ajoutent qu'un travailleur est autonome lorsqu'il a l'occasion de participer à l'établissement des buts de l'organisation.

L'autonomie de compétence, fait référence, quant à elle, à la capacité d'utiliser les habiletés (et qualifications) requises pour mener à bien les tâches demandées et à la capacité d'en développer de nouvelles. Selon Karasek et Theorell (1990), les concepts d'autorité décisionnelle et d'autonomie de compétence sont donc intimement liés, et leur présence dans un milieu de travail améliore le statut du travailleur.

Ce pouvoir d'exercer de l'influence sur les décisions en lien avec le travail se traduit de différentes façons. À titre d'exemples, nommons: l'utilisation de l'action syndicale pour revendiquer des droits, défendre des acquis et soutenir une reconnaissance professionnelle; l'adhésion à des comités consultatifs afin d'envisager, en collaboration avec l'employeur, une restructuration stratégique de l'organisation, un réaménagement adéquat des ressources ou l'établissement approprié de nouvelles politiques; la participation à des conseils multidisciplinaires afin de bien représenter les besoins du client et l'apport du service social dans un contexte de travail hospitalier; ou encore, la collaboration à des projets spéciaux.

Compte tenu que l'autonomie est ici définie en fonction d'un pouvoir décisionnel relevant normalement des gestionnaires d'établissement, nous l'avons qualifiée d'autonomie de gestion.

1.7.3.2 L'autonomie d'action

L'autonomie d'action fait référence au contrôle qu'exercent les employés sur leur travail. Elle constitue le degré relatif de liberté (Engel, 1971; Veeder, 1990; Carpentier-Roy, 1991; Villeneuve, 1992), d'indépendance (Buffum et Ritvo, 1984; LeCroy et Rank, 1987), de marge de manoeuvre (Buffum et Ritvo, 1984; Vézina, 1996) ou de contrôle (Rock, 1990; Carpentier-Roy, 1991; Karasek et Theorell, 1990) que détient un employé relativement aux méthodes de travail et aux procédures utilisées. Pour ce faire, il importe selon Poulin (1994), que l'autonomie s'affirme par l'exercice d'une certaine flexibilité dans les tâches. C'est dans ce sens d'ailleurs, que les enseignant(es) interviewé(es) par Carpentier-Roy (1991), réclament leur propre gestion du temps et le contrôle sur leurs tâches et que Buffum et Ritvo (1984) définissent notamment l'autonomie, par le degré de liberté requis pour établir son propre horaire de travail. De plus, le déroulement du travail, ses tâches et ses méthodes doivent s'inscrire dans le cadre de la formation reçue, afin que l'employé intervienne à l'intérieur de sa sphère de compétence, et que son champ d'intervention ne «tombe» pas sous la main de non-professionnels, ou de professionnels, qui n'appartiennent pas à la même discipline d'étude (Greene et Kulper, 1990).

En d'autres termes, un intervenant peut donc jouir d'une certaine indépendance d'action, à partir du moment où il évalue le sujet, pose un diagnostic et établit lui-même le plan d'intervention, en fonction des besoins du client et selon des connaissances qui relèvent du service social et de la formation reçue. Les méthodes de travail, les procédures, les types d'intervention, le nombre de rencontres, la durée de celles-ci, leur fréquence, la gestion du temps de travail en général, la «gestion des priorités de cas à traiter», sont des composantes de la pratique du service social qui doivent être choisies et «gérées» en toute liberté par le travailleur social, afin que celui-ci soit autonome professionnellement.

1.7.3.3 L'autonomie de pensée et d'opinion

Quoique inhérente à l'autonomie d'action, l'autonomie de pensée et d'opinion est une entité indépendante en soi. De façon générale, elle se réfère à l'initiative et à la créativité des travailleurs (Carpentier-Roy, 1991). L'autonomie de pensée et d'opinion est favorisée lorsque le milieu de travail permet le développement d'approches enrichissantes et créatrices, pavant ainsi la voie à la mise sur pied d'activités de conception qui se veulent, dans la mesure du possible, innovatrices (Carpentier-Roy, 1991; Gaudreault, 1992; Vézina, 1996). Un travailleur qui est pourvu d'initiative et de créativité est donc autonome, si on lui permet de mettre sur pied des activités de conception innovatrices, telles que: des rencontres hebdomadaires de groupes de patients partageant un vécu similaire (animé seul ou en collaboration avec d'autres professionnel(les)); des visites informelles aux patients (lorsqu'ils sont dans leur chambre ou en traitement); des réunions informelles avec les membres de l'équipe multidisciplinaire (selon les besoins exprimés par les membres ou selon les cas problématiques rencontrés); des séances d'information et de sensibilisation relativement à la pratique du service social; des activités d'information et de prévention en milieu de travail, relativement à certaines problématiques psycho-sociales susceptibles de concerner les employés de l'organisation, les collègues; entreprendre des démarches afin de développer un partenariat avec les ressources du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire, etc.

Toutefois, cette liberté d'action et de pensée n'est possible que si elle est encouragée par l'organisation du travail préconisée par l'organisme employeur.

En résumé, l'autonomie professionnelle s'acquiert donc à partir du moment où l'environnement de travail encourage les travailleurs à prendre des décisions par eux-mêmes relativement à leur travail, leur permet de faire valoir leur savoir-faire par l'établissement et le respect de leurs propres méthodes de travail, et leur offre des conditions de travail qui valorisent l'utilisation de leurs habiletés et ressources personnelles.

Maintenant que nous avons ciblé ce qu'est l'autonomie professionnelle, voyons avec plus de précision, et à l'aide des recherches qui ont été effectuées, quels sont les principaux facteurs qui conditionnent l'établissement d'une pratique professionnelle autonome.

1.8 Les déterminants de l'autonomie professionnelle

À la lumière des informations recueillies, associant la perte ou l'absence d'autonomie professionnelle à certaines variables liées à l'environnement de travail ou à l'épuisement professionnel, nous retenons que l'autonomie est elle-même tributaire de la présence ou de l'absence de facteurs susceptibles de l'affecter. Nous qualifions ces facteurs de déterminants. Ils sont de trois ordres: personnel, social et organisationnel.

1.8.1 Les déterminants personnels

L'estime de soi comme professionnel et la volonté d'implication, sont les deux déterminants personnels que nous avons identifiés comme tels. En effet, LeCroy et Rank (1987) démontrent qu'un travailleur social qui s'identifie à sa profession affirmera davantage son autonomie que celui qui développe peu son identité professionnelle.

Dans un autre ordre d'idées, l'étude de Havlovic et *al.* (1993) précise que, même si l'autonomie allouée dans le cadre d'un programme de coopération augmente la satisfaction au travail, elle ne peut s'affirmer sans une implication notable des différents acteurs impliqués. Dans ces deux cas, l'autonomie n'a aucune emprise sur les facteurs personnels suggérés par les chercheurs. Au contraire, il est clairement démontré qu'elle en est tributaire.

1.8.2 Les déterminant sociaux

Les déterminants sociaux que nous avons relevés sont: la mise sur pied de projets communs, de programmes ou de stratégies de coopération, le niveau de soutien des collègues, et la qualité de la formation reçue. Comme nous l'avons vu, Havlovic et *al.* (1993) font état d'une corrélation positive entre l'autonomie

l'autonomie et la présence d'un programme coopératif, et ce malgré le fait que le niveau d'autonomie acquis n'explique que 1,5% de la variance exprimée. De plus, Carpentier-Roy (1991) constate que les enseignant(es) développent des stratégies défensives, afin de contrer la dépossession de leur autonomie et de leur liberté, que sous-tend l'organisation du travail.

En ce qui concerne le niveau de soutien des collègues, les recherches de Havlovic et *al.* (1993) et Buffum et Ritvo (1984), font remarquer qu'une pratique autonome engendre des relations de travail satisfaisantes, mais l'impact est modéré. Enfin, plusieurs auteurs insistent sur l'importance de la formation pour induire le sentiment d'autonomie de ses futurs praticiens (Knoll, 1979; Veeder, 1990; Arches, 1991; Globerman et Bogo, 1995). Arches (1991) se demande si les jeunes praticiens ont été suffisamment informés des contraintes que représente l'intervention dans un contexte organisationnel; en outre, elle met en doute l'efficacité de la formation en ce qui a trait au développement du sentiment d'autonomie professionnelle. Pour l'auteur, l'enseignement doit proposer des méthodes, présenter des alternatives, et établir des objectifs éthiques et pratiques pour contrer les effets du contrôle bureaucratique. Malgré le fait que ces trois déterminants ont un effet limité, ils exercent tout de même une certaine influence sur l'autonomie.

1.8.3 Les déterminants organisationnels

Dans son désir de vérifier l'impact d'une organisation bureaucratique sur l'autonomie professionnelle, la recherche qui a été faite sur le sujet s'est beaucoup intéressée aux facteurs organisationnels susceptibles de l'influencer. Ils sont nombreux à avoir été identifiés. Il s'agit: du contrôle bureaucratique exercé par l'organisation; des politiques organisationnelles qui restreignent l'autonomie; l'absence de pratiques de supervision; la communication des attentes et des ressources (matérielles ou communautaires) provenant des supérieurs: ses lacunes; ainsi que la complexité de la structure hiérarchique.

Comme nous l'avons vu, le contrôle bureaucratique suppose une organisation du travail extrêmement spécialisée, rigide, qui encadre et réglemente le travail de ses employés, allant dans certains milieux, jusqu'à

dicter, à la minute près, l'utilisation du temps des intervenants (Carpentier-Roy, 1991). Dans un tel contexte de travail, l'autonomie professionnelle ne peut réellement s'exercer. La plus ou moins grande rigidité de l'organisation influencera donc le niveau d'autonomie accordé. De plus, précisons qu'une organisation est rigide dans la mesure où sa réglementation bureaucratique détermine et limite les services donnés par les travailleurs sociaux, heurtant ainsi leur liberté professionnelle. La situation est particulièrement problématique lorsque les intérêts de l'institution entrent en conflit avec ceux des clients. Considérant que le travailleur social doit par sa profession tenir compte des intérêts du client et ceux de l'institution, il devient difficile dans un tel contexte, de rencontrer à la fois les exigences de l'organisation et les besoins du client (Davidson, 1978). La rigidité organisationnelle mine les concepts professionnels de moralité et confrontent le travailleur à des dilemmes éthiques face auxquels il a peu ou pas de pouvoir (Arches, 1991). Ce type de pratiques organisationnelles n'encourage vraisemblablement pas l'autonomie.

Pour certains auteurs (Davidson, 1978; Poulin, 1984; Veeder, 1990; Arches, 1991; Globerman et Bogo, 1995), «... le sens de l'autonomie s'affirme [également] «... par la formation, la supervision, et la définition professionnelle des buts organisationnels...» (Davidson, 1978). Poulin (1994) par exemple, soutient, que le suivi, la transmission de connaissances et d'expertise, que sous-tend une supervision adéquate, favorise l'autonomie. Elle constitue un prédicteur organisationnel significativement lié à une augmentation de la satisfaction au travail. Pour soutenir l'exercice de ces pratiques de supervision, en travail social hospitalier, Globerman et Bogo (1995) proposent l'établissement d'une structure organisationnelle supervisée par un coordonnateur, parallèle au cadre organisationnel, qui serait intégrée au département de service social et dont le mandat serait de favoriser la formation continue, l'enseignement et la recherche. Veeder (1990) suggère quant à elle, une supervision qui serait sous la responsabilité des pairs. Ce modèle aurait l'avantage, selon l'auteur, d'augmenter l'autonomie, de même que le sens de la responsabilité professionnelle et induirait un sens «d'entrepreneurship» qui consoliderait l'image projetée de la profession et assurerait les assises théoriques de celle-ci.

Dans un autre ordre d'idées, Buffum et Ritvo (1984) et Vézina (1996) précisent quant à eux, que les supérieurs doivent communiquer leurs attentes et faire part des ressources disponibles dont disposent les intervenants, afin que ces derniers puissent faire valoir leur savoir-faire et ainsi faire preuve d'autonomie dans leur travail. C'est alors qu'ils seront reconnus comme tel. Aussi, l'autonomie allouée varie selon la complexité de la structure hiérarchique, comme l'ont fait remarquer York et Henley (1986), et dans ce sens, elle en est tributaire.

Nous avons identifié les déterminants qui, selon la littérature, permettent normalement aux intervenants de faire preuve d'autonomie dans leur pratique. Nous devons vérifier auprès des travailleurs sociaux de l'échantillon propre à notre recherche, si la présence des déterminants en question, favorise effectivement l'autonomie de pratique des intervenants du milieu hospitalier. Nous recueillerons ainsi leur point de vue à ce sujet.

Le mot de la fin...

En résumé, l'étude de la pratique professionnelle du service social en milieu hospitalier nous apprend que cette pratique a subi les contrecoups des multiples réformes qui ont eu cours dans le secteur de la santé et des services sociaux depuis déjà plusieurs décennies. Les changements organisationnels qui ont été effectués se sont principalement traduits par une rationalisation généralisée des effectifs et des ressources. Le mode de gestion technocratique induit par l'organisation bureaucratique des services de santé et des services sociaux au Québec, détient un pouvoir qui lui permet de s'immiscer au niveau des conditions concrètes d'exercice des professions, affectant ainsi les pratiques professionnelles dans leur essence même. Ce mode de gestion que génère ce contexte de changements, altère particulièrement l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux. La perte d'autonomie de ces protagonistes affecte à son tour la santé mentale des intervenants, de même que la satisfaction au travail, la motivation, l'intégration à l'organisation et également la production des services offerts, considérant le taux de roulement, d'absentéisme et de départs que cette situation génère.

L'impact de la perte d'autonomie professionnelle est donc important en soi, à la fois pour l'intervenant et l'organisation. Toutefois, l'autonomie ne peut «s'affirmer» adéquatement sans pouvoir bénéficier *a priori* de conditions favorisant son essor. C'est ainsi que des déterminants d'ordre personnel, social et organisationnel, conditionneront son expression.

La revue de littérature que nous avons présentée, expose des résultats qui proviennent de milieux de travail diversifiés. Les populations étudiées sont variées. Le but de notre recherche consiste à documenter l'autonomie professionnelle, mais dans un contexte de travail bien précis, à savoir, le milieu hospitalier québécois. S'il est vrai que le mode de gestion technocratique a un effet négatif sur l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux, avec les conséquences que l'on connaît, et que cela a une incidence sur l'identité et la reconnaissance du travail social hospitalier, nous nous devons de vérifier ces constats auprès des travailleurs sociaux hospitaliers qui pratiquent ici, au Québec. Pour les besoins de la cause, nous entreprenons donc une recherche exploratoire, de type qualitatif, qui nous permettra d'interroger quelques travailleurs sociaux qui oeuvrent dans des centres hospitaliers du réseau. Toutefois, compte tenu des limites de cette recherche notamment financières, nous ne rencontrerons que dix intervenants de cinq hôpitaux montréalais.

Suite à la revue de littérature que nous avons effectuée, nous proposerons une catégorisation de l'autonomie professionnelle qui permettra de regrouper les définitions de l'autonomie selon trois dimensions. Nous vérifierons alors si cette catégorisation paraît judicieuse aux intervenants rencontrés. Nous analyserons ensuite le contenu de ce concept, en fonction des définitions attribuées à l'autonomie, par les travailleurs sociaux eux-mêmes. Nous évaluerons, de plus, le niveau de satisfaction lié au degré d'autonomie exercé, et vérifierons quelle importance les travailleurs sociaux accordent à l'exercice d'une pratique autonome. Enfin, des déterminants de l'autonomie seront relevés, et mis en parallèle avec ceux identifiés dans la littérature.

Nous espérons que cette enquête sensibilisera davantage nos collègues à cette problématique, afin qu'une recherche de plus grande envergure, soit éventuellement entreprise. Voici donc les questions de recherche que nous envisageons d'explorer:

1.9 Présentation des questions de recherche

1. Quelle définition les travailleurs sociaux qui oeuvrent dans le secteur hospitalier donnent-ils de l'autonomie professionnelle?
2. Selon eux, jusqu'à quel point l'autonomie professionnelle s'exerce-t-elle dans un contexte de travail hospitalier?
3. Quelle importance les travailleurs sociaux du milieu hospitalier attachent-ils à l'exercice d'une pratique professionnelle autonome?
4. Quels sont les déterminants de l'autonomie professionnelle qui favorisent ou défavorisent celle-ci dans un contexte de travail hospitalier?

CHAPITRE II

DESCRIPTION METHODOLOGIQUE

2.0 L'objet d'étude

Dans un contexte où des changements organisationnels ont cours et où l'identité et la reconnaissance professionnelle sont questionnées, cette étude vise à analyser l'état du travail social hospitalier relativement à la question de l'autonomie professionnelle, telle que définie aux fins de l'étude.

2.1 Les objectifs poursuivis

Les objectifs que nous poursuivons sont les suivants:

1. Décrire l'autonomie professionnelle selon la définition qui lui est conférée par les travailleurs sociaux hospitaliers.
2. Décrire la perception qu'entretiennent les travailleurs sociaux hospitaliers à l'égard de l'exercice de leur autonomie professionnelle.
3. Analyser l'importance attribuée à l'autonomie par les travailleurs sociaux du milieu hospitalier.
4. Cibler les déterminants qui favorisent ou défavorisent celle-ci dans leur contexte de travail respectif.

2.2 Le profil de la recherche

Cette étude est une recherche exploratoire, faisant appel à une méthode qualitative de collecte de données, dont l'échantillon est de type non-probabiliste. L'échantillonnage typique ou intentionnel, à choix raisonné, a été utilisé. Ainsi, les sujets ont été sélectionnés «...sur la base d'une analyse des caractéristiques qu'elles présentent...» (Mayer et Ouellet, 1991). Le choix de ces caractéristiques est justifié ci-dessous, en 2.3.

2.3 Présentation de l'échantillon à l'étude

Cette étude s'adresse à des travailleurs sociaux hospitaliers, membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. Nous privilégions ces derniers car nous croyons que les travailleurs sociaux qui adhèrent à l'Ordre et qui ont une formation universitaire reconnue - ils détiennent au moins un baccalauréat -, considèrent l'adhésion et la formation comme des moyens leur permettant de s'identifier davantage à la profession et d'être reconnus professionnellement. Dans le même ordre d'idées, nous croyons qu'ils sont plus susceptibles d'accorder de l'importance à l'exercice de l'autonomie, puisque celle-ci est liée à l'identité et à la reconnaissance professionnelle.

Cinq centres hospitaliers francophones de Montréal et de ses environs, sont visés par l'étude, soient: l'hôpital Sacré-Coeur, l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'hôpital Jean-Talon, le centre hospitalier Angrignon, et la Cité de la santé de Laval. Ces hôpitaux sont publics et offrent des soins généraux et spécialisés (soins de courte durée). Ils ont une capacité d'accueil plus ou moins grande, selon le cas. Nous avons choisi des établissements de santé de tailles diverses, car nous croyons que la perception de l'autonomie professionnelle peut varier suivant la grandeur de l'établissement et l'ampleur de la bureaucratie qu'elle sous-tend. La taille de l'hôpital est déterminée selon le nombre de civières fonctionnelles autorisées à l'urgence. Ce critère est établi par la Régie de la santé et des services sociaux de Montréal. Les grands hôpitaux ont en moyenne 35 lits à l'urgence, les moyens, 25 lits, et les petits hôpitaux, 12 lits. Le nombre de civières à l'urgence de l'hôpital Sacré-Coeur et de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont s'élève donc à 35 (grands c.-h.). Il est de 28 à l'hôpital Jean-Talon (moyen c.-h.), de 33 à la Cité de la santé de Laval (grand c.-h.) et de 27 au centre hospitalier Angrignon (moyen c.-h.).

Compte tenu qu'il s'agit d'une recherche exploratoire, deux intervenants par hôpital seront rejoints. Notre échantillon s'élèvera ainsi à dix sujets, qui auront au moins cinq années d'expérience comme travailleur social, et qui seront à l'emploi du même centre hospitalier depuis au moins deux ans. Le

nombre d'années choisi nous semble raisonnable. Après deux ans de travail dans un milieu, l'expertise acquise comme intervenant permet, selon nous, de saisir amplement les rouages d'une structure organisationnelle et de déceler les difficultés de l'intervention professionnelle dans un tel contexte de travail, relativement, entre autres, à l'autonomie professionnelle. Les cinq années de service comme travailleur social, supposent quant à elles, un recul et une maturité, qui permettent une réflexion sur la profession. Nous croyons que cette réflexion peut susciter des commentaires pertinents et générer des critiques constructives. Nous prendrons également en considération l'âge de nos intervenants et vérifierons s'ils travaillent seuls ou en collaboration avec une équipe multidisciplinaire. Nous pourrions ainsi analyser la perception de l'autonomie selon l'âge des sujets et selon qu'ils travaillent seuls ou en équipe. Enfin, les sujets que nous rencontrerons, devront tous faire de l'intervention. Aucun gestionnaire ne sera interrogé, pour des raisons d'homogénéité de l'échantillon.

2.4 La procédure d'échantillonnage

La procédure d'échantillonnage est sensiblement la même d'un hôpital à l'autre. L'échantillon non-probabiliste par choix raisonné s'est constitué de la façon suivante.

Les travailleurs sociaux hospitaliers que nous connaissons sont d'abord rejoints par téléphone. Au cours de cet entretien, nous présentons brièvement le projet d'étude et sollicitons leur collaboration à une entrevue, en prenant soin de spécifier les paramètres de celle-ci. Quand l'accord est immédiat, un rendez-vous est pris sur le champ. Si les sujets ne sont pas intéressés, ou ne rencontrent pas les critères que nous recherchons, nous leur demandons de nous référer des collègues, avec lesquels nous communiquons directement et procédons de la même façon. Dans d'autres cas, l'information est transmise par personne interposée, un responsable de service, par exemple. C'est le cas notamment des hôpitaux où nous ne connaissons aucun intervenant. À l'aide de documents que nous leur faisons parvenir, les travailleurs sociaux prennent eux-même connaissance de notre projet. S'ils sont intéressés et rencontrent les critères de sélection, ils communiquent avec nous, et c'est alors qu'un rendez-vous est fixé.

Quelques jours avant l'entrevue, la lettre de présentation du projet, les critères de sélection et le «guide d'entretien», soit les six premières questions de l'entrevue, sont remis à chacun des participants. Chaque sujet amorce ainsi une réflexion et se fait une idée des questions qui lui seront posées à l'entrevue. Ce matériel fait l'objet d'un envoi par la poste, ou par fax, selon le désir du participant.

2.5 Présentation et description de l'outil de recherche; l'entrevue et le guide d'entretien

Le guide d'entretien constitue la première partie du questionnaire. Il est composé de six questions. Compte tenu que les questions sont parfois abstraites, nous le faisons parvenir quelques jours auparavant, à chaque participant, afin que ces derniers amorcent une réflexion. Chacune des questions est reprise à l'entrevue comme telle. S'ajoutent à celles-ci, six autres questions. Tel est le contenu de l'entrevue. Tous les propos sont enregistrés pour faciliter l'analyse des données. Il va de soi que les participants sont au préalable informés, et signent à cet effet, une formule de consentement. La durée de l'entrevue est d'environ une heure.

Nous avons opté pour une entrevue de type semi-structurée, majoritairement constituée de questions ouvertes. Cette façon de faire, encourage les sujets à répondre librement aux questions. Par sa flexibilité, ce type d'entrevue permet d'obtenir plus d'informations et d'approfondir la signification de celles-ci, qui cerneront, l'espère-t-on, de façon la plus complète possible, la perception qu'ont les répondants de notre sujet d'enquête.

2.6 Le pré-test

La procédure d'entrevue a été testée auprès de deux travailleurs sociaux qui exercent dans deux hôpitaux différents: l'hôpital Notre-Dame et l'Institut de Réadaptation de Montréal (IRM). Quoique ne répondant pas au secteur d'activités que nous recherchions, nous avons retenu «l'IRM» car le fait d'y avoir pratiqué comme stagiaire, était susceptible selon nous, de nous faciliter la première expérimentation.

Le pré-test visait à vérifier un certain nombre de points, tels que: la clarté et la précision des questions, leur possible redondance, leur ordre de présentation, leur pertinence (considérant les objectifs de la recherche), la longueur du questionnaire, et la présentation générale de celui-ci. L'attitude générale de l'intervieweuse fut également scrutée. Enfin, des commentaires généraux et des suggestions furent relevés.

Suite à cet exercice, deux modifications mineures furent suggérées par un travailleur social, soient: regrouper deux questions et en reformuler une. Quoique reconnaissant la redondance de certaines questions, l'autre travailleur social n'a pas jugé nécessaire d'apporter de changements, puisque les questions sont, d'après lui, indispensables et s'intègrent dans une continuité. Considérant ces commentaires de part et d'autre, nous avons plutôt décidé d'apporter des précisions à deux de ces questions et avons présenté le guide d'entretien comme tel.

2.7 La démarche menant à l'analyse

La description de l'échantillon

Notre échantillon est composé de dix travailleurs sociaux hospitaliers, majoritairement constitué de femmes. Tous les sujets ont obtenu un baccalauréat, et six d'entre-eux détiennent un diplôme de maîtrise en service social. Deux sujets ont oeuvré dans un autre secteur d'activité, avant de se consacrer au travail social. Deux sujets ont des formations parallèles en psychothérapie et en thérapie conjugale et familiale. L'âge moyen de l'échantillon s'élève à 40 ans. Le nombre moyen d'années d'expérience comme travailleur social est de 15,6 ans, dont 5,7 ans dans le poste actuel et 10,5 ans à l'emploi du même centre hospitalier. Enfin, tous les sujets font des évaluations psycho-sociales, de l'intervention, et travaillent au sein d'équipes multidisciplinaires en tant que représentant du service social.

Un mot sur la procédure d'échantillonnage

Nous tenons à préciser que la procédure d'échantillonnage s'est bien effectuée. La principale difficulté que nous avons rencontrée fut celle de rejoindre rapidement les travailleurs sociaux et d'obtenir un rendez-vous dans un délai assez rapproché. Malgré ces contraintes qui étaient prévisibles, les intervenants ont réservé un bon accueil à notre projet et ce sont pratiquement tous portés volontaires, sans crainte ou réserves particulières. Les quelques intervenants qui se sont désistés ne rencontraient tout simplement pas les critères de participation ou n'étaient pas disponibles; ces intervenants travaillaient pour les petits hôpitaux que nous avons retenus au départ pour l'étude, soient l'hôpital Fleury de Montréal (Petit-moyen c.-h. avec 20 lits à l'urgence) et le centre hospitalier de Lachine (Petit c.-h. avec 12-13 lits à l'urgence). Il nous a d'ailleurs été plus difficile d'entrer en contact avec ces derniers. À cet égard, nous nous permettons d'observer que les professionnels qui oeuvrent dans de petits établissements de santé semblent particulièrement surchargés et peu appuyés dans leur travail, comparativement à ceux qui travaillent dans les moyens ou grands centres hospitaliers.

Considérant que nous n'avons pu rencontrer des intervenants de ces petits hôpitaux, nous avons retenu le centre hospitalier Angrignon qui est un hôpital de taille moyenne et l'hôpital de Laval, qui est un grand centre hospitalier. Il nous est alors difficile de faire le lien entre la perception de l'autonomie et la taille de l'hôpital comme nous voulions le faire au départ. Nous nous sommes alors contentées de comparer très sommairement les intervenants qui travaillent dans les hôpitaux de taille moyenne et ceux qui travaillent dans les grands centres.

Le déroulement de l'entrevue - les réactions des sujets

Tous les intervenants que nous avons rencontrés nous ont accueillies chaleureusement, malgré une disponibilité limitée. Plusieurs d'entre-eux avaient à peine, ou n'avaient pas consulté le guide d'entretien. De même, ils avaient à peine esquissé la réflexion suggérée. Occupés comme ils l'étaient, ils n'avaient pas eu l'occasion d'y consacrer le temps nécessaire. En

consultant les questions, plusieurs ont reconnu qu'elles étaient abstraites, et nécessitaient une réflexion, ce que peu d'entre-eux avaient fait avant même que nous les sollicitions à ce sujet. Certains étaient même inquiets de ne pas répondre adéquatement aux questions ou voyaient mal comment leur expérience de travail pouvait «éclairer» notre enquête. Malgré ces appréhensions, les sujets ont réagi favorablement à l'entrevue et ont fait preuve d'une très grande collaboration. Après s'être assurés de la compréhension de certaines questions, ils ont répondu consciencieusement à chacune d'elle, et ce, sans difficultés. Tous étaient assez volubiles et avaient beaucoup d'informations à nous transmettre. Leur participation active à l'entrevue, l'ampleur et la tenue de leurs propos, nous permettent de supposer que la question de l'autonomie rejoint leur vécu, surtout dans un contexte où la gestion par programme s'instaure peu à peu.

Ajoutons, en terminant, que les intervenants que nous avons rencontrés ont semblé très intéressés à notre enquête ainsi qu'aux résultats de cette dernière. Ils sont curieux de connaître le point de vue de leurs collègues et particulièrement soucieux d'apprendre comment est vécue l'autonomie dans les autres centres hospitaliers visés par l'étude.

Le comportement de l'intervieweuse

Nous avons remarqué certaines faiblesses dans le déroulement des entrevues au niveau du comportement de l'intervieweuse. Faiblesses qui, nous croyons, sont inhérentes jusqu'à un certain point, au processus d'apprentissage que suppose cette recherche. Nous avons constaté, à l'écoute des premières bandes sonores, que l'intervieweuse appuie verbalement les dires des sujets. Quoique bien intentionnées, ces interventions ne sont pas toujours appropriées et ne se font pas toujours aux moments propices, puisqu'elles nuisent, dans certains cas, à l'expression des idées des sujets. Il importe de laisser les praticiens s'exprimer par eux-mêmes et de respecter davantage les silences, nécessaires à la réflexion. D'ailleurs, nous avons réalisé, à l'analyse des premières entrevues, que certains éléments de réponse ne sont pas toujours très clairs. L'intervieweuse aurait pu demander des précisions, afin d'éclaircir les points nébuleux et s'assurer de la compréhension des propos. Ce manque de clarté amène le risque que les

données soient mal interprétées ou fait en sorte que «le chercheur n'arrive pas à juger de la réelle valeur [de certaines informations], dans le problème qui le préoccupe» (Mayer et Ouellet, 1991), lorsque vient le temps de l'analyse. La correction de ce comportement s'est effectuée rapidement, de sorte que les entrevues subséquentes présentent très peu de contenus ambigus.

Une autre difficulté rencontrée par l'intervieweuse, fut causée par l'enthousiasme de certains participants. L'enthousiasme démontré par certains intervenants lors de leurs interventions, a parfois entraîné l'intervieweuse sur des questions un peu moins pertinentes ou sur des contenus qui répondaient à d'autres questions de l'entrevue. Ce désavantage inhérent aux entrevues semi-structurées (Mayer et Ouellet, 1991) nécessite d'être contrôlé par une plus grande directivité, ce que fit l'intervieweuse dans la mesure de ses capacités, considérant le peu d'expérience qu'elle a à ce niveau. Cette lacune n'a pas altéré le contenu et la richesse des informations qui nous étaient transmises. Toutefois, cet aspect de l'entrevue implique le risque de s'éloigner des objectifs de la recherche, ce qui n'est pas souhaitable. Cette situation n'est pas favorable non plus, car elle épuise rapidement les renseignements dont veulent nous faire part les intervenants. Conséquemment, elle rend l'échange répétitif et monotone et peut fatiguer inutilement les praticiens. Ainsi, ils peuvent être tentés de négliger les dernières questions de l'entrevue, sans compter que le temps consacré à l'entrevue se prolonge au-delà du temps initialement prévu. À ce propos, nous remarquons justement que les intervenants se sont montrés moins volubiles sur la question des déterminants, soit les deux dernières questions de l'entrevue. Avaient-ils moins d'idées, moins d'opinions? Cela est possible, mais nous ne pouvons faire abstraction du fait qu'ils avaient peut-être le sentiment d'avoir tout dit, qu'ils étaient plus fatigués, ou encore simplement préoccupés, car pressés par le temps et le travail qui les attendaient.

Hormis ces quelques difficultés auxquelles nous avons tenté de remédier le plus rapidement possible, les entrevues se sont très bien déroulées, d'autant plus qu'elles nécessitaient, comme prévu, entre une heure et une heure quinze minutes, rarement davantage.

2.8 Les limites de l'enquête

Il est utopique de penser que l'analyse que nous proposons reconstitue «la totalité des significations possibles du matériel; elle implique nécessairement un choix et l'instrument d'analyse adopté ne fait que traduire ce choix» (Mayer et Ouellet, 1991). La procédure liée à l'analyse des résultats consiste à transcrire, à analyser et à interpréter les propos des sujets. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, l'analyse de certaines entrevues révèle un contenu parfois ambigu. Puisque le matériel n'est pas toujours clair, il risque d'être mal interprété et dans certains cas, mis de côté. Les limites quant à la clarté du matériel présupposent la perte occasionnelle d'informations potentiellement pertinentes, et, en ce sens, ne peut rendre compte de la totalité de la réalité exposée.

De plus, l'analyse ne peut être parfaitement objective, dans la mesure où elle porte en elle une certaine part de subjectivité. Malgré notre souci de reprendre les propos des sujets avec le plus de justesse possible, il demeure tout de même difficile d'interpréter le tout avec une parfaite exactitude. Nous ne sommes pas à l'abri d'inférences non plus, considérant les motivations qui au départ nous animaient, lorsque nous avons décidé de questionner les intervenants sur leur autonomie professionnelle.

Enfin, compte tenu que la recherche est exploratoire, notre échantillon est de petite taille (dix sujets), nous ne pouvons assurer la représentativité de l'échantillon et nous ne sommes évidemment pas en mesure de généraliser les résultats. Par contre, les témoignages recueillis nous permettront de présenter une réalité qui rejoindra peut-être, en totalité ou en partie, la réalité présentée dans la littérature et de poser les bases d'une recherche ultérieure à plus grande échelle.

2.9 Procédure d'analyse

Afin de contrer la subjectivité et d'offrir une analyse qui se veut rigoureuse et reproductible, nous avons utilisé une procédure d'analyse qui s'inspire de celle de Strauss and Corbin (1990). Cette procédure a été établie par les auteurs et est proposée par ces derniers, dans le but de développer ce

qui, en recherche qualitative, est appelée une théorie ancrée (a grounded theory). Une théorie ancrée est une théorie basée sur l'étude inductive d'un phénomène, qui n'a pas encore été observé, ni abordé de «manière scientifique». Notre recherche ne vise pas à concevoir une telle théorie. Contrairement aux auteurs, notre objet d'étude est connu et a déjà été étudié. Cette divergence fait en sorte que nous ne pouvons mettre en application l'ensemble des procédures et des techniques suggérées. Certaines parties du processus sont toutefois applicables à notre étude. Nous les avons étudiées et utilisées pour nos besoins.

Nous avons donc retenu trois outils. Il s'agit d'abord du "*open coding*" et du "*axial coding*" que nous traduirons par: le codage ouvert et le codage axial. Le codage ouvert consiste à identifier des catégories, et leurs propriétés. Le codage axial permet, quant à lui, de décrire des sous-catégories, assurant ainsi une représentation plus juste du phénomène étudié. L'identification de sous-catégories rend possible l'établissement de liens entre les catégories et leurs sous-catégories. La technique du codage axial se centre alors sur les conditions qui engendrent le phénomène, sur le contexte à partir duquel il évolue, sur les actions entreprises pour «gérer», contrôler, et mener à bien le phénomène à la lumière de ce contexte, et sur les conséquences que génèrent ces actions stratégiques. Le phénomène est ainsi étudié en fonction de propriétés (ou caractéristiques) essentielles qui lui sont propres.

Pour exécuter ces techniques, nous nous sommes d'abord posé des questions et avons comparé les données afin de faire ressortir les similitudes et les différences, comme il est convenu de le faire (Strauss et Corbin, 1990). La réalisation du codage ouvert a été facilité par le fait que les questions de l'enquête font référence à des thèmes qui, en soi, constituent des catégories du phénomène étudié. Les questions portant sur l'importance attachée à l'autonomie et le sentiment d'autonomie alloué, en sont des exemples. Afin de codifier les éléments d'information adéquatement (les réponses), certains de ces éléments ont du être regroupés en fonction des thèmes appropriés, puisque les intervenants ne répondaient pas toujours dans le sens de la question posée mais bien selon le sens d'une autre question. Ce premier découpage n'était pas toujours évident.

Le codage axial nous a permis, quant à lui, d'identifier un certain nombre de sous-catégories spécifiques au phénomène. À celles que nous avons proposées (ex.: l'estime de soi comme professionnel, l'importance du soutien des collègues, les politiques organisationnelles qui restreignent l'autonomie, etc.), s'ajoutent celles suggérées par les intervenants, soient: le leadership, l'identité professionnelle, le chevauchement professionnel et le style de gestion. Certaines de ces sous-catégories se réfèrent à des conditions, au contexte, à des actions stratégiques ou à des conséquences. Par exemple: le contrôle bureaucratique est attribué au contexte; les politiques organisationnelles qui restreignent l'autonomie représentent une condition qui engendre le phénomène, soit la perte d'autonomie; le soutien est une action stratégique utilisée par les collègues pour contrôler la perte d'autonomie et contrer l'impact du contexte, alors que le recours à l'identité professionnelle est une conséquence positive de ce que le soutien des pairs peut procurer à une équipe de travail. Ainsi présenté, nous avons une idée plus juste du phénomène étudié, notamment parce que les liens sont clairement établis entre le phénomène (ou la catégorie) et ses sous-catégories.

Enfin, ajoutons en terminant que la conceptualisation de notre modèle d'analyse s'appuie sur le modèle d'analyse de Strauss et Corbin (1990), «la matrice des conditions» (the conditional matrix). Les auteurs présentent la matrice comme un système transactionnel où toutes les conditions, les actions et les conséquences sont interreliées et interagissent entre elles. Elle est constituée de sept niveaux d'analyse qui, graphiquement, sont représentés par des cercles superposés. Chaque cercle désigne un niveau différent d'analyse. Selon leur position au sein du cercle, chaque niveau d'analyse est relié de près ou de loin au phénomène étudié. Mais peu importe le niveau où se situe l'analyse du phénomène, celui-ci demeure associé d'une manière ou d'une autre aux autres niveaux d'analyse. La matrice permet ainsi de demeurer sensible aux conditions qui agissent sur le phénomène, sur les conséquences des actions entreprises, et facilite surtout l'établissement de liens entre chacune de ces propriétés (les conditions, les actions et les conséquences).

Notre conceptualisation tient compte d'un certain nombre de niveaux d'analyse, qui respectent ainsi l'esprit de leurs recommandations. Nous avons identifié trois niveaux lorsque nous avons établi que les déterminants de l'autonomie sont d'ordre personnel, social ou organisationnel. Le niveau personnel correspond à ce que Strauss et Corbin (1990) ont appelé le niveau individuel, dans la mesure où celui-ci fait référence, entre autres, à l'expérience des personnes et à leur philosophie. Le niveau social a, quant à lui, des parentés avec le niveau interactionnel du modèle. Ce niveau scrute les relations, les actions, les discussions et les réflexions qui accompagnent l'élaboration de projets communs. Enfin, le niveau organisationnel correspond à celui du modèle. Il est identifié de la même façon et poursuit le même objectif. Ce dernier consiste à analyser le phénomène étudié en fonction des structures, des règlements et des problèmes rencontrés par l'organisation ou l'institution. Les liens entre ces niveaux seront établis lors de la discussion des résultats.

CHAPITRE III

ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES

3.0 L'autonomie professionnelle: la définition donnée par les intervenants

L'organisation du travail et les actes professionnels sont les deux éléments par lesquels les intervenants interviewés définissent, de façon générale, leur autonomie professionnelle. En effet, être autonome signifie pour la majorité d'entre eux, avoir la possibilité, au quotidien, d'organiser et de planifier leur travail comme ils l'entendent, sans qu'il soit nécessaire de faire entériner cette gestion par un supérieur, d'une quelconque façon. Cette liberté d'action permet de gérer l'ensemble de leurs activités comme, par exemple, établir leur horaire de travail ou prioriser l'étude de certains dossiers.

«L'autonomie professionnelle c'est, pour moi, la liberté que j'ai dans la gestion de mon travail, c'est-à-dire autant le temps que j'ai pour rendre une réponse, pour une intervention, que... de quelle façon je priorise mon travail.»#2

L'autonomie se traduit également pour la plupart d'entre eux, comme la possibilité qu'a un intervenant d'accomplir les actes professionnels demandés, selon la formation et les connaissances acquises, et en fonction du code d'éthique propre à la profession qu'il représente au sein d'une organisation. À titre de représentant du service social, il doit, au sein de l'équipe multidisciplinaire auquel il appartient, pouvoir bénéficier d'une marge de manoeuvre lui permettant, lorsqu'une demande de consultation lui est faite, de porter un jugement clinique sur la situation. À la lumière des informations obtenues, il peut décider d'intervenir si seulement il juge qu'une aide psycho-sociale est requise. Il est donc libre, d'une certaine façon, d'intervenir ou non. À partir du moment où l'évaluation psycho-sociale est complétée, il fixe et reformule, au besoin, les motifs d'intervention; de plus, il établit des objectifs de traitement et conçoit un plan d'intervention en lien avec les besoins psycho-sociaux du client. Enfin, il réalise le plan qui ne peut réellement s'élaborer et se concrétiser sans prendre en considération le cadre de la mission de l'organisation dans lequel il s'implante. La capacité

d'intervenir à l'intérieur du mandat d'une organisation est d'ailleurs l'une des définitions attribuées à l'autonomie par presque tous les intervenants. Ce facteur est pris en considération par ces derniers, lorsqu'il s'agit de définir l'autonomie. Les intervenants s'y réfèrent fréquemment.

«L'autonomie professionnelle, c'est de pouvoir aller dans le sens du plan d'intervention que l'on fait, malgré les contraintes institutionnelles... et d'être respecté dans la proposition que l'on fait.»#6

«Etre autonome, c'est arriver à faire du service social, tout en travaillant dans le mandat de l'organisation.»#7

Hormis le mandat de l'institution, il y a d'autres contraintes avec lesquelles les intervenants doivent composer et par lesquelles l'autonomie est définie. Selon quelques intervenants, l'interdisciplinarité en est une, dans la mesure où elle incite le travailleur social à se positionner, à prendre la place qui lui revient en fonction du rôle qu'il a déterminé au départ. Ceux-ci ajoutent que, la négociation est parfois nécessaire, notamment avec les représentants du corps médical, compte tenu que les médecins ont souvent des points de vue différents et que les travailleurs sociaux ont peu de pouvoir sur leurs décisions. Par son jugement, l'intervenant affirme sa position et assume ainsi la responsabilité de ses actes.

«... si toute l'équipe pense qu'il y a telle orientation à préconiser, et puisque la personne chemine pas dans ce cadre-là, alors mon opinion professionnelle ça va être d'aller dans le sens de la personne, sachant qu'on risque peut-être à un moment donné d'être reconfronté à la situation dans quelque temps, mais de faire accepter à l'équipe que cette personne-là n'est pas rendu là et qu'ils ont à vivre des choses qui ne nous appartiennent pas.»#6

«... l'autonomie professionnelle c'est la capacité qu'on peut avoir à définir clairement ce qu'on fait dans un champ de pratique, ce qu'on fait dans une équipe, à définir clairement son rôle, et c'est aussi d'être capable de le préciser à ses collègues de travail.»#10

À la lumière de ces éléments de réponses, il apparaît que l'autonomie professionnelle ne peut, selon les intervenants rencontrés, se définir et se vivre sans la présence et la maîtrise d'un certain nombre d'aptitudes professionnelles. Ces aptitudes se résument à celles-ci: faire preuve de jugement, avoir la capacité de prendre des décisions sur le plan

professionnel, être capable de défendre un point de vue, des intérêts, de négocier, de s'affirmer, de prendre la place qui leur revient, de rendre compte non seulement à l'équipe de travail, mais aussi aux clients et à l'institution, et assumer la responsabilité de leurs actes.

«L'autonomie professionnelle c'est quand je peux exercer ma profession en utilisant toutes mes compétences et que les motifs de consultation soient en lien avec celles-ci et non seulement reliés au mandat de l'hôpital.»#7

Pour une intervenante, assumer la responsabilité de ses actes a l'avantage d'inciter les praticiens à acquérir davantage de connaissances, car quand on se sent responsable, on veut être sûr de ce que l'on fait, d'où le souci d'aller chercher plus de connaissances.

L'autonomie c'est aussi et enfin, selon certains, une marge de manoeuvre permettant d'aller au-delà de l'aspect clinique proprement dit. Pour ces intervenants, le mandat d'un travailleur hospitalier ne se limite pas à l'acte clinique comme tel, mais bien à l'analyse des besoins de la clientèle qu'il dessert, et de son milieu. L'autonomie s'affirme alors par l'intermédiaire d'une intervention préventive au sein de la communauté. Cette action peut prendre la forme de rencontres avec des pairs, à l'interne ou à l'externe, ou avec des collègues de disciplines connexes. Ces rencontres ont pour but de trouver des solutions aux problèmes rencontrés afin d'initier des mouvements, de développer des stratégies et de créer des changements, que ce soit au niveau des équipes de travail, des équipes multidisciplinaires, ou du fonctionnement de certains programmes.

«Le sens du service social hospitalier... c'est de travailler avec les clients, travailler avec les autres professionnels, pour arriver au meilleur service possible pour le client, puis même proposer des changements de fonctionnement.»#8

Le temps consacré à ce type d'activités qui n'est pas, à proprement parler, du travail clinique, n'est pas comptabilisé et n'a pas, en soi, selon une intervenante, à être «négocié ou justifié». Les intervenants qui veulent travailler dans ce sens peuvent prendre l'initiative, puisqu'ils sont libres de choisir les actions qu'ils désirent entreprendre et d'y consacrer le temps qu'ils veulent, à l'intérieur de leur mandat respectif. Cette liberté d'action

donne le sentiment d'être autonome professionnellement. Ce type de travail est, selon une intervenante, un produit direct de l'autonomie.

Toutefois, ajoutons en terminant que, aux dires d'une intervenante, l'autonomie professionnelle ne peut s'acquérir, s'il n'y a pas au départ, une autonomie personnelle. Il n'y a pas un(e) professionnel(le) et une personne; les deux sont intimement liées et forment un tout. Pour être autonome dans sa pratique, il faut d'abord être bien avec soi, et avoir confiance en soi. Ensuite, à partir du moment où un praticien travaille, gagne de l'expérience, devient plus confiant, et se sent plus confortable avec plein de choses, il acquiert alors de l'autonomie professionnelle. À son avis, l'autonomie professionnelle découle de l'autonomie personnelle.

3.1 L'importance attachée à l'autonomie et les raisons invoquées.

Hormis un intervenant qui la considère assez importante, tous les intervenants rencontrés attachent une très grande importance à l'autonomie. Les raisons invoquées à cet égard sont multiples et variées. Elles se situent à trois niveaux. Selon les intervenants, l'autonomie professionnelle est importante pour le client, le professionnel, comme tel, ou le milieu (l'organisme employeur ou la communauté). Le professionnel est toutefois celui qui bénéficie le plus d'une pratique professionnelle autonome. En effet, tous les intervenants sauf un, expliquent l'importance de l'autonomie, par la présentation de ses effets bénéfiques sur le professionnel ou sa pratique.

L'importance de l'autonomie en lien avec le professionnel, sa pratique et la reconnaissance de la profession

L'autonomie professionnelle est d'abord et avant tout importante pour soi, comme professionnel, et a alors, un impact comme tel sur le travail. La perspective de ne pas être autonome, d'être perçu et considéré comme de simples exécutants, affecte plusieurs des intervenants rencontrés. Le témoignage d'une intervenante est éloquent à cet égard:

«...je pense que j'étoufferais dans un contexte où je sentirais que je ne suis pas autonome, que je gère pas mes choses, que je fais juste répondre à des ordres, que j'exécute mais que je n'ai pas d'autonomie...»#2

Considérant sa personnalité, cette praticienne affirme qu'elle ne pourrait faire un travail quelqu'il soit, si elle ne pouvait faire preuve d'autonomie. Elle a besoin de sentir qu'elle a «la liberté de pouvoir se servir de sa tête et de pouvoir dire non, ça je ne la fais pas», si elle juge que l'intervention demandée n'est pas nécessaire. Elle émet l'hypothèse que l'autonomie a justifié, jusqu'à un certain point, son choix professionnel.

Pour une intervenante qui partage le même sentiment, faire exécuter, c'est «brimer» le travailleur social dans l'exercice de ses tâches. Cette façon de faire empêche le développement professionnel d'un individu, encourageant ainsi, la «stagnation» de ce dernier. Selon cette même intervenante, le fait de pouvoir décider, d'avoir l'opportunité de prendre des initiatives, donc d'être autonome, rend au contraire, le travail beaucoup plus intéressant et entretient le dynamisme et la motivation de l'intervenant.

Une praticienne abonde dans le même sens. Selon elle, l'autonomie permet de s'épanouir comme professionnelle. Elle considère que, à partir du moment où l'intervenant a le sentiment que toutes ses compétences sont utilisées à leur juste valeur, et qu'elles sont utilisées à bon escient, l'autonomie procure un certain confort et constitue une source de valorisation et de satisfaction au travail. Cette condition de pratique favorise, selon elle, l'épanouissement professionnel.

Pour cette autre, l'absence d'autonomie fait en sorte qu'on se sent moins compétent, et même inutile. Cette condition peut avoir des répercussions sur la pratique.

L'autonomie favorise aussi l'estime de soi. C'est du moins ce que préconise une intervenante. Selon elle, si un intervenant est autonome, il aura une plus grande estime de lui-même, sera plus à l'aise avec son travail, et sera ainsi plus porté à faire preuve de créativité dans son travail, de sorte qu'il se respectera davantage comme professionnel, en expérimentant différentes approches ou activités en lien avec ce dernier.

Selon un point de vue semblable, l'autonomie est très importante car elle suscite un processus constant de réflexion à l'égard de la pratique et engendre de la créativité. L'intervenante concernée explique son point de vue de la façon suivante: dans un contexte de travail où la définition du rôle du travailleur social est vaste, où le service social est la cible de nombreux préjugés, où le travailleur social, à titre de seul représentant du service social, est constamment confronté à des professionnels d'autres disciplines, seule la réflexion est en mesure, selon elle, de soulever la créativité nécessaire, et «d'alimenter» suffisamment le praticien, pour qu'il propose des idées nouvelles. Le praticien démontre alors ce que le travail social peut faire de mieux pour s'ajuster aux besoins des collègues ou des clients, et travaille ainsi à construire et à défendre la place du service social au sein de l'équipe multidisciplinaire et au sein de l'institution. Seule l'autonomie de pratique permet de travailler dans ce sens, et elle constitue alors un défi en soi fort stimulant, pour le praticien.

Un intervenant abonde dans le même sens que l'intervenante précédente. Pour lui, l'autonomie est importante, car elle nous permet de prendre la place qui nous revient, et ainsi de bien représenter le champ du social au sein de l'équipe de travail, dont les membres appartiennent à d'autres disciplines professionnelles. Toutefois, pour y parvenir, il importe de bien représenter la profession, afin que celle-ci soit reconnue comme telle. Pour ce faire, l'autonomie doit alors nous permettre, selon ce praticien, d'expliquer clairement ce que l'on fait et comment on le fait, et d'exprimer par le fait même ce qui appartient au service social. La définition du rôle et l'établissement précis du mandat évitent que l'on recourt aux travailleurs sociaux pour exécuter uniquement des tâches, contribuent à assurer une certaine visibilité du service social au sein de l'équipe multidisciplinaire et encouragent la reconnaissance de la profession.

«... c'est important que l'on soit autonome parce qu'on a la seule vision qui est différente des autres... "on apporte un apport" qui est différent des autres, que si nous on apporte pas, ce n'est pas nécessairement présent... c'est important que l'on soit reconnu comme étant une profession. Souvent on est perçu comme de simples exécutants... »#1

L'importance de l'autonomie en lien avec le client et le milieu

Quelques intervenants ont expliqué l'importance de l'autonomie, par leur action sur le client et le milieu, notamment l'organisme employeur. Selon ces derniers, l'autonomie professionnelle, par sa liberté d'analyse, sa compréhension d'une situation et la mise en place d'un plan d'intervention et d'une forme d'aide, permet, lorsqu'elle est allouée, de répondre plus adéquatement aux besoins des gens pour lesquels ils travaillent, soit les clients, l'employeur et le milieu. Ainsi, elle contribue à offrir une meilleure qualité de service.

L'autonomie est aussi particulièrement importante pour ceux qui considèrent que le rôle du travailleur social est de travailler non seulement avec le client, mais avec la communauté qu'il dessert, et ainsi contribuer au bien-être de la société en général. L'autonomie permet de travailler sur et avec la communauté. À leurs yeux, le travail social a une contribution à apporter dans ce sens et c'est en partie ce à quoi le travail social devrait s'identifier professionnellement.

Enfin, l'autonomie est importante pour le milieu de travail. L'institution n'a pas intérêt, selon une intervenante, à enlever de l'autonomie professionnelle. Elle a au contraire, beaucoup à perdre. Les professionnels ont l'habitude de fonctionner avec une certaine latitude au niveau de l'analyse d'une situation. Tenter d'avoir plus de contrôle sur les gens, quand on s'adresse à des professionnels, ne peut, à son avis, donner de bons résultats, si ce n'est de conduire au burn-out... L'hôpital aurait donc avantage à laisser aux professionnels, le niveau d'autonomie qui leur revient.

L'autonomie est donc importante car:

«... je pense que c'est une question d'abord de qualité de vie au travail parce que, plus on est autonome, plus on est reconnu, plus on fier de soi. Moi je pense que c'est un ingrédient, d'arriver le matin puis d'être heureux de travailler, heureuse de travailler... je pense que c'est ça ou bien le burn-out, les rides, le manque d'aisance... »#5

3.2 Le sentiment d'autonomie

Tous les intervenants interviewés ont le sentiment d'être autonomes dans leur milieu de travail respectif. La reconnaissance et la visibilité que certains disent avoir leur permet de prendre la place qui leur revient et d'être confortables dans leur milieu. Toutefois, chaque intervenant ou presque, fait état d'une autonomie relative. Cette autonomie, ils la ressentent effectivement dans l'organisation de leur travail, et dans la gestion de leurs priorités au quotidien.

«... je peux rentrer le matin puis décider de quelle tournure je vais donner à ma journée sans consulter personne puis ça marche... j'ai une certaine autonomie pour gérer les choses selon comment je me sens.»#2

Ils la ressentent également dans leurs interventions auprès de la clientèle et se sentent libres de faire des recommandations lorsqu'elles s'imposent. Même si ces dernières ne sont pas nécessairement respectées, une intervenante estime être capable de les défendre et de prendre la place qui lui revient.

«...je trouve que j'ai une autonomie par rapport à l'intervention, par rapport aux recommandations que je peux faire. C'est pas sûr qu'on va respecter les recommandations que j'ai faites, mais quand je suis convaincue du bien-fondé, je vais le défendre, puis très souvent, ils vont comme être obligés, à un moment donné, d'en tenir compte.»#8

Par contre, l'autonomie de pratique ne peut être totale car elle s'effectue dans un cadre de travail pourvu de règles que les intervenants sont tenus de respecter. Chaque intervenant interviewé en fait état. Leur autonomie est donc vécue en fonction du fait qu'ils doivent tenir compte à la fois de la philosophie de l'hôpital, du mandat qui leur est attribué par ce dernier, du département de service social et de l'unité de soins ou du programme auquel ils appartiennent. Chacun de ces «niveaux hiérarchiques» a des besoins qui lui sont propres et a un certain nombre d'exigences auxquelles les travailleurs sociaux sont tenus de répondre. Ils ne peuvent travailler et être complètement coupés de la réalité du milieu.

Compte tenu que leur contribution est essentielle au bon fonctionnement du département, les personnes interrogées disent devoir endosser la pression du service lorsque cela s'avère nécessaire, et faire «momentanément abstraction» de leur autonomie de pratique, de sorte qu'ils bénéficient d'une autonomie professionnelle limitée.

«... jusqu'à présent, on a une autonomie professionnelle en tenant compte toujours du milieu où on travaille, des limites de notre intervention, du travail en multidisciplinarité, en interaction avec d'autres, il faut tenir compte de tout ça. Okay. C'est sûr que notre intervention à un moment donné est dirigée, on a des critères à rencontrer, des formulaires à remplir, on a des normes de temps d'intervention, des choses comme ça à respecter, mais dans l'acte professionnel comme tel avec notre clientèle, les choix qu'on fait, les recommandations qu'on doit faire, ça reste quand même de notre champ d'autonomie professionnelle.»#6

3.3 Les déterminants de l'autonomie professionnelle que l'on trouve au sein des équipes de travail

Les intervenants rencontrés ont identifié un grand nombre de déterminants dans leur équipe de travail respective. Ces déterminants sont de deux ordres: il y a ceux qui favorisent l'autonomie, qui sont d'ailleurs assez nombreux, et ceux qui lui nuisent.

Les déterminants positifs

Nombreux sont les intervenants qui ont identifié la reconnaissance de la profession, son respect et la confiance des collègues, comme facteurs favorisant l'autonomie. Selon ces praticiens, la reconnaissance de la profession, de son champ de pratique et de ses actions, encourage l'autonomie, car elle permet aux travailleurs sociaux de prendre la place qui leur revient en milieu hospitalier. Cette reconnaissance doit provenir non seulement des membres de l'équipe multidisciplinaire, mais aussi du chef de service et selon une intervenante, des travailleurs sociaux eux-mêmes.

«Moi je pense que c'est surtout la reconnaissance de qu'est-ce qu'on apporte. La reconnaissance par notre équipe de partenaires, l'équipe multi. Je pense que pour être autonome, il faut être reconnu par les pairs professionnels à juste titre.»#1

Toutefois pour être reconnu, il faut d'abord reconnaître les individus avec lesquels on travaille, leur rôle et leur champ de pratique respectif. Cette reconnaissance ne peut s'effectuer, selon eux, s'il n'y pas au départ, un respect mutuel et une confiance réciproque entre les collègues et le supérieur immédiat (le chef du service social ou le responsable du programme). Lorsque le travail en équipe multi s'effectue dans un climat de bonne entente, de confiance, et de respect à l'égard non seulement de l'individu, mais de son organisation du travail, de son fonctionnement, de ses règles, de l'intervention propre à sa discipline et de son identité professionnelle, chacun des membres se soutient, fait sa part de travail, et il est ainsi plus facile d'être autonome dans son travail. Le respect engage l'échange d'informations, et suscite le partage d'opinions, à partir duquel chacun peut retirer des choses pour son bénéfice personnel ou pour sa pratique. L'autonomie n'est donc pas de croire qu'on détient la vérité, bien au contraire...

«Une reconnaissance du champ de pratique de chacun des individus et une reconnaissance qu'il y a tellement de travail là que tout le monde... on a besoin que tout le monde fasse sa part de travail pour arriver à rendre un service à notre clientèle donc, les déterminants positifs c'est une reconnaissance des pratiques des personnes, mais une bonne entente qui fait que la confiance nous permet de faire ce que l'on a à faire.»#6

Le respect et la confiance sont donc deux facteurs déterminants pour l'autonomie aux yeux de plusieurs intervenants, mais certains d'entre eux font remarquer que le fait de travailler avec les mêmes collègues depuis de nombreuses années facilite l'autonomie, car le climat de confiance et de respect est déjà établi. La stabilité ou la continuité clinique revêtent donc une certaine importance dans l'acquisition de l'autonomie professionnelle.

«Des déterminants susceptibles d'influencer l'exercice professionnel... bon, on est une équipe qui travaillons ensemble depuis plusieurs années, depuis... ça fait 26 ans que je suis ici, donc il y a une reconnaissance des individus.»#6

Ces propos viennent corroborer ceux d'une jeune praticienne qui souligne l'importance de faire sa place, d'aller chercher une certaine crédibilité d'abord, pour ensuite gagner la confiance et le respect des pairs et des collègues.

«... il a fallu que je fasse ma place, mais je pense que j'ai fait des bons coups. Je pense que quand t'es compétent, sans m'enfler la tête, je pense que j'ai fait des bons coups, j'ai laissé ma marque, puis c'est ce qui fait qu'aujourd'hui l'équipe me fait confiance.»#7

Pour cette jeune femme, l'expertise des pairs n'est pas à négliger non plus. L'expertise est très aidante au niveau de l'autonomie, car lorsque vient le temps d'affirmer une position pour le bien du service social, les travailleurs sociaux d'expérience appuient les plus jeunes, permettant à tous d'entretenir une forme de solidarité.

En plus du respect et de la confiance, quelques intervenantes insistent sur le fait que la connaissance du service social est aussi importante. Selon l'une d'elles, le supérieur immédiat, qui n'est pas nécessairement un travailleur social, doit non seulement connaître, mais aussi croire en cette discipline, pour ainsi reconnaître son apport spécifique au sein d'une équipe de travail.

Certaines intervenantes insistent aussi sur l'importance de l'identité professionnelle. Pour l'une d'elle, le respect de l'autonomie passe d'abord par le respect de l'identité professionnelle, car pour elle: «l'autonomie professionnelle, c'est l'identité professionnelle» (sujet #3), alors que pour une autre, l'identité permet d'être plus autonome. Ces points de vue sont malheureusement très peu développés. Nous retenons tout de même l'explication de l'une d'elle, selon laquelle, l'identification à une profession est en soi suffisant pour encourager l'autonomie.

Pour une autre intervenante, certains travailleurs sociaux hospitaliers limitent leurs actions à l'acte clinique comme tel. À son avis, cette façon de travailler n'encourage pas l'autonomie professionnelle, car elle entre en conflit avec l'orientation des travailleurs sociaux qui travaillent davantage avec le milieu et qui préconisent une approche préventive. Avoir une vision

commune de la pratique sociale hospitalière favoriserait davantage l'autonomie.

Le leadership est un déterminant important aux yeux de cette autre intervenante. Le fait d'initier des choses, d'être partie prenante des décisions au niveau de la philosophie du département, de participer à la formation des infirmières, et à la sélection des bénévoles, est un apport qui favorise aussi l'autonomie.

Enfin, travailler seule au sein d'un programme, avec une équipe multidisciplinaire est, pour cette dernière praticienne, un déterminant qui encourage favorablement l'autonomie. Il faut faire preuve de créativité quand on est seule dans une équipe et que l'on veut prendre sa place. Selon un jeune intervenant, ceux qui travaillent seuls, au sein d'équipes et dans le cadre de programmes, ceux-là ont intérêt, de toute façon, à atteindre une forme d'autonomie rapidement, compte tenu des grandes décisions qu'ils ont à prendre et du peu d'encadrement, de formation et de supervision qu'ils reçoivent au début de leur mandat.

«le fait d'être la seule travailleuse sociale dans une équipe, je trouve que c'est un point positif... dis simplement ça pousse dans le dos» #4.

Les déterminants négatifs

En ce qui a trait aux déterminants négatifs, seuls la «méconnaissance» de la profession et le chevauchement des professions ont été identifiés.

Selon certains intervenants, la «méconnaissance» de la profession et l'incompréhension du travail qui en découle, nuisent à la pratique et en l'occurrence à l'autonomie professionnelle.

Aux dires d'une intervenante, le milieu hospitalier ne semble pas toujours éveillé à la réalité sociale d'un patient. Cette observation concerne certains départements de médecine et certains médecins, (en particulier, les plus âgés). Elle constate que ces derniers sont éveillés aux conséquences d'une intervention médicale, mais considèrent peu les conséquences d'une situation

à risque à teneur sociale, ne réalisant pas toujours l'impact que cette dernière peut avoir sur un patient ou ses proches. Étant peu conscients des responsabilités qui incombent au service social hospitalier, et surtout peu préoccupés par cet aspect, ils sont peu soucieux de respecter certaines règles qui relèvent des services sociaux.

«... il y a pas une connaissance de la fonction, de qu'est-ce qu'on fait, de comment on le fait, des règles sociales, c'est la santé, tu sais, la loi des quatre "S", pour eux c'est les deux "S"...ils en savent juste deux sur quatre [soins de santé et services sociaux].»#3

Dans le même ordre d'idées, une intervenante ajoute avoir l'impression que les gestionnaires cette fois, ne connaissent pas et ne comprennent pas ce que les travailleurs sociaux font et sont capables de faire, puisqu'on leur demande de faire des actions qui ne respectent en rien le code d'éthique de la profession. L'exemple suivant est éloquent:

«... ça a été suggéré qu'on devrait prendre un cours de vente pour être capable de mieux sortir les patients, leur vendre des centres d'accueil pas vendables là ... parce qu'on n'était pas de bons vendeurs...»#2

À partir du moment où les autres intervenants, notamment les médecins, et les gestionnaires, connaissent la fonction, les mécanismes et les actions du travail social hospitalier, l'impact malheureux d'une situation à risque est évité, la part de responsabilités qui incombe au travailleur social est respectée et reconnue. L'intervenant est alors autonome et son identité professionnelle est préservée.

Quelques intervenants expriment, quant à eux la crainte, que leur autonomie soit menacée par la présence de professionnels dans leur champ de compétence. Une intervenante ajoute que, compte tenu du peu de temps disponible, et parce qu'ils ont des directives dans ce sens, les intervenants sont tenus, malgré eux, de limiter leur travail en relation d'aide et de faire peu d'accompagnement. En contrepartie, ils y a beaucoup de gens qui pensent pouvoir faire du service social. Certains corps professionnels prennent de plus en plus de place et font beaucoup d'interventions avec la famille. En s'improvisant spécialistes de la relation d'aide, ces professions portent atteinte à l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux hospitaliers.

«... puis l'autre danger qui nous guette à travers tout ça, c'est qu'il y a d'autres professionnels qui essaient de venir chercher, de venir travailler dans notre champ d'intervention, des infirmières cliniciennes pour ne pas les nommer, parfois les ergothérapeutes, d'autres professionnels qui interviennent et qui vont s'improviser spécialistes en relations d'aide, alors que l'on est formé pour ça. Nous là, on nous l'enlève, on nous dit: tu vas arrêter de travailler en relation d'aide et de faire de l'accompagnement avec ces clients-là, parce que l'on a pas le temps et c'est plus pressé de faire autre chose. Mais là, il y a une infirmière clinicienne qui va le faire à ta place en-bas. Moi ça me met hors de moi quand je vois ça... »#8

Selon une intervenante, cette situation crée la dynamique suivante: on fait appel aux services sociaux quand vient le temps de faire des demandes de services, soient matérielles ou financières. Quoique n'arrivant pas souvent, cette façon de faire est vécue par cette dernière, comme un manque de respect à l'égard de l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux hospitaliers. Elle a alors le sentiment de se faire imposer une façon de fonctionner et une façon d'intervenir, qui ne correspond qu'en partie, au spécifique de sa profession, qui est de commander des services.

«... c'est plus du service social que tu fais, c'est de la gestion de services, de demander des appareils finalement... »#3

3.4 Identification de politiques, de règles, ou d'attitudes encourageant ou non l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux hospitaliers

Qu'il s'agisse de politiques, de règles ou d'attitudes, tous les intervenants interrogés, à quelques exceptions près, ont surtout identifié des déterminants qui ne favorisent pas l'autonomie. Ces déterminants sont très nombreux, et présentent une diversité intéressante. Le nombre élevé de patients est celui qui a été le plus identifié. À celui-ci s'ajoutent, la vitesse de roulement ou le taux d'achalandage, la durée de séjour, la perte de gestion des priorités des intervenants, et l'insuffisance de ressources humaines, matérielles et communautaires. Ces déterminants affectent quotidiennement les intervenants dans l'exercice de leurs tâches. Nous les décrivons dans un premier temps.

La politique de la gestion par programmes est aussi mentionnée. Ce déterminant est suivi de près par la perte de représentativité du service social hospitalier et «la mentalité administrative» qui a cours présentement dans le milieu, et qui se traduit notamment par l'évaluation quantitative du travail accompli. D'autres déterminants sont relevés, mais dans une moindre mesure. Ce sont: le manque de formation continue, les changements organisationnels quels qu'ils soient, les règles qui les sous-tendent et l'esprit dans lequel ces règles sont établies. Tous ces déterminants sont plus généraux, mais non moins judicieux. Ils décrivent la situation ou la tendance à venir dans certains hôpitaux. Nous les présenterons dans un deuxième temps.

Hormis une intervenante, plusieurs autres constatent donc que le taux d'achalandage de la clientèle à l'urgence est plus élevé depuis quelques années et est susceptible d'affecter l'autonomie professionnelle.

«... depuis le virage ambulatoire, le rythme est plus accéléré... on a pas une autonomie totale là... »#2

Selon cette intervenante, le taux d'achalandage de la clientèle est à prime abord un déterminant négatif, mais qui est aussi positif, selon la façon dont il est perçu. De son point de vue, ce déterminant est positif dans la mesure où l'affluence de dossiers et le peu de disponibilité des intervenants, imposent de nouvelles façons de travailler qui aident parfois l'intervenant. Faire des rencontres conjointes avec les familles et l'équipe de travail est une façon, par exemple, d'aider l'intervenant, car elle permet de donner des éléments de réponses aux familles, auxquels l'intervenant ne pourrait répondre sans la présence et la collaboration de ses collègues.

«Ça fait qu'on travaille en équipe... on peut voir ça comme moins d'autonomie professionnelle, parce que à un moment donné on est en groupe, on est en équipe, puis chacun doit prendre sa place, mais au niveau du concret, au niveau de la réalité, c'est beaucoup plus aidant parce qu'on a des réponses.»#6

Au taux d'achalandage s'ajoute la durée de séjour. Afin de répondre à la demande, les administrateurs réclament de limiter la durée de séjour des patients. Cette situation implique, dans le quotidien des intervenants, une augmentation de la charge de travail car, depuis le virage ambulatoire, le

nombre de demandes de consultation a augmenté, sans que les effectifs l'aient été. Compte tenu du nombre grandissant de requêtes et du peu d'intervenants, ces mêmes praticiens déplorent le fait qu'ils ont de moins en moins de temps à consacrer à leurs clients. Les gens sont vus dans des périodes de plus en plus courtes.

«Depuis le virage ambulatoire, on a toujours les mêmes effectifs, on a jamais eu d'ajouts d'effectifs. Le virage ambulatoire a fait qu'on a de plus en plus de demandes de consultation, on voit les gens dans des périodes de plus en plus courtes... »#8

«les périodes sont plus courtes, alors on travaille vraiment, vraiment à court terme.»#6

À ce propos, une intervenante fait remarquer que les politiques sociales actuelles présentent l'hôpital comme un lieu de transit, ce qui nécessite une intervention rapide et restreinte.

«les hôpitaux c'est des lieux vraiment de transit, il faut que ça passe vite... donc vous devez intervenir rapidement... »#8

Le travail en accéléré encourage l'intervention à court terme. Les intervenants ont alors moins de temps pour réfléchir, pour bien circonscrire leurs objectifs, et pour faire des plans d'interventions élaborés. Ce type d'intervention ne permet pas autant de faire le tour de la question pour faire en sorte que les clients vivent pleinement leurs hésitations et pour qu'ils soient en mesure de prendre des décisions qui souvent sont fondamentales puisqu'en lien avec un choix éventuel de vie. Dans ce contexte, l'évaluation et la préparation des congés sont presque les seules tâches que les intervenants peuvent réellement effectuer. En restreignant l'intervention, ces nouvelles politiques contraignent l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux.

«... notre travail se limite de plus en plus à évaluer et préparer des congés. Moi je dis qu'on travaille, qu'on évalue les situations pour les CLSC. Maintenant, c'est pratiquement ça.»#8

La pratique sociale hospitalière n'est donc plus tout à fait la même et n'est pas ce qu'elle devrait être aux yeux de la majorité des intervenants concernés.

«... le contexte de travail est plus difficile et n'implique pas tout à fait le même genre de pratique.»#6

La situation générée par l'ampleur des requêtes, et la limite de la durée de séjour, tout cela affecte aussi, selon quelques intervenants, la gestion de leurs priorités d'intervention. Ces derniers font remarquer que les priorités ne sont plus définies par les travailleurs sociaux, mais par les gestionnaires de l'hôpital.

«... c'est l'hôpital qui nous dit c'est quoi nos priorités. Bon ici c'est souvent l'hébergement des personnes en perte d'autonomie, qu'il faut relocaliser rapidement pour les sortir de l'hôpital. Il faut faire ça rapidement. C'est pas nécessairement dans nos priorités, mais bon il faut le faire.»#1

«... la priorité c'est d'évaluer une personne en perte d'autonomie, s'assurer qu'ils vont avoir leurs ressources, leurs services, qui vont être à domicile, bon, ils ont ciblé des clientèles, et ceux qui ne rentrent pas là-dedans, bien eux autres ils passent après... »#8

Les travailleurs sociaux ont alors le sentiment de ne pouvoir gérer leurs priorités tout à fait comme avant, car les priorités de l'hôpital ne correspondent pas nécessairement à celles du travail social, affectant du même coup leur autonomie.

«... il y a dix ans, ... par rapport à toutes les demandes qu'on avait, on avait un petit peu plus de latitude, ... on pouvait se dire, ça c'est des interventions plus prioritaires à faire comme travailleur social.»#8

«... comme on ne peut plus faire nos priorités d'intervention comme avant, je trouve qu'on n'est plus autonome comme on l'a déjà été.»#8

«... on a de moins en moins de pouvoir sur les motifs de consultation. ... Les gens qui seraient tristes, qui seraient dépressifs, la violence conjugale, ... c'est sûr que c'est pas mon prioritaire, parce que quand on m'appelle puis qu'on me dit: ton patient, il a congé demain, c'est lui que je vais aller voir en premier... Ça fait que l'autonomie professionnelle, on en a de moins en moins.»#7

Comme nous venons de le voir, le nombre de dossiers et le peu de temps disponible ne sont pas des conditions qui favorisent l'autonomie. À ces déterminants s'ajoutent, pour certains intervenants, le manque d'outils et de ressources appropriées. Quoiqu'ils soient encouragés à faire preuve de

créativité et à s'impliquer dans le milieu, de jeunes intervenants déplorent le fait qu'on ne leur donne pas nécessairement les moyens pour le faire, tel que dégager des heures de travail afin de favoriser ce genre d'activités professionnelles. S'ils veulent s'impliquer, ils ne reçoivent aucun appui technique et doivent se débrouiller en fonction de leur horaire, sans nuire à leur travail. Puisqu'ils sont déjà très pris par leurs tâches habituelles, ils doivent pratiquement prendre ce temps sur leur temps personnel. L'implication avec et dans le milieu est un moyen d'expression de l'autonomie. De telles mesures ne l'encouragent tout simplement pas.

«... tu peux y aller, mais il faut pas que tu déranges, tu t'occupes de tes affaires. Puis là, quand ils voient que ça fonctionne, ils disent: ah! C'est le fun que tu sois dynamique de même puis que tu participes, mais on ne te donne pas plus d'outils pour le faire.»#3

Les ressources communautaires sont aussi, selon le point de vue d'un intervenant, souvent inadéquates et nuisent à l'autonomie. À son avis, ces ressources ne répondent plus aux besoins, à la demande, compte tenu du très grand nombre de cas lourds avec lesquels les intervenants doivent composer. De plus, le mandat restreint du travailleur social, et les divergences de points de vue qui peuvent survenir, d'une ressource à l'autre, limitent le pouvoir de l'intervenant, ne lui permettant pas toujours de rencontrer les besoins de sa clientèle.

La politique de gestion par programmes soulève, quant à elle, beaucoup d'inquiétudes car elle regroupe les professionnels de toutes les disciplines autour d'un programme. Les départements de services sont alors abolis. En perdant leur département de service social, les travailleurs sociaux perdent un lieu d'identification et d'échanges. Ce changement organisationnel entretient l'isolement des intervenants, au détriment de leur autonomie. Plusieurs des intervenants rencontrés sont inquiets face à cette situation et se sentent menacés dans leur autonomie, par cette situation. Selon le point de vue d'une intervenante, l'autonomie se construit autour d'un pôle, d'une unité avec laquelle s'établit un certain pouvoir. La décentralisation des services affaiblit l'autonomie et ne la favorise pas car elle «défait les troupes», enlève cette unité, empêche le partage et divise les individus.

Pour une autre intervenante, la perte de ce lieu d'échange implique une perte de pouvoir du service social et de sa représentativité. Perte de représentativité notamment par le fait que, suite à des coupures d'effectifs, des postes cadres en service social sont coupés et ne sont pas remplacés par des travailleurs sociaux. Lorsqu'ils sont comblés, ces postes sont attribués à des intervenants qui appartiennent à d'autres disciplines.

«on coupe des postes de cadres de service social, on en a coupé beaucoup dans les dernières années... où on peut être représenté dans la structure hospitalière? Il y a des décisions qui se prennent, des programmes qui sont en préparation, il y a des discussions par rapport à ça; où on est nous? Ça se discute, les médecins, les infirmières... ah! Le service social, il faudrait peut-être faire telle chose, mais on est pas là pour le dire, on est pas là pour prendre notre place... On a plus de représentant.»#8

«...en étant rendu «en équipe» on a plus de chef de service social. Qui va parler pour nous et qui va avoir un pouvoir décisionnel pour le département de service social, parce qu'elle ne sera plus là, les pouvoirs décisionnels vont venir du coordonnateur et du chef de programme, ça fait que bon, est-ce que l'on sera respecté?...#3

Cette situation inquiète la plupart des travailleurs sociaux interrogés, car en plus de ne pas être identifiés à un service, les intervenants font remarquer que la personne qui représente le service social, ne partage pas nécessairement la philosophie, l'approche, ou les points de vue préconisés par le service social, puisqu'elle n'appartient pas à la même discipline professionnelle. Si le gestionnaire en titre ne partage pas la vision des travailleurs sociaux sur ce que devrait être le service social hospitalier, et qu'il a peu ou pas de reconnaissance à l'endroit de ce travail, les intervenants sont justifiés de s'interroger sur l'avenir de leur autonomie professionnelle et sur la façon dont ils seront évalués.

«Le fait qu'on va changer bientôt par programme on n'a plus le service et que la personne qui est notre gestionnaire n'a plus cette philosophie... à ce moment-là, est-ce que l'autonomie professionnelle est en péril? Peut-être que oui... Peut-être qu'on va avoir à répondre à plus de normes de contrôle... en tout cas moi je pense que c'est pas bon pour personne, là, ni pour la clientèle, ni pour les gestionnaires, parce que c'est pas le sens de notre travail... Je pense que tout le monde a beaucoup à perdre de ne pas avoir un souci de cette autonomie professionnelle.»#6

«si on a pas, à un moment donné, un cadre qui a une formation en travail social pour aller sur les comités qui peut, quand il y a des programmes, participer, puis représenter notre protection, qu'on ait notre place... plus ça va, plus on se fait définir par les autres, alors que l'autonomie professionnelle, ça va être quoi.? C'est comme la dégringolade.»#8

Comme nous l'avons vu précédemment, les coupures de postes affectent aussi les intervenants. Ces coupures augmentent leur charge de travail. Ils ont plus de dossiers à traiter, les clientèles sont plus lourdes, et ils doivent intervenir rapidement afin de répondre à la demande. Ce contexte de travail n'alimente pas le désir d'implication professionnelle des intervenants. Ils n'ont tout simplement pas le temps et ne sont pas remplacés lorsqu'ils s'absentent. Aux yeux d'une intervenante, cette situation ne favorise pas l'autonomie car les activités professionnelles qui auraient pour objectifs de faire connaître et faire valoir la profession ne sont pas entreprises. Comme la visibilité du travail social est affectée, la représentativité de la profession est altérée à son tour, et il devient alors plus difficile, dans ces circonstances, de se faire respecter professionnellement et de recevoir un appui, un support de la direction.

Réagissant au fait que, contrairement au service social, d'autres corps professionnels sont encouragés lorsque certains d'entre eux veulent s'impliquer - ils sont, par exemple, remplacés -, cette intervenante constate que l'appui provient du fait qu'ils sont nombreux. Le *prorata* du nombre de praticiens appartenant à une profession accorde certains privilèges. Ainsi favorisés, ces professionnels ont, selon elle, plus de facilité à se faire reconnaître et à se faire respecter, obtenant ainsi plus de pouvoir au sein de l'établissement de santé concerné.

«Je pense que le respect de l'autonomie professionnelle, ça marche aussi au prorata... »#3

«Ça fait que le pouvoir se fait au prorata des groupes professionnels, puis le prorata des groupes professionnels quand on décentralise, il est très faible.»#3

La politique de la gestion par programmes soulève en effet la crainte, chez certains intervenants, de ne pas être respectés comme professionnels et dans leur autonomie. À cet égard, une intervenante exprime la crainte que la gestion par programmes imbrique les travailleurs sociaux dans un fonctionnement qui ne correspond pas au leur. Les intervenants qui partagent cette inquiétude ont peur d'être encadrés dans leurs interventions, alors que leur travail ne s'y prête pas vraiment. Cette appréhension est justifiée dans la mesure où le travail social n'intervient pas de façon systématique, comme le font les disciplines professionnelles du secteur de la santé (ex.: la médecine). Les travailleurs sociaux interviennent différemment, selon la situation et le problème rencontrés. Pour ce faire, ils ont besoin d'une liberté d'analyse et d'action, notamment au niveau de la gestion de leur temps. Les autres professionnels ont un encadrement plus limité, plus restrictif, et une gestion plus serrée. La gestion par programmes pourrait, selon leurs dires, les contraindre dans leur travail et dans leur autonomie.

La mentalité administrative qui a cours présentement dans le milieu fait également réagir plusieurs des intervenants rencontrés.

«On gère des budgets, on gère plus des patients, on gère des budgets, c'est ça qu'on gère.»#7

Cette mentalité se traduit notamment par les pressions qu'exercent les gestionnaires sur les intervenants, dans l'exercice de leurs fonctions. Ces derniers se plaignent des pressions qui sont exercées sur eux à l'effet qu'ils doivent libérer des lits actifs sur les étages afin de désengorger les urgences.

«...je pense que c'est au sein du service social qu'il y a de plus en plus de pression, parce que quand ils parlent que les urgences débordent, c'est tout le temps nous, au niveau des personnes âgées, qui occupent des lits actifs. Et c'est qui, qui libèrent ces lits actifs-là? C'est les travailleurs sociaux.»#1

Mais, comme le fait remarquer une intervenante, il n'est pas toujours possible de libérer le nombre de lits demandés. Certains lits sont occupés par des patients qui attendent une réponse d'hébergement, alors que d'autres ne peuvent sortir à cause de leur état de santé. En outre, il n'est pas évident de

convaincre des patients de changer d'orientation à l'égard de leur sortie de l'hôpital. Aux dires d'un autre intervenant, les gestionnaires ne semblent pas se préoccuper des difficultés rencontrées et ne se soucient guère plus des moyens utilisés. Seul semble les intéresser le nombre de lits libérés. Des intervenants sentent que c'est sur eux que reposent la responsabilité d'exécuter cette directive, alors que les gestionnaires se déresponsabilisent à l'égard du problème de l'engorgement des urgences.

«... moi je trouve qu'on nous remet beaucoup la responsabilité, puis les responsables au niveau des gestionnaires des hôpitaux, ils veulent pas régler ces problèmes-là, ils nous laissent ça entre les mains, mais débrouillez-vous. On se sent peu supportés là-dedans.»#1

«Toi , tu te sens tout seul un peu finalement là, débrouillez-vous avec ça , là, mais c'est votre problème aussi, mais ça , ils ne le reconnaissent pas, c'est nous autres qui peut régler ça.»#1

Selon le point de vue des praticiens, l'issue de ce problème, ne peut uniquement résider, dans la réduction du nombre de lits actifs occupés. Comme le fait remarquer une intervenante, alors que la population vieillit et que les besoins augmentent, il n'est pas logique de réduire le nombre de patients en hébergement. Afin de pallier à cette situation critique, d'autres solutions sont requises. Par ailleurs, compte tenu que cette attitude est endossée par la régie, les intervenants ne se sentent pas davantage appuyés.

«...je sens que la pression n'est pas mise au bon endroit, alors il y a quelque chose d'autre à faire. C'est prouvé là qu'on a de plus en plus de personnes âgées dans le secteur, alors comment on peut penser qu'on va en avoir de moins en moins en hébergement; c'est illogique. Moi, je sens que je n'ai pas à endosser l'illogisme gestionnel.»#2

Cette attitude n'est pas nécessairement favorable à l'autonomie car, selon une intervenante, elle ne permet pas d'avoir toute la latitude nécessaire et le temps disponible pour évaluer de façon bien spécifique les besoins des clients et les possibilités d'intervention en lien avec ces derniers. Il est difficile dans ces conditions, de travailler rapidement et efficacement.

Concomitante à la mentalité administrative, la logique administrative est aussi dénoncée par quelques intervenants. Selon le point de vue administratif, statistiquement parlant, les clientèles sont toutes sur un pied

d'égalité, quelque soit le type d'intervention ou l'ampleur de travail que le cas demande; si bien qu'un cas en égale un autre. Les statistiques calculent le nombre de requêtes, mais ne tiennent pas compte de la lourdeur de la clientèle. L'évaluation quantitative du travail accompli par les intervenants ne permet pas de faire ressortir toutes les interventions des professionnels et l'ampleur de celles-ci. Ainsi, les travailleurs sociaux ne peuvent être évalués à leur juste valeur, et on ne rend pas justice à la discipline comme telle.

Le manque de formation continue est un déterminant qui, aux yeux de certains, affecte aussi l'autonomie professionnelle. Une intervenante déplore le fait que les possibilités de réflexion et de ressourcement sont moins nombreuses qu'auparavant, et ajoute qu'elles limitent l'acquisition des connaissances, le développement de la pratique, et coupent l'intervenant de son autonomie. La formation continue a l'avantage de réunir des travailleurs sociaux de plusieurs hôpitaux autour d'une problématique précise. Selon une intervenante, la formation continue constitue une source de motivation et de stimulation, car elle leur permet d'établir un point de rencontre où chacun peut réfléchir sur leur rôle, leur place, exprimer ce qu'il vit et échanger à ce sujet. Lorsque des difficultés sont discutées entre pairs, il est alors possible de se fixer de nouveaux objectifs et de se mettre d'accord sur une stratégie d'ensemble, avant de repartir chacun dans son milieu avec son équipe. Ils estiment que la formation permet aux intervenants de se renforcer mutuellement et ainsi de conforter leur identité professionnelle. Cette possibilité de regroupement, et l'établissement d'un lieu commun d'échanges, évitent de se sentir isolé et encouragent l'autonomie.

Pour cet autre intervenant, il faut non seulement être formé, mais il faut aussi être supervisé et encadré au niveau clinique. Certes, l'autonomie est importante, mais il faut aussi être soutenu dans cette autonomie lorsque surviennent des situations d'intervention particulièrement difficiles.

Afin de contrer le manque de formation, quelques intervenants disent se regrouper entre eux lorsqu'un problème se présente, ou même informellement, dans le but de s'appuyer mutuellement et de rester à l'affût de leurs besoins.

Sans cibler un changement organisationnel en particulier, une intervenante affirme qu'ils sont tous susceptibles de nuire à l'autonomie. Son point de vue est partagé par certains de ses collègues. Voici tout de même ceux qu'elle énumère:

«la fermeture ou la fusion d'établissements, les changements de vocation de certains de ces établissements de santé, les restructurations administratives à répétition, les priorités mises sur les impératifs d'ordre technocratique, administrative et budgétaire, plutôt que clinique dans le découpage des services aux usagers, le travail à relais, à la chaîne, le système à guichet unique, le recours à la sous-traitance, l'encadrement visant de plus en plus l'augmentation de la performance du personnel et le contrôle des coûts, plutôt que la qualité des services aux usagers.»#5

Dans un contexte de changements, une intervenante dit se sentir un peu comme une marionnette, car elle n'a pas le sentiment d'être partie prenante des grandes décisions. Quoique consultée aux dires de l'administration, elle dit n'être en réalité, qu'informée des changements à venir. En mettant l'accent sur le côté administratif plutôt que de se centrer sur le client, comme les gestionnaires le prétendent, elle n'a pas l'impression que ses connaissances et son expertise sont réellement considérées lorsque les décisions sont prises, car les règles et les politiques qui accompagnent ces changements ont souvent, à son avis, un impact écrasant sur les services aux usagers.

Déplorant ces politiques et la façon par laquelle les règles doivent être exécutées, cette intervenante affirme, qu'il faut malgré tout, apprendre à composer avec ça. Par contre, cet aspect négatif du travail peut toujours, selon cette dernière, diminuer la motivation, le dynamisme, et restreindre l'autonomie.

Enfin, pour cette dernière intervenante, le cadre de travail est déterminant en ce qui a trait à l'autonomie. Elle explique son point de vue dans ces termes: les règles sont présentes dans tous les milieux de travail, mais le sont davantage dans certains milieux. Ces milieux sont habituellement plus contrôlants et contraignants. Dans de tels contextes de travail, il est bien entendu difficile de faire preuve d'autonomie. Afin d'encourager l'autonomie, les règles doivent être faites dans un esprit de respect et de confiance; si c'est fait dans un tel esprit, ça se tolère beaucoup mieux. À ce

moment, le cadre de travail devient aidant et pas seulement contraignant. Tout se résume donc dans la façon dont on gère ce cadre de travail. Si les politiques de l'institution sont faites surtout pour contrôler, cela devient difficile. Si elles sont faites pour aider, parce que l'on a du respect, cela va dans le sens du respect de l'autonomie; ainsi l'on ressent un soulagement. Alors que lorsqu'il y a coercition, le respect a tendance à se perdre.

Dans le même ordre d'idées, mais dans une moindre mesure, certains intervenants font remarquer que l'ouverture d'une organisation à l'égard du service social et l'établissement d'une tradition dans ce sens, ont également un impact positif sur l'autonomie des intervenants. La distance physique, comme le fait d'être rattaché à une clinique qui se trouve à l'extérieur de l'hôpital, cela peut aussi, aux yeux de ces derniers, favoriser l'autonomie.

Données supplémentaires

L'impact psychologique de ces changements organisationnels a également été abordé par plusieurs des intervenants que nous avons rencontrés. Quoique non lié à l'autonomie comme tel, nous présentons en terminant, l'essentiel de leurs propos.

Pour une intervenante, ces changements sont très exigeants, car ils nécessitent une grande capacité d'adaptation. Selon elle, il faut être un peu «acrobate» pour affronter tous ces changements. D'ailleurs, une autre intervenante constate que, depuis deux ans, les gens travaillent moins bien. Ils sont essouffés, fatigués. Plusieurs démissionnent, alors que d'autres sont victimes d'épuisement professionnel. De même, une intervenante soutient que la politique de la gestion par programmes contraint les praticiens, à travailler auprès d'une seule et même clientèle. Pour cette intervenante, cet aspect de la politique est nuisible, dans la mesure où elle empêche l'introduction d'une diversité au niveau de l'intervention. La diversité est importante à ses yeux, car elle aide à tenir les gens en haleine, et évitent qu'ils s'essouffent trop rapidement. Émettant l'hypothèse que le travail dans un programme peut contribuer à augmenter la compétence de l'intervenant dans un champ d'action, elle croit tout de même qu'un intervenant essouffé se sent moins bien au travail.

Comme le remarque cette autre praticienne, les intervenants sont fatigués au plan du travail car ils sont, selon elle, psychologiquement las d'avoir beaucoup de pression et d'avoir une lourde tâche. Ce n'est donc pas parce qu'ils ne croient pas en leur travail, n'aiment pas leur environnement ou ce qu'ils font. Elle croit plutôt que c'est parce qu'ils doivent en assumer plus, sont de plus en plus seuls et n'ont plus de soutien.

«on perd des éléments, puis, si la tendance se maintient, ce ne sera pas évident de maintenir une qualité d'intervention professionnelle.»#6

Appuyant ces dires, une intervenante ajoute que l'isolement rend le travailleur plus vulnérable, et est susceptible de l'affecter dans sa motivation et sa confiance; quand il est seul, il lui est difficile d'être motivé lorsque le contexte de travail est exigeant. Pour elle, un travailleur qui vit de tels sentiments a de la difficulté à se tenir à jour professionnellement et peut difficilement donner une bonne performance. Le fait d'être regroupés autour d'un service, par exemple, permet au contraire que tous s'encouragent et s'entraident. Le regroupement laisse place au ressourcement, il permet d'échanger sur la pratique, sur les façons de faire, et sur les inquiétudes qui se dégagent. À son avis, cette façon de faire constitue un «plus» pour l'organisation, la clientèle et la pratique, alors que le courant actuel représente plutôt une perte, à tous ces niveaux.

3.5 Sens et importance de la définition de l'autonomie proposée et raisons invoquées à l'égard de son importance

Jusqu'à maintenant, nous avons décrit les réponses des intervenants aux six premières questions de l'entrevue. Nous présentons maintenant, les réponses aux six dernières. Si les réponses semblent parfois répétitives, c'est que les questions portent sur les mêmes thèmes, à la différence près, qu'elles invitent cette fois les intervenants à réagir sur la définition de l'autonomie que nous proposons, ainsi que sur les déterminants que nous avons identifiés à l'aide de la littérature.

La définition de l'autonomie professionnelle que nous proposons est constituée de trois dimensions, qui sont: l'autonomie de gestion, l'autonomie d'action et l'autonomie de pensée et d'opinion. Nous avons vérifié auprès de nos sujets si cette définition fait du sens pour eux. À cette question, tous les intervenants rencontrés nous ont assuré que oui. À une exception près, les intervenants disent reconnaître leurs propos dans les trois dimensions. Certains d'entre eux constatent qu'ils se réfèrent davantage à l'autonomie d'action, mais reconnaissent tout de même, la présence et la pertinence des deux autres dimensions. Ainsi présentée, notre définition permet même, aux dires d'un intervenant, de voir clairement où ils ont plus ou moins de contrôle et de pouvoir.

Les intervenants se sont également prononcés sur chacune des dimensions de l'autonomie que nous avons suggérées, afin que nous puissions évaluer l'importance qui leur était attachée. Ils devaient les qualifier de très importante, d'assez importante, de plus ou moins, de peu ou de pas importante. Voyons voir, maintenant, les raisons qu'ont invoqué les praticiens pour justifier le niveau d'importance qu'ils attachent à chacune des dimensions de l'autonomie.

1^{ère} dimension: l'autonomie de gestion

Dans l'ensemble, les intervenants interviewés considèrent que l'autonomie de gestion est importante car elle leur donne la possibilité de s'exprimer sur l'organisation du travail et d'avoir un certain pouvoir sur les décisions en lien avec celui-ci. Aux dires d'une intervenante, le fait de pratiquer au quotidien dans un cadre, place les travailleurs sociaux dans une position qui les autorise à préciser dans quelle mesure les changements en lien avec leur travail doivent être apportés.

Selon une autre intervenante, l'autonomie de gestion laisse place à une forme de création, puisque le travail en comités permet d'envisager de nouvelles façons de travailler avec l'employeur. En donnant leur point de vue, les travailleurs sociaux peuvent réorganiser leur travail, et dans certains cas le simplifier, plutôt que de se faire improviser des façons de faire ou des procédures de travail qui ne respectent pas nécessairement la logique d'une

bonne intervention psycho-sociale. En s'exprimant, les travailleurs sociaux sensibilisent également les gestionnaires à leur travail, leur rappellent ce qui est fondamental, et s'assurent qu'ils ont la connaissance de la profession. Cet aspect du travail fait partie de leur rôle, de leur marge de manoeuvre, valorise l'identité du service social et contribue, selon des praticiens, à bien desservir un client et à donner un service de qualité.

Ce pouvoir n'est toutefois pas très grand, ce que dénonce la majorité des intervenants. Puisque l'accès à cette dimension de l'autonomie est rare et difficile, l'autonomie de gestion est pour certains praticiens, moins importante. Mais même si ce pouvoir est limité, une intervenante apprécie le fait de savoir qu'elle a un certain pouvoir et qu'elle peut l'utiliser, si elle n'est pas à l'aise avec quelque chose et que cela lui nuit dans son travail.

L'autonomie de gestion procure une prise sur le réel, qui, pour certains, est une source importante de satisfaction au travail. Pour une intervenante, s'impliquer au niveau de la gestion donne le sentiment de se sentir concernée, ce qui permet un plus grand investissement dans son travail.

«La possibilité de participer aux décisions qui nous concernent est essentielle, sinon, comment peut-on avoir une prise sur le réel, comment peut-on être efficace et exercer nos compétences si on a jamais un mot à dire sur la façon de bien organiser le travail et par rapport aux priorités qu'on a délimitées?... Si tu ne fais pas ça, comment peux-tu être satisfait de ton travail?»#8

2^e dimension: l'autonomie d'action

Comme nous l'avons vu, l'autonomie d'action est très importante pour tous les intervenants. C'est dans cette dimension que certains disent se reconnaître, se retrouver, alors que d'autres y voient le noyau de la pratique. Aux yeux d'un intervenant, l'autonomie d'action est la dimension la plus valorisante du travail. C'est la dimension qui, à son avis, met le plus en valeur la formation reçue.

L'autonomie d'action est donc fondamentale pour plusieurs d'entre eux. «Elle est leur quotidien». Sans elle, une intervenante affirme qu'un praticien ne peut fonctionner, ne peut pratiquer. On sait déjà que, l'autonomie d'action

est limitée par le temps et la durée d'intervention. Malgré cela, elle doit permettre, aux dires de cette intervenante, d'exercer la liberté nécessaire pour prioriser les cas, choisir le type d'intervention, le temps, la durée, et le moment de celle-ci. Elle offre ainsi la possibilité de pouvoir décider comment on aborde les gens, comment on les fait travailler par rapport à un cheminement, quel outil on va employer pour leur faire comprendre la réalité, et les amener à prendre une décision.

«L'autonomie d'action, c'est plus que mon quotidien, je veux dire que si je ne peux pas décider c'est quoi que je fais, moi je ne pourrais pas. Tant qu'à ça, je vais aller faire du travail à la chaîne, si je ne peux pas décider. ... Non, moi ça me prend ça, ça me prend l'autonomie d'action sinon, c'est bien de valeur mais ça ne marche pas.»#7

Pour certains intervenants, cette capacité de décider en lien avec le travail est primordiale, car elle procure le sentiment de contrôler minimalement les méthodes de travail. Pour eux, le contrôle de leur environnement de travail est essentiel en ce qui a trait à l'accomplissement de la tâche. Si tel n'est pas le cas, la pratique professionnelle du service social hospitalier risque, à leur avis, d'être affectée et peut rendre le travail moins motivant et satisfaisant.

«Si t'as toujours le sentiment que tu contrôles rien, c'est la déprime. Puis au niveau des conditions de pratique, ça va vers une pratique qui est probablement moins bonne. C'est moins motivant et moins satisfaisant.»#8

L'autonomie d'action est importante non seulement pour la capacité de contrôle qu'elle suscite, mais aussi parce qu'elle permet un contact direct et étroit avec la clientèle. C'est, selon l'avis d'une intervenante, ce qui lui permet de faire des choses importantes et particulièrement intéressantes. À son niveau, le travail est concret. Elle peut, si elle le désire, initier et implanter des projets, tout en ayant le «pouvoir et la latitude» nécessaires pour le faire. Cette dimension touche directement son organisation du travail et le contact avec le patient. Contrairement à l'autonomie de gestion où elle est toujours consultée, l'autonomie d'action lui permet d'être plus décisionnelle, ou, du moins, d'exercer plus d'influence, et c'est ce qu'elle apprécie particulièrement. Dans un sens, cette intervenante soutient avoir beaucoup de pouvoir, car elle peut, à tout le moins, influencer la décision.

«Je suis plus présente au niveau clinique. C'est là que je peux faire des choses importantes. ... En-bas, t'es plus décisionnel, t'as un peu plus de pouvoir ... je dirais d'influence, parce que tu amènes une philosophie, une façon de travailler, tu proposes, tu suggères à des gens avec qui tu vas aussi le faire, ... tu travailles en collaboration, t'apportes ton expertise mais ils ont aussi la leur, il y a un échange, c'est ça le contexte...»#9

Enfin, une intervenante ajoute que l'autonomie d'action est importante en ce sens où, plus on a un droit de regard sur la charge de travail à venir et sur les mécanismes d'absorption des crises, plus la marge de manoeuvre est grande. Une intervenante qui abonde dans le même sens, affirme quant à elle, que, plus on sent qu'on a une latitude dans le travail qu'on fait, c'est-à-dire un degré de liberté, plus on peut faire des choses qui vont prendre en compte les besoins des clients qui ont été identifiés, et ainsi concourir à leur offrir un meilleur service. Si on a pas la capacité d'être autonome dans l'action, on est limité dans l'action, et on reste avec ce sentiment. Cela va à l'encontre du sentiment d'autonomie nécessaire à l'exercice de la profession.

3^e dimension: l'autonomie de pensée et d'opinion

Tous les intervenants interrogés s'entendent pour dire que l'autonomie de pensée et d'opinion est importante. Une intervenante affirme même que, sans cette dimension, le travail social ne revête plus le même sens à ses yeux. Plusieurs d'entre eux considèrent qu'elle est donc très importante, alors que les autres la trouvent assez importante. Pour ces derniers, elle l'est moins, essentiellement à cause du peu de place qui lui est accordée.

Tous trouvent important d'avoir du temps, à un moment donné, pour réfléchir et écrire sur sa pratique, afin de développer des nouvelles philosophies d'intervention, de nouvelles approches ou des nouvelles façons d'intervenir. Ces temps de réflexion peuvent s'effectuer seul ou par l'entremise de formations, de colloques, ou de regroupements de travailleurs sociaux, qui, souvent, ont lieu à l'extérieur du milieu de travail. Ces moments de recueillement, ou ces lieux d'écoute et d'échanges, permettent à chacun de faire preuve de créativité et d'initier, s'ils le désirent, des changements ou des démarches, dans leur milieu de travail respectif. Lorsque ces démarches sont nombreuses et inventives, elles contribuent, selon un intervenant, à

augmenter le sentiment de satisfaction au travail. Ces propos rejoignent ceux d'un autre intervenant, dans la mesure où celui-ci stipule qu'un praticien développe, à son avis, le sentiment d'avoir un certain pouvoir sur la qualité de son travail à partir du moment où il sent qu'il a du pouvoir sur son travail. Avoir du pouvoir sur son travail, c'est aussi avoir le pouvoir de créer des choses. Considérant que la visibilité du travailleur social repose sur sa créativité, ces temps d'arrêt, qu'ils soient vécus seuls ou en groupes, contribuent à faire valoir l'autonomie.

Toutefois, malgré l'importance qui lui est attribuée, l'autonomie de pensée et d'opinion est souvent laissée-pour-compte dans le concret, dans le quotidien. La réalité des milieux de travail permet peu aux intervenants de prendre ces temps d'arrêt, soit parce qu'ils n'ont pas le temps et ne sont pas remplacés dans leur travail, de sorte que les tâches à accomplir s'accumulent, soit parce que ce temps ne leur est tout simplement pas alloué par l'employeur. Considérant la charge de travail, l'énergie, la disponibilité, le temps et l'argent que ce type d'engagement implique, l'autonomie de pensée et d'opinion est peu valorisée, et peu de praticiens sont enclins à s'investir dans ce sens, à moins de faire du temps supplémentaire, ce que peu d'entre eux font. C'est pour ces raisons que certains praticiens accordent moins d'importance à cette dimension.

«Bon, c'est certain que c'est intéressant d'aller suivre des formations mais on est pas remplacé. Donc, quand on est pas remplacé, tu reviens puis tu reprends le travail où tu l'as laissé. ... On voudrait penser à des nouvelles pratiques mais on a pas le temps, puis on nous repousse vers l'action, alors on ne prend pas le temps de dire: est-ce qu'on peut trouver des moyens pour nous permettre de nous libérer, puis de voir comment on pourrait mieux organiser notre travail?»#1

Pour une intervenante, les opportunités qu'avaient les praticiens de se mobiliser pour créer de nouvelles pratiques, initier des projets et sensibiliser différentes instances institutionnelles, assuraient la qualité de l'intervention professionnelle et permettaient aux praticiens, aux clients et aux employeurs, d'en bénéficier. Maintenant, ce type d'intervention est peu encouragé, car il est perçu par les gestionnaires comme de l'intervention pointue, un luxe superflu que le milieu ne peut plus se permettre. Selon leur point de vue, cela ne constitue pas une perte de qualité, puisque les résultats auprès des clients

sont les mêmes. Ce point de vue n'est évidemment pas partagé par les intervenants.

3.6 L'autonomie allouée

Ici, nous avons posé à nos sujets, la question suivante: dans votre milieu de travail, vous allouez-t-on de l'autonomie de gestion, d'action de pensée et d'opinion?

1^{ère} dimension: l'autonomie de gestion allouée

Tous les intervenants interviewés affirment avoir une certaine autonomie de gestion. Elle dépend des milieux de travail. Mais la majorité d'entre eux, affirme en avoir peu. Quelques praticiens observent que l'autonomie allouée est moins grande, surtout depuis deux ou trois ans.

Au sein des comités consultatifs auxquels ils sont conviés, les intervenants reconnaissent avoir une petite place pour exprimer leurs besoins au niveau de la gestion. Ils sentent une ouverture de la part des gestionnaires. Ces derniers se disent prêts à écouter et à entendre leurs requêtes. Toutefois, cette ouverture ne garantit pas l'application de mesures qui seraient en lien avec les besoins exprimés. Compte tenu que les praticiens n'ont aucun pouvoir sur l'établissement des politiques et de contrôle sur l'organisation des moyens, les intervenants sont peu nombreux à croire au bien-fondé de ces comités et à une implication à ce niveau. Une intervenante dit s'y présenter seulement lorsque cela lui est demandé. Un intervenant dit, quant à lui, se sentir démuni, car il sent qu'il n'a pas de pouvoir sur ce plan. Une autre dit ne même pas avoir l'énergie pour penser à des stratégies qui lui permettraient d'en avoir. Cette situation justifie le peu d'empressement qu'ils ont à se joindre à ce genre de comités. Les intervenants sont donc peu nombreux à saisir ces occasions et à revendiquer leur autonomie de gestion.

«...je pourrais faire partie de comités. Il y a une ouverture là, mais je ne la prends pas. Je pense pas que même si j'ai la possibilité de faire partie de comités, j'ai pas l'impression que j'aurais un gros pouvoir...»#2

«... au niveau de la gestion je vais y aller, quand on me demande, j'y vais toujours, puis je dis mon opinion, je ne suis pas silencieuse, mais c'est pas quelque chose que je crois beaucoup... mais honnêtement je vais dire mon point de vue mais en sachant que c'est une petite pièce de théâtre, mais c'est pas grave, je fais l'actrice.»#9

Malgré le fait que les praticiens ont le sentiment d'avoir peu de pouvoir à ce niveau, un intervenant pense qu'ils ont peut-être plus de pouvoir qu'ils ne le croient. À son avis, les praticiens sont tellement centrés sur l'action qu'ils ne prennent pas nécessairement conscience du pouvoir qu'ils ont, ce qui les empêche d'en prendre plus.

Par contre, l'autonomie de gestion donne effectivement la possibilité de participer aux décisions, selon les dires des praticiens, mais elle est limitée, dans les faits, au service et à son organisation du travail. Hormis une intervenante qui se sent de moins en moins sollicitée à ce niveau, l'ensemble des intervenants dit avoir un peu plus de pouvoir au sein de leur unité ou de leur équipe de travail. Pour ce faire, la collaboration est toutefois nécessaire entre les membres de l'équipe et le chef de service.

«... on a quand même une petite autonomie de gestion par rapport à l'ensemble de l'hôpital. Dans notre quotidien, on peut avoir un plus de pouvoir par rapport à notre unité, des choses comme ça, mais dans l'ensemble c'est une petite place.»#6

2^e dimension: l'autonomie d'action allouée

L'autonomie d'action fait l'unanimité. Tous les intervenants disent avoir cette autonomie. En général, ils sont assez libres de gérer les choses à leur façon, et ont peu de comptes à rendre au plan de l'action. Ils ont donc la liberté d'action nécessaire pour analyser une situation et élaborer un plan d'intervention.

Comme nous l'avons vu, leur autonomie est toutefois limitée par un certain nombre de contraintes telles que: le mandat de l'institution, la durée de séjour, le nombre de requêtes ou le cadre d'un programme. Malgré ces contraintes, les intervenants considèrent que leur marge de manoeuvre est encore assez grande et n'en semblent pas affectés outre mesure. Certains émettent quand même des craintes par rapport à l'avenir. Une intervenante fait remarquer

que les priorités sont de plus en plus établies par les gestionnaires. L'intervenant doit d'abord répondre à ces priorités, avant de réellement bénéficier de sa marge de manoeuvre. L'instauration éventuelle de la gestion par programmes inquiète cette intervenante et certains de ses pairs, car elle pourrait accentuer cette ingérence et ainsi nuire à l'autonomie d'action. Selon une intervenante, les travailleurs sociaux hospitaliers sont en train de perdre leur autonomie d'action.

3^e dimension: l'autonomie de pensée et d'opinion allouée

La plupart des intervenants soutiennent que l'institution présente l'ouverture nécessaire pour qu'ils puissent initier des projets, des démarches, ou créer de nouvelles façons d'intervenir. Cependant, une intervenante rappelle que ces innovations doivent s'effectuer à l'intérieur d'un cadre, celui du programme auquel le travailleur social appartient, et en respectant le mandat qui lui a été attribué. Malgré cette ouverture, plusieurs des intervenants rencontrés disent ne pas profiter de cette autonomie, car le travail ne leur donne pas le temps et l'énergie nécessaires pour s'investir davantage.

«Je sais que si j'ai une opinion sur quelque chose, si j'ai une idée, je sais que j'aurais de l'écoute. On va pas me retourner, mais il faut que je mette l'énergie. Bon, c'est sûr que si je décidais de faire du temps supplémentaire, ce que je peux pas parce que j'ai des enfants et j'habite loin, je sais que si ça ne me dérangeait pas de rester plus tard puis de faire des choses, je sais que je pourrais me servir de cette autonomie là. Elle est disponible. C'est juste que j'ai pas le temps.»#2

Aux dires de certains, l'institution est ouverte, certes, mais elle ne leur donne pas les moyens, les outils, ou le temps pour s'impliquer. Ils ne reçoivent pas de «support technique» adéquat. On les encourage à s'impliquer, mais cela ne doit pas nuire à leurs tâches habituelles.

«...oui, on est autonomes pour des initiatives... on est beaucoup encouragé à faire ça mais il faut du temps, on te paye pas pour faire ça, fais ça sur ton temps personnel... c'est encouragé, mais en bénévolat.»#8

À cause de ces conditions, des intervenants déclarent ne pas avoir réellement la possibilité de bénéficier de cette autonomie, alors que d'autres ont le sentiment de ne pas en avoir du tout. Par ailleurs, plutôt que d'attendre vainement d'être supportée d'une quelconque façon, une praticienne qui a une philosophie différente, préfère se donner les outils et s'engage à faire certaines de ses activités professionnelles sur son temps personnel.

Par ailleurs, l'autonomie de pensée et d'opinion c'est aussi, pour quelques intervenants, la possibilité d'organiser ou de participer à des formations et des regroupements. Encore ici, les praticiens disent avoir de la difficulté à trouver du temps et de l'énergie pour organiser ces formations. Ils ne se sentent pas appuyés non plus face à l'opportunité de participer à des formations, puisque le nombre de sessions de formation a diminué, proportionnellement aux ressources financières des hôpitaux, comme le fait remarquer une intervenante. Pour cette même intervenante, ce serait pourtant l'idéal de faire constamment le lien entre la théorie et la pratique, mais la théorie est de plus en plus mise de côté au profit de la pratique.

«... tu sais, on a de l'argent, de l'argent syndical et de l'argent de l'hôpital, mais même ça on en a de moins en moins d'argent pour des formations, qui pourraient nous aider... »#7

«entreprendre des démarches, c'est super beau mais quand est-ce que t'as le temps de faire ça? Tu sais, j'ai l'impression qu'il faudrait quasiment que quelqu'un soit libéré pour... Juste organiser des formations on a de la difficulté ici à trouver du temps puis à trouver de l'énergie pour mettre là-dessus. Mais ce serait l'idéal de tout le temps revenir de la théorie à la pratique, mais ici, j'ai l'impression qu'on s'enlène juste sur la pratique, puis la théorie, on la met de côté.»#7

Ces formations sont donc rares et lorsqu'elles ont cours, c'est souvent parce qu'elles proviennent d'une initiative de travailleurs sociaux d'un même milieu, sans échanges possibles avec des pairs d'autres milieux. Selon l'avis d'un autre intervenant, on peut, à l'occasion, suivre des formations, mais on ne se le permet pas ou peu, car on n'a plus le temps de réfléchir quand on pense à la charge de travail qui nous attend au retour... Pour une autre intervenante, les formations sont aussi décourageantes parfois, car elles ne correspondent pas nécessairement à la réalité actuelle de l'intervention en contexte hospitalier.

3.7 Les déterminants relevés

Cette section correspond à la question #11 du guide d'entretien. Suite à la présentation de la liste des déterminants que nous avons élaborée - elle comprend des déterminants personnels, sociaux et organisationnels -, nous avons demandé aux intervenants rencontrés de nommer ceux qui sont, d'après eux, susceptibles d'influencer l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux hospitaliers. Contrairement à nos attentes, rares sont ceux qui se sont simplement contentés d'identifier les déterminants. La majorité d'entre eux a préféré commenter la plupart des déterminants proposés. Cette façon de répondre a suscité beaucoup de répétitions dans les propos par rapport à l'ensemble des questions. Pour éviter la redondance, nous présentons surtout les nouveaux éléments d'information.

Plusieurs des intervenants interrogés considèrent que les déterminants que nous proposons, sont tous susceptibles d'influencer l'autonomie professionnelle. Toutefois, quelques-uns font remarquer qu'ils influencent l'autonomie jusqu'à un certain point, mais pas tous de la même façon. À leur avis, certains de ces déterminants sont liés entre eux, de sorte qu'ils s'influencent mutuellement.

De plus, la distribution des réponses que nous obtenons, démontre peu de consensus relativement à un déterminant en particulier. Malgré cela, certains déterminants sont mentionnés plus que d'autres et pratiquement tous les intervenants se sont prononcés sur plusieurs d'entre eux. Nous nous attarderons sur chacun d'eux en les présentant par ordre décroissant d'intérêt. Remarquons simplement que les déterminants personnels et sociaux sont d'abord commentés et davantage que les déterminants organisationnels

L'estime de soi comme professionnel (déterminant personnel)

L'estime de soi comme professionnel est le déterminant qui a été relevé par le plus grand nombre d'intervenants. L'estime de soi est essentielle car elle permet, aux dires de ces intervenants, de développer la confiance nécessaire

pour prendre sa place au sein d'une équipe de travail. Le travail en équipe multidisciplinaire en milieu hospitalier est difficile, car il confronte constamment l'intervenant à d'autres professionnels, surtout lorsque ses opinions cliniques ne sont pas partagées par ces derniers. À partir du moment où l'intervenant croit en lui-même, en sa compétence, connaît bien son rôle et ses limites, il peut défendre adéquatement ses points de vue, avoir la possibilité d'aller dans le sens de ses analyses et se faire respecter comme professionnel. Toutefois, une intervenante craint que l'estime de soi sera plus difficile à maintenir, si les intervenants sont séparés les uns des autres et reçoivent moins de support et de ressourcement. Le contexte de la gestion par programmes peut engendrer ce genre de situation.

«... si t'as pas d'estime de soi, tu peux te faire écraser bien facilement ici, parce que souvent tes opinions vont à l'encontre de l'opinion des autres, il faut que tu sois capable de te défendre, donc pour ça, il faut que t'aies une estime de toi forte.»#2

Mais comme le fait remarquer une autre intervenante, s'estimer comme professionnelle c'est d'abord et avant tout s'estimer comme individu.

La volonté d'implication d'un intervenant dans son milieu de travail (déterminant personnel)

Le volonté d'implication est un déterminant important pour plusieurs praticiens. Il l'est particulièrement pour une intervenante, car il change le rapport aux gens tels que les clients, les collègues ou l'institution. Pour une autre intervenante, la volonté d'implication, c'est l'investissement que met un individu dans son travail, ce qui est fondamental à ses yeux. Parmi ceux qui ont la volonté de s'engager, il y a ceux qui contribuent à défendre le service social, ce que souligne une intervenante. Il faut toutefois être motivé, aux dires de cette autre, ce qui est plutôt difficile en ce moment, car les intervenants sont fatigués par l'ampleur de la tâche qu'ils ont à accomplir. Pour certains d'entre eux, la volonté d'implication ne peut toutefois être réellement encouragée, si d'autres déterminants ne sont pas présents.

«Si tu es une personne qui s'engage, mais il faut aussi qu'il y ait des facteurs qui favorisent ça. Je suis d'accord que c'est un déterminant personnel, oui tu peux le porter mais en tout cas il faut qu'il soit porté à quelque part, parce qu'il va tomber un peu là.»#9

Aux yeux d'une intervenante, c'est l'estime de soi et la formation qui favorisent l'engagement, alors que pour d'autres, c'est le soutien des collègues.

«...elle aura beau être super motivée, mais si tous les autres sont contre elle...»#2

L'importance du soutien des collègues (déterminant social)

Ce déterminant est reconnu par maints intervenants. Les remarques à ce sujet diffèrent pourtant, d'un individu à l'autre. Pour une intervenante en particulier, le soutien et les rencontres qu'il suscite, permet «d'avoir une idée claire de ce qu'est ta compétence et de la contribution que tu peux apporter». Il contrecarre le sentiment d'isolement, renforce l'identité professionnelle et contribue à l'autonomie de pratique.

Pour une autre intervenante, le soutien des collègues réfère à la question de respect et de confiance dont nous avons parlé plutôt (cf. pages 64 et 65). À ce sujet, rappelons que ces derniers permettent aux intervenants de faire leur travail adéquatement, de prendre la place qui leur revient et d'être reconnus comme tels dans leur spécificité.

Une autre intervenante souligne que le soutien des collègues est appréciable lorsque vient le moment d'entamer des changements dans le service. Sans le soutien des pairs, aucun changement ne peut, selon elle, s'effectuer. Le soutien contribue aussi, selon la dernière intervenante à se prononcer sur le sujet, à donner une bonne image du service social, ce que ne peut faire des intervenants désabusés, qui ne sont pas, ou ne veulent pas, s'impliquer, et qui optent plutôt «pour faire le minimum». Ce genre d'attitude nuit à l'image du service dans tout l'hôpital, et n'aide pas les intervenants désireux de défendre la spécificité du service social.

«... quand tu as des intervenants qui ne sont pas impliqués, qui ne veulent pas s'impliquer, qui sont comme désabusés et qui font juste le minimum, bien, ça ne donne pas une bonne image du service, puis, ça ne t'aide pas là... si tu n'as pas personne qui est là pour aller défendre le service.»#7

La qualité de la formation reçue (déterminant social)

L'autonomie professionnelle ne peut s'appuyer sur une formation déficiente. L'intervenante qui se prononce ici, fait référence à la formation de base, la formation universitaire. Cette formation doit donc porter sur l'intervention ou sur des problématiques précises, et contribuer à susciter des questionnements ou des remises en question par rapport à la profession, particulièrement sur le service social hospitalier et le genre de pratique qu'on y fait. Cet aspect de la formation est, aux dires de cette intervenante, très peu présent, de sorte que les jeunes praticiens arrivent très peu préparés et ont beaucoup d'apprentissage à faire lorsqu'ils se retrouvent sur le terrain et sont confrontés à la réalité du milieu.

La formation continue est également importante. Pour une autre intervenante, le fait de garder des liens avec le milieu universitaire donne l'opportunité de se mettre à jour, de conserver une vision sur l'avenir, et de rester ouvert aux nouvelles pratiques. La formation continue a un effet stimulant, tonifiant et enrichissant, qui permet de développer des outils d'analyse, des aptitudes professionnelles, et d'accroître ses compétences. La formation, la compétence et l'ouverture sont, pour elle, des ingrédients, des précurseurs de l'autonomie.

«... moi, je pense qu'il faut une solide formation, une compétence, ne pas se gêner d'aller en chercher... garder des liens avec l'université, garder des liens avec des pairs, ça je trouve ça tonifiant... c'est stimulant, c'est enrichissant se garder à date, se garder un pied sur l'avenir aussi... ça prend aussi d'être ouvert sur d'autres pratiques... »#5

La formation contribue d'ailleurs, selon certains intervenants, à assurer une certaine estime de soi car, plus on sent qu'on possède une formation adéquate, plus on finit par s'estimer. C'est plus facile, alors, de s'estimer à titre de professionnel. Pour une intervenante, l'autonomie s'appuie d'abord sur l'estime de soi et la qualité de la formation reçue.

Le contrôle bureaucratique (déterminant organisationnel)

Plusieurs intervenants ont commenté le contrôle bureaucratique, mais ne semblent pas en souffrir outre-mesure dans leur milieu de travail respectif. Ils sont conscients de sa présence, mais ne se sentent pas vraiment contrôlés. Voici ce qu'ils en disent.

Le contrôle bureaucratique est présent dans toutes les organisations. Les règles et les normes qui le constituent sont empreintes de rigidité et impliquent un contrôle sur le travail des employés. Les intervenants reconnaissent sa nécessité, mais ils l'acceptent jusqu'à un certain point car, si le contrôle bureaucratique est trop grand, il peut, en effet, influencer l'autonomie. Peu importe que sa présence soit grande ou non, des intervenants insistent sur le fait qu'il faut surtout apprendre à composer avec lui, puisqu'il fait parti de la réalité du milieu et qu'il sera toujours présent de toute façon. Pour une intervenante, cette aptitude à composer avec le contrôle bureaucratique est tributaire de la perception qu'ont les gens à l'égard de ce dernier.

«Il y a une certaine rigidité car il y a des règles... si vraiment t'écoutes à la lettre tout ce qu'on te dit, ça peut devenir très très rigide. Je pense que personne a le temps de voir si tu fais ce que l'on te demande, alors, ... je me casse pas la tête avec ça... »#2

«... je les fais, les choses administratives, je suis pas très orthodoxe, puis c'est correct, tu sais, je ne suis pas toujours... mais les affaires qu'il faut faire, je les fais.»#9

Toutefois, aux dires d'une intervenante, le contrôle bureaucratique peut devenir plus important qu'il ne l'est présentement, si la gestion par programmes instaure un plus grand nombre de normes de contrôle. Cette situation générerait une augmentation du travail administratif au détriment du travail clinique. Elle serait particulièrement néfaste pour la pratique, si le supérieur immédiat n'était plus un travailleur social et que celui-ci demandait de nombreuses données objectives pour évaluer le travail des praticiens. Cette situation inquiète et soulève des craintes car elle constitue une perte pour l'autonomie du praticien, sa pratique et les besoins de la clientèle.

La communication des attentes et des ressources (matérielles ou communautaires) provenant des supérieurs: ses lacunes (déterminant organisationnel)

Plusieurs intervenants reconnaissent que les lacunes dans la communication provenant des supérieurs, peut affecter l'autonomie. Les commentaires sont toutefois variés. Comme l'explique une praticienne, la communication provenant des supérieurs est importante, car les informations transmises par ces intermédiaires permettent d'analyser une situation dans son ensemble, expliquent certaines décisions et aident à comprendre un peu plus certaines données politiques. Elle ajoute que la communication permet alors de savoir à qui s'adresser si un intervenant désapprouve une mesure.

«... c'est important parce que quand on était en service, notre gestionnaire nous donnait beaucoup d'informations (ex.: les budgets de l'hôpital). Est-ce qu'on va encore avoir toutes ces informations? J'espère, parce que ça explique parfois certaines décisions qu'à un moment donné on comprend pas. Tu sais, quand on a une idée globale, une analyse d'ensemble, ... ça nous aide à comprendre un petit peu les données politiques et puis, on sait où frapper si on est pas d'accord avec une décision... »#6

Cependant, une intervenante tient à spécifier que pour elle, ce manque dans la communication ne provient pas des supérieurs immédiats, mais plutôt des gestionnaires qui ont des postes élevés dans la hiérarchie, ce que ne partage pas une intervenante qui pratique dans un autre établissement de santé. Pour cette dernière, la communication est compromise par la disponibilité limitée de son supérieur, à l'égard de ses employés.

Quoique ne le vivant pas personnellement, des intervenantes reconnaissent également l'importance de ce déterminant et constatent qu'il peut nuire à l'autonomie lorsque les milieux de travail sont rigides. Toutefois, l'une d'entre elles remarque que la communication doit non seulement provenir des gestionnaires ou autres, mais aussi, et surtout, des intervenants eux-mêmes. À son avis, la communication doit s'effectuer de part et d'autre, ce à quoi se rallie une autre intervenante.

Par contre, le peu de réceptivité que témoignent les supérieurs à l'égard des requêtes des intervenants fait vivement réagir cette autre praticienne. À ce propos, elle relate que lorsque les intervenants s'expriment sur les difficultés qu'ils rencontrent dans leur travail, elle observe que les supérieurs écoutent et semblent comprendre. Mais compte tenu que rien ne change dans les faits, que leur mandat demeure le même, soit libérer des lits, elle ne se sent pas particulièrement écoutée et comprise par ces derniers, et constate qu'il est difficile de les sensibiliser à leur réalité. Cet aspect de la dynamique organisationnelle l'affecte, car elle ne se sent pas respectée dans son autonomie.

Les politiques organisationnelles qui restreignent l'autonomie professionnelle (déterminant organisationnel)

Ce déterminant soulève des commentaires divergents. Certains affirment qu'il peut exercer une influence. L'utilisation de données objectives et de statistiques, pour comptabiliser les interventions et les évaluer, est un exemple de politiques qui n'encourage pas l'autonomie, selon ces intervenants.

En contrepartie, d'autres intervenants n'y voient pas une réelle menace, puisque les politiques organisationnelles font parties de la réalité du milieu, au même titre que le contrôle bureaucratique. Une intervenante les voit comme un moyen permettant à l'employeur de vérifier, de justifier et de prouver son travail, ce qu'elle demanderait tout autant si elle était l'employeur. Ce moyen est efficace dans la mesure où il démontre l'ampleur du travail qui est endossé par les praticiens, justifie au besoin l'ouverture de nouveaux postes, et aide parfois à défendre la chasse-gardée du service. Une intervenante fait remarquer qu'il y a de toute façon des moyens de les détourner, en autant qu'on ait accès à une bonne supervision.

L'absence de pratiques de supervision (déterminant organisationnel)

Plusieurs praticiens remarquent l'absence de pratiques de supervision et constatent qu'elle est réclamée dans certains milieux de travail, mais ne semblent pas en être affectés outre-mesure. Les intervenants expérimentés qui se prononcent à ce niveau, disent se référer à leur équipe de travail, quand ils vivent une situation clinique difficile. L'une d'entre elles témoigne que cette alternative la sécurise par rapport à son travail clinique. Une autre intervenante d'expérience soutient que ce déterminant n'a pas un effet majeur sur l'autonomie. Elle dit avoir appris à vivre sans elle, puisque la supervision n'a été présente qu'au début et qu'elle est peu présente depuis, voire quasi existante. Cette considération ne l'empêche toutefois pas de soutenir, que la supervision est importante. Par contre, l'une d'entre elles constate que c'est ce qui manque le plus aux jeunes praticiens.

«... moi je ne le vis pas là... mais quand j'ai une situation difficile, j'ai mon équipe, moi. Si je pense que ça va occuper toute la réunion, je vais demander à mon équipe un temps de discussion clinique sur une famille précise ou un jeune précis. Donc, de savoir que je peux faire ça, ça me rend plus sécurisée face à mon travail clinique. ... Je trouve que c'est ce qui manque beaucoup aux jeunes actuellement comme un support.»#5

L'absence de supervision est d'ailleurs particulièrement dénoncée par une jeune praticienne. L'accès à la supervision est particulièrement importante et centrale à ses yeux, car elle permet de fonctionner dans un contexte de travail où les contraintes sont nombreuses et la structure hiérarchique complexe. La présence de la supervision aide, selon elle, à contourner les politiques organisationnelles, évite qu'il y ait un manque au niveau de la communication et contribue à faire respecter l'autonomie.

Enfin, malgré le fait qu'il n'y a pas de supervision à l'interne, une intervenante précise que dans son milieu, les supérieurs immédiats sont favorables et encouragent la supervision. Celle-ci doit toutefois se faire à l'extérieur de l'établissement - le temps nécessaire leur étant alloué mais pas l'argent - , ce qui ne semble pas la préoccuper.

La mise sur pied de projets communs, de programmes ou de stratégies de coopération (déterminant social)

Aux yeux de quelques intervenants, les projets communs sont nécessaires, car ils contribuent à perpétuer le sentiment d'autonomie professionnelle. Ils constituent une source d'enrichissement au plan de la dynamique d'équipe et une forme d'accomplissement professionnel particulièrement appréciée par cette intervenante, qui ne peut, selon elle, que consolider son sentiment d'autonomie. Toutefois, une intervenante déplore que les intervenants se mobilisent ponctuellement, seulement lorsqu'ils sont confrontés à un problème ou lorsqu'une situation de crise se présente. À son avis, ce type de mobilisation doit avoir lieu sur une base régulière pour avoir un réel impact sur l'autonomie.

La complexité de la structure hiérarchique (déterminant organisationnel)

La complexité de la structure hiérarchique soulève des réactions mitigées. Selon un intervenant, la lourdeur administrative qui accompagne la complexité de la structure hiérarchique limite l'autonomie, à cause du temps de travail qui lui est consacré, au détriment de tâches plus pertinentes. Hormis ce praticien et celle-ci, qui voit en la gestion par programmes un alourdissement de la structure hiérarchique, des procédures et une atteinte à l'autonomie, les quelques praticiens qui se sont prononcés sur le sujet n'y voient pas une réelle menace. Pour une intervenante, la complexité de la structure hiérarchique est inhérente au milieu hospitalier. Les intervenants n'ont pas de pouvoir à ce niveau. Être conscient de cette réalité, et l'accepter, permet de travailler à l'intérieur de cette structure, d'y trouver et de prendre la place qui leur revient. Elle ajoute cependant que cela dépend de la façon dont les choses sont perçues. Une autre intervenante affirme qu'elle ne nuit pas réellement à l'autonomie, car elle n'a pas à composer directement avec des niveaux hiérarchiques élevés. C'est le supérieur immédiat qui fait part des besoins du service et parlemente avec ces instances. Comme elle lui fait confiance, elle ne s'en soucie pas vraiment.

«La complexité de la structure hiérarchique, moi je pense que t'arrives à trouver ta place là-dedans. ... Tu sais il y a des choses que tu peux pas changer, une fois que t'es consciente de ça, t'essaies de voir comment tu peux être confortable dans ton travail pour "faire une bonne job". ... T'essaies de travailler à l'intérieur de ça, puis d'être autonome. ... Ça dépend toujours comment tu vois les choses.»#9

3.8 Les déterminants significatifs de l'autonomie

La dernière question de l'entrevue était la suivante: quels sont les déterminants qui, selon vous, contribuent à une amélioration significative de votre sentiment d'autonomie professionnelle? À cette question, presque tous les déterminants que nous proposons sont identifiés, mais aucun d'eux ne se distingue particulièrement. En effet, aucun déterminant n'est prépondérant. Il n'y a que les déterminants organisationnels qui rejoignent un peu plus de sujets que la moyenne. De plus, les réponses données par les intervenants n'apportent rien de nouveau en terme de contenu. Tout ce qui est dit, ou presque, l'a été auparavant. Pour cette dernière section, nous nous contenterons donc, surtout, d'énumérer les déterminants relevés.

Les déterminants organisationnels, dans leur ensemble, ont d'abord été identifiés comme étant susceptibles de nuire à l'autonomie. Un certain nombre d'intervenants expliquent leur position, par le fait qu'ils ont peu ou pas de contrôle et de pouvoir sur les déterminants organisationnels. Avoir davantage la possibilité de prendre des décisions contribuerait, selon un intervenant, à se sentir plus autonome et valorisé dans son travail. Dans le même ordre d'idées, une intervenante affirme être à la merci des modifications organisationnelles qui pourraient éventuellement survenir. Même si elle allègue devoir rester la même, elle ne peut assurer que son estime d'elle-même comme professionnelle ne sera pas affectée et que la qualité de son investissement dans son travail ne sera pas altérée.

Parmi les déterminants organisationnels, les politiques organisationnelles et la complexité de la structure hiérarchique ont été particulièrement identifiées. La surcharge de travail et la logique quantitative comme politiques organisationnelles, ont été spécifiquement relevées. Viennent

ensuite l'absence de pratiques de supervision, et les lacunes dans la communication des attentes et des ressources provenant de supérieurs.

Les déterminants personnels et sociaux sont aussi importants, mais sont des éléments qui, aux yeux de certains intervenants, se travaillent ou se développent par soi-même. Pour quelques praticiens, la volonté d'implication d'un intervenant dans son milieu de travail doit tout de même être pris en considération. Ce déterminant peut, en effet, améliorer significativement leur sentiment d'autonomie. Toutefois, les changements dans le réseau et les conditions dans lesquelles s'effectuent le travail, leur enlèvent le goût et l'énergie de s'investir davantage. Les intervenants concernés déplorent cette situation et espèrent un jour y remédier.

Un petit nombre d'intervenants soulignent que la qualité de la formation reçue contribue aussi à parfaire le sentiment d'autonomie. Leurs commentaires vont toutefois dans le sens de la formation continue. Le niveau de soutien des collègues est également identifié par une minorité d'individus. Enfin, la mise sur pied de projets communs, de programmes ou de stratégies de collaboration est un déterminant essentiel de l'autonomie pour une praticienne, alors que l'estime de soi est fondamentale pour une dernière intervenante.

Un point de vue personnel...

Contrairement à ses collègues, une intervenante ne se prononce sur aucun des déterminants présentés, mais choisit plutôt de nous faire part de son point de vue. Voici l'essentiel de ses propos.

Cette intervenante ne peut choisir un déterminant en particulier car, à son avis, l'autonomie est à l'intérieur de chaque praticien et est dans le travail que chacun fait avec la clientèle. Malgré le fait qu'il est sûrement plus facilitant et stimulant d'être autonome lorsque les déterminants proposés sont présents, elle considère qu'il ne faut pas attendre qu'ils le soient tous pour se dire autonome. Qu'ils soient présents ou non, ce qui compte, c'est de réussir à se positionner par rapport à ces déterminants et de prendre sa place. Même si, par exemple il est plus difficile d'être autonome quand les collègues sont peu

aidants et qu'ils s'impliquent peu; cela ne veut pas dire, pour elle, qu'on ne peut être autonome. L'autonomie peut s'affirmer, mais d'une autre façon. Il faut apprendre selon elle, à composer avec les déterminants qui sont présents et ceux qui ne le sont pas.

L'autonomie s'acquiert au fil des années, mais pour ce faire, il importe de ne pas prendre pour acquis que l'on possède la vérité. Malgré les contraintes du milieu de travail, il faut aider les clients le plus possible en utilisant le pouvoir qui nous appartient. La réflexion, la consultation et l'échange, sont pour elle, les éléments clés qui permettent de contourner les difficultés et de solutionner les problèmes. Il faut essayer d'être constructif et ne jamais cesser de chercher des solutions. «L'important c'est de ne pas s'éteindre».

Ce point de vue correspond à une attitude et à une façon de voir le travail qui est propre à cette intervenante. Cette approche n'a pas été présentée et élaborée comme telle par les autres praticiens que nous avons rencontrés.

CHAPITRE IV DISCUSSION DES RÉSULTATS

4.1 La définition attribuée à l'autonomie professionnelle et l'importance qui lui est attachée

Tous les intervenants que nous avons rencontrés se sont montrés favorables à la définition de l'autonomie que nous proposons. La catégorisation suggérée est explicite dans la mesure où elle décrit avec précision et nuances l'ensemble des fonctions qui sont les leurs. Les intervenants se reconnaissent dans cette description et sont d'accord avec la définition que nous leur présentons. Puisque notre définition leur semble significative, nous commenterons globalement les données en fonction de notre catégorisation de l'autonomie.

Des trois dimensions que nous avons retenues, l'autonomie d'action est au coeur des définitions données par les intervenants, alors que l'autonomie de gestion est absente et l'autonomie de pensée et d'opinion, peu élaborée. Cette façon de définir démontre, d'une certaine façon, ce qui est priorisé par les praticiens, soit l'intervention en tant que telle, et par là même, l'importance qui lui est accordée. Quoique reconnaissant l'importance de l'autonomie de gestion, et l'autonomie de pensée et d'opinion, les intervenants nous confirment que l'autonomie d'action l'est davantage, puisqu'elle constitue à leurs yeux le noyau de la pratique. Ils accordent moins d'importance à l'autonomie de gestion, surtout parce qu'ils n'ont pas le sentiment d'avoir un réel impact sur les décisions. Quant à l'autonomie de pensée et d'opinion, elle revêt également un peu moins d'importance à leurs yeux, considérant le peu de temps, d'énergie et de moyens dont ils disposent, pour faire preuve de créativité dans leurs actions. Négliger cet aspect du travail désole plusieurs intervenants, surtout pour ceux qui voient en cette dimension l'essence du service social.

Hormis les raisons objectives, attribuées à chacune des dimensions de l'autonomie, des raisons plus subjectives sont également émises, relativement à l'importance de l'autonomie de pratique dans son sens large. Pour certaines

intervenantes, l'autonomie est importante car elle constitue une source de satisfaction au travail. Cette impression confirme les nombreuses recherches effectuées sur le sujet. En effet, les recherches de Arches (1991), Havlovic et al. (1993), Poulin (1994) ainsi que Marriot et al. (1994), démontrent que les employés qui bénéficient d'une grande autonomie obtiennent un niveau de satisfaction au travail plus élevé que ceux qui ont peu ou moins d'autonomie. Dans le même ordre d'idées, l'étude de Buffum et Ritvo (1984), qui met en relation les dimensions de l'autonomie et celles de la satisfaction, indique que l'autonomie professionnelle est un prédicteur important de la satisfaction au travail des employés (cf. pages 30 et 31). Sans compter que l'épuisement professionnel risque d'affecter les employés insatisfaits (Marriot et al. 1994), notamment ceux qui, selon Arches (1991), perçoivent un manque au niveau de l'autonomie.

La question de l'épuisement professionnel préoccupe en effet certaines des intervenantes que nous avons rencontrées. Certaines d'entre-elles observent que les praticiens sont, depuis quelques années, fatigués et las d'avoir à subir de la pression et une lourde tâche; en outre, ils constatent que plusieurs sont victimes d'épuisement. L'autonomie est alors importante car elle permet, selon une praticienne, de se sentir reconnue, fière de soi et plus heureuse au travail. Cet état d'esprit éloigne, à son avis, les possibilités d'être victime d'épuisement. Pour une autre praticienne, être autonome et ne pas se sentir contrôlée par l'employeur diminue inévitablement les risques d'épuisement. Ces positions vont dans le sens des études effectuées sur le sujet. Pour LeCroy et Rank (1987), plus l'autonomie et l'estime de soi sont faibles (nous reviendrons sur la question d'estime de soi un peu plus loin), plus les risques d'épuisement sont élevés. Il en va de même de l'étude dans Arches selon laquelle le manque d'autonomie perçu est un facteur qui contribue au phénomène de l'épuisement et celle de Bailes (1985 dans Greene et Kulper, 1990), selon laquelle la frustration que génère la perte d'autonomie peut engendrer de l'épuisement.

Quelques-unes des interviewées abordent aussi la question de la compétence. Pour l'une d'elles, l'absence d'autonomie fait en sorte qu'on se sent moins compétent. Pour une autre, l'autonomie favorise l'épanouissement professionnel lorsque l'intervenant a le sentiment que toutes ses compétences

sont utilisées à juste titre. Ces réflexions rejoignent l'enquête de Villeneuve (1992). Selon cette enquête, plus les intervenants sont encouragés à être autonomes, plus ils ont le sentiment de s'accomplir, de se réaliser professionnellement et d'être compétents.

D'autres intervenants considèrent, quant à eux, que l'exercice d'une pratique autonome est important, car il entretient le dynamisme et la motivation du praticien, et rend en l'occurrence le travail beaucoup plus intéressant; ces dires appuient ceux de certains chercheurs qui se sont intéressés à la question (Slavitt et *al.*, selon Larivière (1994), Mintzberg (1982), et Gaudreault (1992)). Pour Slavitt et *al.*, l'autonomie est le premier facteur de motivation identifié dans le milieu de la santé. Mintzberg observe quant à lui que l'autonomie motive les professionnels et les rend responsables, alors que Gaudreault estime que l'autonomie est nécessaire pour augmenter la motivation des travailleurs. Il ajoute cependant que l'élaboration de stratégies de collaboration est nécessaire pour établir l'autonomie requise.

Pour une autre intervenante, l'autonomie favorise l'estime de soi. Si un intervenant est autonome, il aura, selon cette praticienne, une plus grande estime de lui-même. Ces propos sont appuyés par ceux de Carpentier-Roy (1991), selon lesquels l'absence d'autonomie et de pouvoirs réels sont des facteurs susceptibles de fragiliser l'estime de soi personnelle et, dans un autre ordre d'idées, d'affecter l'équilibre psychique. À prime abord, ce point de vue va à l'encontre de celui de Le Croy et Rank (1987) selon lequel c'est plutôt l'estime de soi qui favorise l'autonomie. Mais, l'estime de soi auquel se réfèrent ces auteurs, est l'estime de soi comme professionnel; leur définition est celle d'avoir une image professionnelle positive de soi.

Par ailleurs, ajoutons que le point de vue de cette intervenante est intéressant dans la mesure où elle soutient que l'estime de soi pousse le praticien à faire preuve de créativité puisqu'il se sent bien avec lui-même et dans son travail. La notion de créativité est abordée également par une autre intervenante. Selon cette dernière, l'autonomie est importante car elle suscite un processus de réflexion qui, à son tour, engendre de la créativité.

4.2 L'autonomie allouée

Dans un autre ordre d'idées et de façon générale, tous les intervenants interrogés affirment être assez autonomes dans leur travail, et ce, malgré les changements qui ont cours dans le réseau. Peu importe la taille de l'établissement, les intervenants disent bénéficier d'une autonomie relative. Mais, cette comparaison ne nous permet pas de conclure quoique ce soit, puisque nous n'avons pu rejoindre des intervenants qui oeuvrent dans de petits établissements. Par contre, les quelques intervenants rencontrés, qui travaillent en clinique externe, ou dans le cadre d'un programme, sont particulièrement autonomes, puisqu'ils sont les seuls à avoir qualifié leur autonomie de très grande. Hormis ces derniers, tous les praticiens constatent toutefois que leur autonomie est moins grande depuis quelques années, et craignent qu'elle diminue davantage suite à l'établissement de la gestion par programmes. Ces craintes rejoignent celles de Laforest et Redjeb (1991) qui croient, comme nous l'avons vu (*cf.* p.23), que le service social s'ajuste, bien malgré lui, à la réalité du milieu, au détriment de son identité professionnelle. Les intervenants précisent également que cette autonomie est relative, dans la mesure où ils ont encore, malgré tout, un peu d'autonomie de gestion, un peu plus d'autonomie d'action, et ont la possibilité d'avoir de l'autonomie de pensée et d'opinion.

L'autonomie de gestion allouée est relative dans la mesure où les intervenants qui investissent à ce niveau sont utilisés à titre de consultants et n'ont aucun pouvoir décisionnel. Lorsque des décisions d'ordre administratif sont considérées, ils peuvent exercer une influence sur les décideurs, mais pas davantage. Par contre, lorsque des décisions en lien avec l'équipe de travail s'imposent, ils ont alors un peu plus de pouvoir.

Les intervenants ne sont pas entièrement autonomes au plan de l'action, puisque celle-ci s'effectue dans un cadre qui est celui de l'institution et en fonction du mandat de cette dernière. Rappelons toutefois que cette dimension est néanmoins celle qui procure le plus grand sentiment d'autonomie chez les praticiens. L'acte professionnel est, selon leurs dires, préservé. Le contrôle organisationnel ne semble pas trop les indisposer, contrairement à ce qu'en disent Laforest et Redjeb (1991). Selon ces auteurs,

les praticiens détiennent en principe une autorité sur l'acte d'intervention; mais cet acte est soumis, dans les faits, au contrôle institutionnel. La réalité qu'ils décrivent est «juste», mais elle diffère de celle des praticiens rencontrés, dans la mesure où ces derniers ne sont pas réfractaires aux normes de contrôle, autant que le disent Laforest et Redjeb.

L'autonomie de pensée et d'opinion est, quant à elle, possible. Les organisations offrent toute l'ouverture nécessaire dans le discours pour que des projets soient initiés à l'intérieur d'un cadre ou d'un programme, mais ne donnent dans les faits, aucun appui. Cette autonomie est relative, puisqu'elle est limitée et difficilement praticable dans un contexte où les intervenants ne sont pas soutenus et aidés dans leurs initiatives.

À l'égard de l'autonomie de pensée et d'opinion, nous remarquons que les réponses données par les intervenants rencontrés sont souvent en lien avec la réflexion et l'écriture, et surtout fait en fonction (ou selon) un travail de groupe. Peu d'explications ont été données par les interviewés, en lien avec une dimension de travail individuel, comme si ce type d'autonomie ne pouvait s'affirmer seul. Nous pensons que si le questionnement lié à l'autonomie de pensée et d'opinion a généré des réponses qui vont dans ce sens, c'est parce que les exemples utilisés dans le questionnaire sont concrets et se réfèrent surtout à des initiatives de groupes. Des exemples plus variés auraient suscité des réponses diversifiées, et nous auraient donné un éclairage plus juste sur ce que représente cette dimension de l'autonomie pour les intervenants de l'échantillon.

En ce qui a trait à l'autonomie, nous remarquons également que pratiquement tous les intervenants interviewés affirment avoir beaucoup d'autonomie dans la première partie de l'entrevue et reconnaissent en avoir peu dans la deuxième partie. Nous expliquons ce changement dans leurs propos, de la façon suivante: dans la première partie de l'entrevue, les intervenants donnent leur propre définition de l'autonomie. Leur définition rejoint surtout notre définition de l'autonomie d'action. De plus, cette dimension de l'autonomie est celle dont ils bénéficient le plus. Compte tenu que leur définition correspond à l'autonomie d'action, et que celle-ci est la plus grande à leurs yeux, les intervenants ont le sentiment d'avoir beaucoup

d'autonomie. Par ailleurs, ils affirment en avoir peu dans la deuxième partie de l'entrevue. Dans cette partie, nous leur présentons notre définition de l'autonomie, dont certaines dimensions n'ont pas été identifiées comme telles, par eux. L'autonomie de gestion et de pensée sont en effet des aspects de l'autonomie qu'ils ne mentionnent pas spontanément, puisqu'ils n'ont pas le sentiment d'en avoir réellement. À la lumière de ces dimensions, leur autonomie apparaît beaucoup moins grande qu'elle ne l'était au début de l'entretien et explique peut-être ce retournement dans les réponses.

4.3 Les déterminants de l'autonomie

Tous les déterminants que nous avons retenus, ont été identifiés comme étant susceptibles d'influencer l'autonomie. Par contre, des intervenants font remarquer que ces déterminants sont liés les uns aux autres; ils qualifient leurs relations de systémiques, de sorte que les déterminants s'influencent mutuellement. Afin d'imager ce point de vue, une praticienne précise que si un praticien se retrouve dans un milieu où le contrôle bureaucratique est «empoisonnant» et où les politiques organisationnelles n'encouragent pas l'autonomie, le contexte va avoir un impact sur les déterminants personnels, tels que l'estime de soi comme professionnel ou la volonté d'implication d'un praticien. Une autre fait le lien entre l'absence de supervision et le manque dans la communication, les politiques organisationnelles et la complexité de la structure hiérarchique. Selon elle, une bonne supervision permet de pallier aux lacunes dans la communication, aide à contourner les politiques organisationnelles et contribue à faire sa place au niveau de la structure hiérarchique.

Par ailleurs, nous n'avons pas obtenu de consensus sur l'importance d'un déterminant en particulier. Par contre, nous observons que les déterminants personnels sont prioritaires pour quelques intervenants, alors que les déterminants sociaux semblent particulièrement importants pour d'autres. C'est ce que nous allons voir à l'instant.

Les déterminants personnels

Quelques intervenants accordent donc une priorité aux déterminants personnels. Ces derniers attribuent une grande importance à l'estime de soi comme professionnel et à la volonté d'implication des praticiens dans leur milieu de travail. À leur avis, l'estime de soi comme professionnel favorise l'autonomie, dans la mesure où elle contribue au développement de la confiance nécessaire à l'exercice de la profession dans un contexte de travail multidisciplinaire. La question de la confiance en soi semble préoccuper les sujets de l'échantillon, puisqu'elle revient souvent dans leurs propos. Ils la présentent d'ailleurs comme un déterminant qui favorise l'autonomie. Ce déterminant mérite notre attention puisqu'il n'est pas présent dans la littérature que nous avons retenue pour l'élaboration du contexte théorique.

Souvenons-nous, l'estime de soi développe, selon Le Croy et Rank (1987), le sens de l'identité professionnelle, qui, à son tour, enrichit le sentiment d'autonomie. Sans faire de lien avec l'estime de soi comme telle, quelques intervenants nous ont fait part de l'importance qu'ils attachent à l'identité professionnelle. Pour ces derniers, l'identité est liée de près à l'autonomie. Toujours selon eux, l'identité favorise l'autonomie. Une intervenante considère en effet que, lorsque l'on est «au clair» avec notre identité professionnelle, il est alors plus facile d'être autonome. Compte tenu que l'identité professionnelle est perçue de cette façon, mais que le niveau d'identification à la profession varie d'un individu à l'autre, l'identité professionnelle se présente à nos yeux comme un déterminant personnel de l'autonomie, qui s'ajoute à ceux que nous avons identifiés et proposés.

Plusieurs intervenants mettent également l'accent sur la volonté d'implication des praticiens dans leur milieu de travail. Selon eux, l'autonomie s'actualise à partir du moment où le praticien s'implique, s'investit dans son milieu de travail, notamment pour défendre le service social. Ce point de vue nous permet d'avancer que, même si l'autonomie est allouée par l'organisation, il faut que l'intervenant veuille en bénéficier. L'étude de Havlovic et *al.*(1993) abonde dans ce sens. En effet, cette dernière stipule que l'autonomie dépend du potentiel d'engagement et de la volonté d'implication des individus, qui siègent sur les programmes de coopération.

Dans le même ordre d'idées, une intervenante témoigne que le fait de travailler seule au sein d'une équipe, et dans un programme, est particulièrement favorable à l'autonomie. À son avis, travailler seul incite le praticien à s'impliquer davantage et permet à ce dernier de prendre la place qui lui revient à titre de représentant du service social. Ce point de vue est intéressant dans la mesure où, il «désamorce» les craintes de plusieurs travailleurs sociaux à l'égard du sentiment d'isolement et de la perte d'autonomie que produirait, selon eux, l'établissement de la politique de la gestion par programmes. Au contraire, travailler seul est présenté ici, comme un moyen qui permet d'encourager l'autonomie.

Au même titre que l'estime de soi, certains praticiens considèrent donc que la volonté d'implication constitue un élément de base de l'autonomie. En effet, plusieurs d'entre eux estiment que les deux déterminants personnels que nous avons identifiés, sont à la base du sentiment d'autonomie, et affirment qu'ils sont essentiels à leurs yeux. Considérant leurs réactions, nous émettons l'hypothèse que l'importance que nous avons accordé à ces déterminants personnels est justifiée.

Enfin, faire preuve de leadership est un déterminant qui, aux yeux d'une intervenante, favorise l'autonomie. Le leadership est une «qualité» personnelle que possède ou non un individu. Ce déterminant personnel vient enrichir notre recherche, puisque la revue de littérature que nous avons effectuée n'en fait aucunement mention.

Les déterminants sociaux

Après les déterminants personnels, ce sont surtout les déterminants sociaux qui sont identifiés, soient: l'importance du soutien des collègues et la qualité de la formation reçue. En plus de ceux-ci, les intervenants se sont prononcés sur le chevauchement des professions. Quant à la mise sur pied de projets communs, de programmes ou de stratégies de collaboration, peu de praticiens ont commenté ce déterminant.

Les intervenants que nous avons rencontrés mettent l'emphase sur l'importance du soutien des collègues. Les effets bénéfiques qu'ils relèvent sont nombreux. Ces effets sont identifiés lorsque les intervenants commentent les déterminants que nous leur proposons, comme étant susceptibles d'influencer ou non l'autonomie (*cf.* Question 11). Selon les praticiens, le soutien évite le sentiment d'isolement, solidifie l'identité professionnelle, permet une reconnaissance, aide à amorcer des changements, et améliore l'image du service social. Tous ces effets encouragent l'autonomie de pratique et ne peuvent, à notre avis, que susciter de bonnes relations de travail. Ces propos rejoignent ceux de Havlovic et *al.* (1993) ainsi que Buffum et Ritvo (1984), selon lesquels, une pratique autonome engendre des relations de travail satisfaisantes, même si l'impact est modéré.

L'importance du soutien des collègues se traduit également dans leurs propos par: le respect, la confiance, la reconnaissance professionnelle, la continuité clinique, l'expertise des pairs, la connaissance du service social, l'importance de croire au service social et l'importance d'avoir une vision commune. Cette diversité de réponses nous est communiquée à la question 5 (*cf.* Question 5). À ce moment, les intervenants sont appelés à identifier par eux-mêmes des déterminants qui favorisent ou non l'autonomie. Cette diversité va au-delà de notre définition du soutien. Elle révèle des valeurs auxquelles s'identifient les praticiens et sur lesquelles ils s'appuient. Cette richesse d'informations nous permet de réaliser avec plus d'exactitude l'importance des relations de travail, d'autant plus qu'elles contribuent à consolider le sentiment d'autonomie professionnelle.

Le soutien des collègues est particulièrement important dans un contexte où se vit le chevauchement des professions. En effet, plusieurs intervenants se sentent menacés dans leur autonomie par la présence dans leur champ de pratique, de professionnels qui appartiennent à d'autres disciplines. Considérant le lien que nous avons exposé entre l'autonomie et l'identité professionnelle, nous nous permettons d'affirmer que ces témoignages rejoignent un des résultats de l'enquête de Bernier et Larivière (1996) selon lequel, la compétition que soulève le rapprochement des autres professions ne favorise pas le renforcement de l'identité professionnelle. Selon cette même

enquête, il appert également que le travail en équipe est insatisfaisant. Dans cette recherche, le travail en équipe est un des facteurs identifiés par les auteurs comme une difficulté nouvelle liée au contexte de travail, chez les travailleurs sociaux hospitaliers.

Quant à la qualité de la formation reçue, elle est également importante, mais s'explique surtout par le manque de formation continue. Quelques jeunes intervenants se réfèrent effectivement à la formation de base, ce que ne font pas les intervenants plus âgés ou plus expérimentés. La formation continue préoccupe davantage ces derniers, ce qui s'explique probablement par le fait que leur formation est un peu loin et a été d'une certaine façon complétée par l'expérience terrain et renouvelée par les formations subséquentes qu'ils ont reçues. En contrepartie, les jeunes praticiens ne se sentent pas assez bien préparés lorsqu'ils arrivent sur le marché du travail, de sorte qu'ils s'en prennent plus aisément à leur formation, qu'ils jugent déficiente. Le témoignage de ces jeunes intervenants vient «confirmer» les allégations de Arches(1991), selon lesquelles la formation initiale, semble être à son avis, peu adaptée à l'exercice d'une pratique en contexte organisationnel.

Compte tenu que les sujets ne répondent pas tous dans le même sens, c'est-à-dire celui de la formation de base, on peut s'interroger sur la clarté de la définition donnée. Pour pallier au manque de clarté, nous aurions pu spécifier de quel type de formation il s'agissait lors de l'entrevue.

Plusieurs chercheurs ont accordé une certaine importance à la relation entre l'autonomie et la mise sur pied de projets communs, de programmes ou de stratégies de collaboration. Les auteurs que nous avons retenus sont: Havlovic et *al.* (1993), Gaudreault (1992), Carpentier-Roy, (1991), ainsi que Buffum et Ritvo (1984). Étant donné l'intérêt porté à cette relation, nous nous serions attendues à ce que plusieurs intervenants se prononcent sur la question. Une minorité seulement de praticiens a commenté ce déterminant. À leur avis, les projets communs contribuent en effet à augmenter le sentiment d'autonomie. Mais, tout comme Havlovic et *al.* (1993) le précisent, ils soulignent que la mise sur pied de ces projets dépend du désir de chacun de s'impliquer réellement.

Ainsi que le font remarquer les intervenants eux-mêmes, les praticiens ont peu de volonté de s'impliquer, compte tenu de la charge de travail qu'ils rencontrent et du peu de moyens physiques, matériels et humains dont ils disposent. À notre avis, la réalité de leur milieu de travail les dissuade de s'impliquer, à moins que ne survienne une situation de crise, comme le fait remarquer une intervenante. Cette situation explique, selon nous, le peu d'engouement que les intervenants démontrent à l'égard de ce déterminant. Ils sont alors peu enclins à le retenir et à le commenter.

Les intervenants s'impliquent peut-être peu, mais se regroupent, à tout le moins. Comme nous l'avons vu, ils échangent et compensent l'absence de supervision par l'entremise de rencontres. À partir de ces échanges, les intervenants peuvent, selon nous, élaborer des stratégies défensives communes, comme le font les enseignants de l'étude de Carpentier-Roy (1991), dans le but de contrer la souffrance que génère l'absence d'autonomie. Pour contrer le manque de supervision, les sujets que nous avons rencontrés semblent faire appel aux mêmes recours que les enseignants et manoeuvrer de la même façon que ces derniers, mais l'élaboration de stratégies défensives communes ne semble pas utilisée à d'autres fins que celle de compenser le manque de supervision.

Les déterminants organisationnels

Les déterminants organisationnels sont les derniers à avoir été identifiés comme étant susceptibles d'influencer l'autonomie. Le contrôle bureaucratique est d'abord pointé du doigt, suivi des lacunes dans la communication des attentes et des ressources (matérielles et communautaires) provenant des supérieurs à l'égard des intervenants. Les politiques organisationnelles qui restreignent l'autonomie sont ensuite identifiées, de même que l'absence de pratiques de supervision, et enfin, la complexité de la structure hiérarchique.

Ce résultat est un peu surprenant car la majorité des écrits que nous avons répertoriés s'intéresse davantage aux déterminants organisationnels qu'aux déterminants personnels ou sociaux. Ces écrits font surtout le lien entre des facteurs organisationnels et l'autonomie professionnelle, et tentent de

démontrer l'effet potentiellement négatif qu'ils sous-tendent. Considérant ceci, nous nous serions attendues à ce que les intervenants rencontrés soient d'abord incommodés dans leur autonomie par des déterminants organisationnels et ensuite par des déterminants personnels ou sociaux. Les sujets de l'échantillon nous présentent le contraire.

Nous constatons, en contrepartie, que les jeunes praticiens (Critères: âge: moins de 30 ans; nombre d'années d'expérience: 7 ans et moins) sont plus critiques à l'égard de leur organisation que ne le sont les intervenants plus âgés, et ils semblent par le fait même, plus insatisfaits de leur travail. Les jeunes praticiens ciblent davantage les déterminants organisationnels comme étant susceptibles de nuire à l'autonomie. Ils aimeraient que des changements soient apportés à ce niveau, afin d'améliorer significativement leur sentiment d'autonomie. Comme ils n'ont pas de contrôle sur ces déterminants, ces changements sont à leurs yeux prioritaires, ce qui n'est pas le cas des déterminants personnels et sociaux, sur lesquels ils considèrent avoir un peu plus de pouvoir.

Contrairement aux plus jeunes, les praticiens plus âgés (Critères: âge: plus de 30 ans; nombre d'années d'expérience: 7 ans et plus), adoptent en général une attitude plus positive et semblent beaucoup moins affectés par la réalité de leur milieu de travail. Ils ont développé une attitude et dans certains cas une philosophie, qui leur permet d'exercer leur profession, malgré des conditions qui ne favorisent pas toujours leur autonomie; ainsi, ils sont moins critiques à l'égard des déterminants organisationnels. Encore faut-il émettre une réserve car, les intervenants présentent une grande diversité de réactions et de réponses. L'âge et le nombre d'années d'expérience exercent peut-être une influence sur leur capacité ou leur difficulté de s'adapter aux déterminants organisationnels, mais c'est peut-être davantage la personnalité, le type d'emploi ou le style de gestion qui ont une réelle incidence. Le style de gestion semble avoir un impact particulier, puisque nous observons que les intervenants qui travaillent pour le même établissement de santé, nous font part des mêmes difficultés et des mêmes craintes, ou, au contraire, reconnaissent la situation privilégiée dont ils bénéficient.

Les intervenants qui se sont prononcés sur le contrôle bureaucratique sont du même avis que Carpentier-Roy (1991), à l'effet qu'un trop grand contrôle nuit à l'autonomie de pratique. Par contre, aucun d'eux ne se sent particulièrement et directement contrôlé, même s'ils sont conscients de la présence du contrôle bureaucratique, ce que n'expriment pas les sujets de l'étude de l'auteure précédemment citée. Ils ne s'agit toutefois pas d'intervenants, mais d'enseignants. Les contextes de travail qui sont ici mis en parallèle semblent différer à ce niveau. Les sujets que nous avons rencontrés disent aussi tolérer ce contrôle, considérant que celui-ci est présent dans toutes les organisations et acceptent qu'il soit, jusqu'à un certain point, nécessaire à l'employeur, ce que ne traduisent pas les enseignants interrogés par Carpentier-Roy. Les travailleurs sociaux hospitaliers démontrent ici une capacité à travailler dans un contexte où s'exerce un certain contrôle, en développant une attitude ou une perception particulière, sans en être affectés outre-mesure. Toutefois, certains d'entre eux craignent de perdre de l'autonomie, si la gestion par programmes est établie et instaure plus de contrôles, quelque'ils soient, notamment sur l'acte d'intervention.

Le lacunes dans la communication des attentes et des ressources (matérielles ou communautaires) provenant des supérieurs à l'égard des intervenants, peut effectivement affecter l'autonomie selon les praticiens que nous avons rencontrés, et rejoint dans ce sens les propos de Vézina (1996), ainsi que ceux de Buffum et Ritvo (1984). Cependant, certains intervenants ajoutent et font remarquer que l'autonomie est particulièrement compromise, selon eux, dans les milieux de travail rigides, et précisent que la communication doit non seulement provenir des supérieurs, mais aussi des intervenants. Du point de vue d'une intervenante, ce type de communication permet aussi de mieux comprendre certaines décisions administratives. Ainsi, elle peut savoir à qui s'adresser si elle désapprouve ces mesures.

Comme nous l'avons vu, Poulin (1994) préconise la mise sur pied de politiques organisationnelles qui encouragent l'autonomie afin d'augmenter la satisfaction au travail des travailleurs. Pourtant, plusieurs des intervenants interviewés disent ne pas se sentir réellement menacés dans leur autonomie par les politiques organisationnelles et n'être pas affectés par ces dernières. Par contre, plusieurs des éléments identifiés par les

intervenants sont des composantes des politiques organisationnelles ou des conséquences de ces dernières qui, à leur avis, ne favorisent pas l'autonomie. Ces éléments sont: la vitesse de roulement ou le taux d'achalandage, la durée de séjour, la perte de la gestion des priorités par les intervenants, l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et communautaires, la gestion par programmes, la perte de représentativité de la profession, l'évaluation quantitative du travail accompli ainsi que les règles qui les sous-tendent et l'esprit dans lequel ces règles sont établies, que nous traduirons par: le style de gestion.

Nous expliquons cette incongruence par le fait que les praticiens ne relient pas nécessairement ces éléments à des politiques organisationnelles. Aussi, l'exemple que nous donnons dans le questionnaire n'est peut-être pas assez explicite. Cet exemple ne présente qu'un moyen utilisé, alors que notre définition fait référence à l'ensemble des règlements et des moyens techniques utilisés par une organisation, pour traduire ses politiques. Notre exemple est l'évaluation quantitative de la productivité et de l'efficacité (ou l'évaluation quantitative du travail accompli). La majorité des répondants commentent cet exemple, plutôt que de commenter les politiques de l'organisation en général. En ayant en tête cet exemple, certains y voient une contrainte à l'autonomie et viennent ainsi confirmer les assertions de Rinfret-Raynor (1982), ou celles d'Émond (1985). Selon Émond, la gestion par programmes se soucie davantage de la quantité d'actes posés que de la qualité et de la pertinence de ces dernières. Mais la plupart n'y voient qu'un moyen pour l'employeur de vérifier, justifier et prouver le travail qui est fait. Comme le contrôle bureaucratique, les politiques organisationnelles font partie de la réalité du milieu, ce qui ne les incommode pas outre-mesure. L'évaluation quantitative du travail accompli, présente ici un aspect positif pour l'employeur, qu'acceptent et respectent plusieurs des intervenants rencontrés. Cette perception n'est pas du tout reflétée par les auteurs auxquels nous nous sommes référées. La réalité vécue à ce niveau est bien différente de celle décrite dans la littérature.

Par contre, la vitesse de roulement, la durée de séjour et l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et communautaires correspondent à des politiques organisationnelles ou à des conséquences de celles-ci, identifiées

par les intervenants qui induisent une augmentation de la tâche et une augmentation de la cadence de travail, dont se plaignent d'ailleurs les praticiens. En outre, rappelons brièvement que certains d'entre-eux notent une augmentation des cas de démissions et d'épuisements professionnels au sein des leurs. Ces témoignages rejoignent les propos de Brunet (dans Baril, 1995) selon lequel, la surcharge physique et mentale qui en résulte, se traduit par une hausse des cas de stress et d'épuisements. Dans le même ordre d'idées, on peut supposer que cette situation génère une hausse du taux d'absentéisme et une baisse de productivité, comme le soutient Baril (1995). Les observations des intervenants vont également dans le sens de celles des directeurs des ressources humaines des hôpitaux membres de l'Association des hôpitaux du Québec (l'AHQ). Ces derniers observent, comme nous l'avons mentionné plus tôt (cf. p.7), un accroissement du nombre d'heures d'absence-maladie et un déplacement de celles-ci vers des problèmes liés à la santé mentale (stress, épuisement professionnel, dépression, etc.).

La perte de la gestion des priorités affecte particulièrement les intervenants, car elle porte atteinte à leur autonomie d'action. Cette politique organisationnelle est inhérente à la gestion par programmes, qui d'ailleurs est vivement dénoncée par Laforest (1985). Selon ses dires, la gestion par programmes est un moyen utilisé par le mode de gestion technocratique pour rencontrer des besoins, des priorités d'action et de services établis selon les politiques gouvernementales. Toujours selon l'auteur, la gestion par programmes réduit le praticien à appliquer des règles, des techniques et des procédures prescrites, alors que celui-ci n'a d'autres choix que de s'acquitter des tâches qui lui ont été assignées. Selon cette même logique, les concepteurs de programmes analysent alors les problématiques sociales et les perspectives d'action à leur façon, de même que les modalités et les techniques d'intervention; ils assurent ainsi le contrôle sur l'analyse, au détriment des intervenants qui voient, non seulement leur autonomie de gestion et de pensées limitées, mais aussi et surtout, leur autonomie d'action réduite. En agissant de la sorte, les intervenants perdent les tâches qui relèvent de l'autonomie d'action, autonomie qui, jusqu'ici, leur est allouée plus facilement. Puisqu'il s'agit de la seule autonomie qui, selon leurs témoignages, a été préservée, ces derniers craignent à juste titre, que la gestion par programmes

leur enlève cette dernière, d'autant plus que cette tendance est déjà amorcée. Les propos de Laforest n'ont rien pour les rassurer.

Comme nous l'avons vu, l'intervention par programme présente, aux dires des intervenants, des conséquences notables, qui soulèvent des craintes importantes à l'égard de la question de l'autonomie. La perte d'un lieu d'identification et d'échanges en est une, considérant qu'elle entretient l'isolement des praticiens au détriment de leur autonomie. Compte tenu que la politique de la gestion par programmes est une conséquence des changements amorcés par la réforme Côté, nous nous permettons de faire le lien avec l'enquête de Bernier et Larivière (1996). Cette enquête stipule que, dans ce contexte de changements, l'isolement que suscite le travail en équipe multidisciplinaire ne favorise pas le renforcement de l'identité professionnelle. L'identité professionnelle est l'une des dimensions de l'activité professionnelle qui est particulièrement affectée par le changement, et qui favorise un haut niveau de stress chez les intervenants de l'enquête. Il est en effet difficile, selon Laforest et Redjeb (1991), de préserver son identité professionnelle lorsque la pratique s'exerce au sein de programmes institués par l'organisation. Les intervenants que nous avons rencontrés trouvent donc dans ces propos une forme d'appui qui justifie leurs craintes.

La perte de pouvoir du service social et de représentativité que sous-tend la perte d'un lieu d'identification et d'échanges inquiète également les praticiens que nous avons interrogés, dans la mesure où des postes-cadres en service social ne sont pas remplacés, et où les travailleurs sociaux sont alors mis sous l'autorité de professionnels appartenant à d'autres disciplines. Cette tendance est de plus en plus marquée, de sorte que les travailleurs sociaux sont de plus en plus contrôlés par des supérieurs, dont les critères et repères évaluatifs ne sont pas nécessairement adaptés à l'évaluation du service social. Les intervenants, s'interrogent donc au sujet de l'autonomie et craignent pour son avenir.

Selon les intervenants, la gestion par programmes risque d'entraîner les travailleurs sociaux dans un fonctionnement qui n'est pas le leur, et d'engendrer un manque de respect à l'égard de la profession. Cette

observation rejoint indéniablement la position de Laforest (1985) à l'égard de la gestion par programmes. Laforest affirme que les praticiens interviennent «sous l'égide d'un programme qui génère, organise et uniformise le sens de l'intervention», et ajoute que la gestion par programmes confine les intervenants à un rôle d'exécutant. Les intervenants ne font pas allusion à cette dernière éventualité. Malgré cela, nous supposons qu'ils doivent à tout le moins y penser, puisque plusieurs d'entre-eux voient leur autonomie diminuée, craignent pour son avenir et acceptent difficilement de se retrouver dans une position d'exécutant.

En ce qui a trait, maintenant, à l'absence de pratiques de supervision, les intervenants que nous avons rencontrés confirment que les pratiques de supervision sont pratiquement inexistantes dans le milieu hospitalier, comme le laissent entendre certains auteurs tels que Globerman et Bogo (1995), Poulin (1994) ou Veeder (1990). Cette situation est déplorée surtout par les jeunes praticiens. Ces derniers considèrent, comme le préconise Poulin (1994), qu'elle ne favorise pas l'autonomie. Une jeune praticienne ajoute que l'accès à une bonne supervision permettrait de pallier aux lacunes dans la communication, de contourner certaines politiques organisationnelles qui sont défavorables à l'autonomie, et de faire sa place, malgré la complexité de la structure hiérarchique. Par ailleurs, l'absence de pratiques de supervision ne semble pas beaucoup affecter les intervenantes d'expérience. Ces dernières disent «compenser ce manque» par des moments d'échange «informels», entre pairs ou collègues, lorsqu'un ou plusieurs membres de l'équipe rencontrent des difficultés. La supervision est, d'une certaine façon, sous la responsabilité des pairs, comme le suggère Veeder(1990), mais sans être «officielle ou formelle». Certaines des interviewées ajoutent, comme le soutient l'auteure, que cette façon de faire induit un sens des responsabilités à l'égard de la profession et renforce l'image du corps professionnel au sein de l'hôpital.

La complexité de la structure hiérarchique n'affecte pas outre-mesure l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux hospitaliers que nous avons rencontrés et qui se sont prononcés sur le sujet. Au même titre que le contrôle bureaucratique, la structure hiérarchique est inhérente au milieu. Les intervenants l'acceptent, ce qui leur permet de composer avec celle-ci et

de trouver leur place en son sein. Cette attitude va dans le sens de la recherche de York et Henley (1986), dans la mesure où les travailleurs sociaux que nous avons interviewés ne se sentent pas lésés dans leur autonomie à cause de la complexité de la structure hiérarchique, alors que 83% des sujets de l'étude de ces chercheurs considèrent que leur organisation octroie l'autonomie demandée. Certains des intervenants que nous avons rencontrés craignent toutefois que la gestion par programmes alourdisse cette structure et porte éventuellement atteinte à leur autonomie.

Enfin, une intervenante ajoute que ce ne sont pas nécessairement les déterminants qui affectent l'autonomie, mais plutôt le cadre de travail et l'esprit dans lequel ils s'inscrivent. Une autre intervenante abonde dans le même sens, lorsqu'elle précise que l'ouverture de l'organisation à l'égard du service social hospitalier et l'établissement d'une tradition dans ce sens, est une attitude favorable à l'autonomie (voir le chapitre précédent *cf.* p. 80). Ce correctif est pertinent. Il apporte une nuance à laquelle nous ne nous étions pas attardée. En soi, il constitue un autre déterminant organisationnel que nous devons ajouter à notre liste. Par souci de justesse, nous le qualifions toutefois de «style de gestion». D'ailleurs, l'enquête de Bernier et Larivière (1996) nous apprend que le style de gestion est effectivement une difficulté liée au contexte de travail que rencontrent les travailleurs sociaux.

Ajoutons en terminant qu'une légère incongruence nous a étonnée. Les déterminants organisationnels ne sont pas particulièrement ciblés, lorsque les intervenants identifient les facteurs qui, selon eux, influencent l'autonomie. Nous l'avons vu, ce sont les déterminants personnels et sociaux qui sont d'abord retenus. Par contre, les déterminants organisationnels sont ceux qui ressortent le plus, lorsque les praticiens -surtout les jeunes- identifient les déterminants qui amélioreraient significativement leur sentiment d'autonomie. Ce résultat est un peu surprenant, car les déterminants qui influencent l'autonomie (question 11) ne sont pas nécessairement ceux qui confortent leur sentiment d'autonomie (question 12). Nous supposons que les intervenants prennent du recul et font la distinction entre les déterminants qui peuvent influencer l'autonomie de la profession en général, et ceux qui seraient susceptibles de les affecter, eux,

considérant leur personnalité, leurs perceptions et le milieu de travail auquel ils s'identifient.

CONCLUSION

Au terme de cette étude exploratoire, nous constatons que les travailleurs sociaux sont capables de s'exprimer aisément sur l'autonomie professionnelle, même si le concept est abstrait. Toutefois, lorsqu'interrogés, ils répondent spontanément dans un sens qui ne correspond pas complètement à notre conception. Cette réaction nous fait croire que l'autonomie fait partie de leur vécu, sans qu'une réflexion ait été nécessairement arrêtée sur le sujet.

L'essentiel de leurs propos se résume à ceci: la définition qu'ils attribuent spontanément à l'autonomie, correspond surtout à la définition de l'autonomie d'action que nous proposons. Dans un deuxième temps, ils conçoivent que les dimensions de l'autonomie de gestion, et celle de pensée et d'opinion, sont représentatives de ce que représente l'autonomie à leurs yeux. Lorsqu'on les interroge sur l'importance qu'ils attachent à l'autonomie, ils répondent d'abord dans le sens des recherches effectuées sur le sujet. L'autonomie est importante pour le professionnel, car elle améliore son sentiment de bien-être au travail, par la satisfaction au travail qu'elle procure, par la motivation qu'elle suscite, par le sentiment de compétence qu'elle produit, etc. Ils expliquent ensuite cette importance en décrivant les propriétés spécifiques de chacune des dimensions de l'autonomie que nous leur soumettons. Il est en effet important pour l'identité professionnelle et la qualité du service donné, d'avoir un certain pouvoir sur les décisions qui sont en lien avec l'organisation du travail et d'avoir un certain contrôle en ce qui a trait à l'accomplissement de la tâche. À partir du moment où le praticien a du pouvoir sur son travail, il se sent libre de créer et initie ainsi des actions qui contribuent à augmenter son sentiment de satisfaction au travail.

Relativement à la question de l'autonomie allouée, les intervenants ont le sentiment d'être autonomes professionnellement, mais précisent qu'ils bénéficient d'une autonomie relative, dans la mesure où elle s'exerce à l'intérieur d'un cadre et du mandat de l'organisation. À la lumière des dimensions proposées, ils ajoutent que cette autonomie est cependant moins grande qu'elle ne l'était voilà quelques années, et spécifient que la seule dimension qui semble être préservée est l'autonomie d'action. L'autonomie de

gestion étant peu allouée et l'autonomie de pensée et d'opinion peu développée. Les intervenants rencontrés craignent que leur autonomie diminue davantage suite à l'établissement de la gestion par programme.

Quant aux déterminants, ils sont nombreux à avoir été identifiés et rejoignent en partie ceux que nous avons retenus au départ. Le leadership, l'identité professionnelle, le chevauchement des professions et le style de gestion viennent toutefois enrichir notre liste, puisqu'ils sont proposés par les intervenants eux-mêmes. Malgré le fait que les intervenants aimeraient avoir un peu plus de contrôle et de pouvoir sur les déterminants organisationnels, car ils considèrent qu'ils affectent en effet l'autonomie, la majorité des intervenants démontre une capacité à travailler dans un contexte bureaucratique et hiérarchique. Comme nous l'avons vu, plusieurs d'entre-eux accordent aussi de l'importance aux déterminants personnels et sociaux, particulièrement à l'estime de soi, et à la volonté d'implication des praticiens. Ils constituent, à leur sens, la base sur laquelle s'appuie et se construit l'autonomie professionnelle, alors que le soutien des collègues (déterminant social) consolide à leur avis ce sentiment.

Dans un tel contexte de travail, l'estime de soi comme professionnel revêt tout son sens. Elle constitue à nos yeux une forme de «moyen de défense» pour les intervenants, puisqu'elle contribue, selon certains, au développement de la confiance en soi nécessaire à l'exercice de la profession. Selon une autre praticienne, l'estime de soi pousse également le praticien à faire preuve de créativité. La créativité est, selon nous, un atout majeur, puisqu'elle permet à un intervenant de s'affirmer dans sa spécificité. Les travailleurs sociaux semblent d'ailleurs conscients, à cet égard, que le travail en comités et les exercices de réflexion, d'échanges et d'écriture, constituent des moyens d'explorer leur créativité. Le lien entre l'autonomie et la créativité est intéressant en soi et pourrait faire l'objet de recherches ultérieures.

Le soutien des collègues est aussi particulièrement important. La solidarité des pairs est essentielle lorsqu'un corps professionnel est touché dans son essence et son intégrité. Dans le cadre d'une recherche éventuelle qui

porterait sur l'autonomie, nous suggérons de ne pas négliger ce facteur, considérant l'importance qui lui est accordée par les intervenants.

Par contre, retenons que les déterminants sont, à leur avis, systémiques. Ce point de vue partagé par quelques intervenants, nous apprend que certains des déterminants que nous avons identifiés sont interdépendants, et dépendent dans certains cas de la présence des autres, ce que nous n'avions pas envisagé. Une recherche, en ce sens, aurait avantage à tirer profit de cette remarque.

De tous les déterminants identifiés, la politique de la gestion par programme porte particulièrement atteinte à l'autonomie professionnelle. Elle implique la perte d'un lieu d'échange disciplinaire, entraîne l'isolement des praticiens, leur enlève du pouvoir, et ravit aux praticiens, la perte de la gestion de leurs priorités. Cette dernière perte est particulièrement néfaste, car elle touche non seulement l'autonomie de gestion et l'autonomie de pensée et d'opinion, mais aussi l'autonomie d'action, la seule dimension à avoir été préservée jusqu'à maintenant. Cette situation inquiète, car elle exclut de plus en plus les praticiens de leur champ de pratique, et donne libre cours au chevauchement des professions. Elle atteint conséquemment les praticiens dans leur identité professionnelle, et affecte, du même coup, la reconnaissance professionnelle de cette discipline d'étude qui, rappelons-le, s'est surtout développée en milieu organisationnel. Il en va toutefois du style de gestion qui est exercé. Comme nous l'avons vu plus tôt, le style de gestion peut aussi affecter l'autonomie. L'impact du style de gestion sur l'autonomie présente une piste de recherche intéressante qui permettrait, selon nous, d'améliorer les connaissances sur le sujet.

En terminant, nous nous permettons d'exposer le point de vue suivant, au sujet du chevauchement des professions: sans nier l'impact du chevauchement sur l'autonomie et la profession, nous croyons qu'il n'y a pas lieu de s'étonner de ce «phénomène», quand on sait que les infirmières, par exemple, sont de plus en plus sensibilisées à l'apport psycho-social et reçoivent de plus en plus de formation dans des secteurs d'activités variés, tel que l'intervention en milieu communautaire. Les infirmières se sont données les moyens et ont développé des outils pour aller chercher une

reconnaissance et de plus grandes responsabilités. Dans un contexte en changement, la sécurité d'emploi est précaire. Pour protéger la profession, il faut être stratégique. À notre avis, la réaction de la profession infirmière, en est un bon exemple. Le service social aurait avantage à faire de même. Quand on voit l'importance accordée par les travailleurs sociaux au soutien des pairs et à la formation continue, on peut espérer qu'ils parviendront par ces moyens, à obtenir une meilleure reconnaissance et à occuper une plus grande place au sein des établissements de santé.

Mais nous croyons qu'il faut aussi entreprendre d'autres recherches sur la question de l'autonomie professionnelle. Les données recueillies nous ont éclairé sur la situation actuelle et fournissent des pistes de recherche pour l'avenir. Comme nous l'avons vu, les praticiens sont relativement autonomes malgré le contexte actuel de coupures qui sévit, et les changements qui ont cours. Mais pour combien de temps encore? Leurs conditions de pratique sont plus difficiles qu'elles ne l'étaient voilà quelques années, et certains de leurs collègues démontrent des signes d'essoufflement. Les intervenants sont inquiets et sont unanimes pour dire que la gestion par programme risque d'altérer davantage leur autonomie. Une étude plus approfondie permettrait de vérifier nos résultats auprès d'un échantillon de plus grande envergure. Elle pourrait nous instruire davantage sur cette question, dans la mesure où de nouveaux liens théoriques seraient établis et où d'autres effets seraient soulevés. Nous serions ainsi dans une meilleure position pour défendre et revendiquer cette autonomie. Il importe que l'autonomie soit préservée afin que l'avenir du service social hospitalier soit consolidé dans son identité et sa reconnaissance professionnelle, que la santé et le bien-être au travail de ses praticiens soient confortés, et que la qualité des services offerts aux clients soit maintenue.

BIBLIOGRAPHIE

- Arches, J. (1991). «Social structure, burnout, and job satisfaction». Social Work, 36, (3), 202-206.
- Baril, D. (1995). «Le syndrome du survivant». Les Diplômés, (387), 8-11.
- Bernier, D. (1989). «Le burnout chez les travailleurs sociaux, omniprésent mais mal connu». Intervention, (82), 13-21.
- Bernier, D. (1994). La crise du burnout. Montréal, Stanké.
- Bernier, D. et Larivière, C. (1996). Soutien organisationnel aux pratiques d'intervention en contexte de changement. Rapport de recherche, Université de Montréal, École de service social.
- Bernier, D. et Larivière, C. (1997). Soutien organisationnel: les travailleurs sociaux en milieu hospitalier. Rapport de recherche, Université de Montréal, École de service social.
- Bernier, D. et Larivière, C. (1997). «La transformation de l'organisation du travail vécue par les travailleurs sociaux québécois». Nouvelles pratiques sociales, 10, (2), 99-108.
- Bibeau, G. (1985). «Le burnout: 10 ans après». Santé mentale, X, (2), 33-44.
- Bourbonnais, R., Comeau, M. Dion, G. et Vézina, M. (1997). Impact de l'environnement psycho-social de travail sur la santé mentale des infirmières en centre hospitalier au Québec. Rapport de recherche, Université Laval.
- Buffum, W.I. et Ritvo, R.A. (1984). «Work autonomy and the community mental health professional: guidelines for management». Administration in social work, 8, (4), 39-54.

- Carpentier-Roy, M.-C. (1991). Organisation du travail et santé mentale chez les enseignant (es) du primaire et du secondaire. Rapport de recherche, Communications CEQ.
- Carpentier-Roy, M.-C. (1992). «La psychopathologie du travail: une lecture différente du rapport travail-santé mentale». Revue canadienne de santé mentale, 11, (2), 109-121.
- Carpentier-Roy, M.-C. (1995). «Anomie sociale et recrudescence des problèmes de santé mentale au travail». Santé mentale au Québec, XX, (2), 119-138.
- Comité de la santé mentale du Québec, (1992). Pour donner un sens au travail: bilan et orientations du Québec en santé mentale. Boucherville, Gaëtan Morin.
- Davidson, K.W. (1978). «Evolving social work roles in health care: the case of discharge planning». Social work in health care, 4, (1), 43-54.
- Deslauriers, J. P. (1991). Recherche qualitative; Guide pratique. Montréal, Chenelière/McGraw-Hill.
- Dongois, M. (1997). «La santé mentale au travail a tendance à se détériorer». L'actualité médicale, 18, (15), p.12
- Dubois, M. (1995). Le stress au travail chez les travailleurs sociaux du service de protection de la jeunesse. Thèse de doctorat, Université Laval.
- Du Chazaud, H. (1990). Dictionnaire des synonymes. Paris, Le Robert.
- Émond, M. (1985). «Comment on transforme les travailleurs sociaux en bureaucrates», dans Le travail social et la santé au Québec. Brossard, Behaviora.
- Engel, G.V. (1971). «Professional autonomy and bureaucratic organization». Administrative science quaterly, 15, 12-21.

- Etzioni, A. (1969). The semi-professions and their organization. New York, The Free Press.
- Fontaine, F. (1995). Épuisement professionnel, deuil pathologique et désordres de la personnalité. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Fournier, J. (1997). «L'empowerment du personnel: le chemin est sinueux». Nouvelles pratiques sociales, 10, (2), 23-33.
- Freitag, M. (1995). «La gestion technocratique du social», dans Le naufrage de l'université et autres essais d'épistémologie politique. Montréal, Paris, Nuit blanche, 9-26.
- Gaudreault, Y. (1992). «Incertitudes, autonomie et productivité». Les cahiers du travail, (1), AEGRIUL, 1-17.
- Globerman, J. et Bogo, M. (1995). «Social work and the new integrative hospital». Social work in health care, 21, (3), 1-21.
- Greene, G.J. et Kulper, T. (1990). «Autonomy and professional activities of social workers in hospital and primary health care settings». Health and social work, 15, (1), 38-44.
- Havlovic, S.J., Kroll, P.R. et Bushe, G.R. (1993). «Union-management cooperation: a process for increasing worker autonomy and improving work group effectiveness?». Congrès de l'Association canadienne de relations industrielles (ACRI), 105-116.
- Home, A, Laforest, M. et Tremblay, P. (1980). «Une analyse de l'évolution de la pratique du service social en contexte organisationnel au Québec». Intervention, (58), 4-12.
- Karasek, R. et Theorell, T. (1990). Healthy work, New York, Basic Books.
- Knoll, D. (1979). «Psychiatric supervision for social work?». Clinical social work journal, 7, (3), 214-217.

- Kristensen, T. S. (1995). «The demand-control-support model: methodological challenges for future research». Stress medicine, 11, 17-26.
- Laforest, M. (1985). «Réflexion sur l'intervention technocratique dans les centres de services sociaux», dans Le travail social et la santé au Québec. Brossard, Behaviora.
- Laforest, M. et Redjeb, B. (1991). «Le service social et les conditions de sa pratique: un rapport à examiner». Service social, 40, (2), 89-103.
- Larivière, C. (1994). «Administration sociale: principes fondamentaux (APC 6000)». Recueil de textes, Service social, Université de Montréal.
- Larivière, C. (1995). «Service social et identité professionnelle en CLSC». Intervention, (100), 41-47.
- Larivière, C. (1995). «Identité professionnelle et travail en équipe multidisciplinaire». Conférence internationale sur les centres communautaires de santé; Atelier.
- LeCroy, C. W. et Rank, M.R. (1987). «Factors associated with burnout in the social services: an exploratory study», dans Burnout among social workers, New York, Haworth Press Inc.
- Lesage, J. (1996). «La santé mentale: comment la définir au travail?». Artère, 14, (3), p.16.
- Marcil, F. (1997). «La santé mentale des intervenants du réseau: une situation préoccupante». Artère, 15, (3), p.1.
- Marriot, A., Sexton, L. et Staley, D. (1994). «Components of job satisfaction in psychiatric social workers». Health and social work, 19, (3), 199-205.
- Mayer, R. (1994). «L'évolution des services sociaux», dans Dumont, F., Martin, Y. et Langlois, S., Traité des problèmes sociaux, Québec, Institut québécois de la recherche sur la culture (IQRC).

- Mayer, R. et Ouellet, F. (1991). Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux. Boucherville, Gaëtan Morin.
- Mintzberg, H. (1982). Structure et dynamique des organisations. Montréal, Agence d'Arc Inc.
- Nouveau Petit Larousse (1972). Paris, Librairie Larousse.
- Petit Robert 1 (1993). Paris, Le Robert.
- Poulin, J. (1994). «Job task and organizational predictors of social worker job satisfaction change: a panel study». Administration in social work, 18, (1), 21-38.
- Renaud, G. (1996). «L'intervention: de la technique à la clinique ou de l'objet au sujet». Communication présentée au colloque «L'intervention: les savoirs en action», ACFAS.
- Redjeb, B. (1991). «L'acte clinique et le geste technique dans la reconquête de l'identité professionnelle du travail social». Service social, 40, (2), 105-115.
- Rinfret-Raynor, M. (1982). «La pratique du service social et le système bureaucratique: un mauvais jumelage». Intervention, (63), 46-52.
- Rock, B. (1990). «Social worker autonomy in the age of accountability». The clinical supervisor, 8, (2), 19-25.
- Santé Québec, (1988). «Et la santé, ça va? Enquête Santé-Québec». Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Strauss, A. et Corbin, J. (1990). «Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques». London: Sage.
- Veeder, N.W. (1990). «Autonomy, accountability, and professionalism: The case against close supervision in social work». The clinical supervisor, 8,(2), 33-47.

Vézina, M. (1996). «La santé mentale au travail: pour une compréhension de cet enjeu de santé publique». Santé mentale au Québec, XXI, (2), 117-138.

Villeneuve, J.P. (1992). Le cadre de travail et le degré d'épuisement chez des intervenants sociaux en Gaspésie. Mémoire de maîtrise, Ecole de service social, Université de Montréal.

Wilson, P.A., Voth, V. et Hudson, W.W. (1980). «Professionals and the bureaucracy: measuring the orientations of social workers». Journal of social service research, 4, (1), 15-31.

York, R.O. et Henley, H.C. (1986). «Perceptions of bureaucracy». Administration in social work, 10, (1), 3-13.

Zuniga, R. et Boucher, N. (1996). «Autonomie des clients, autonomie des praticiens: les deux visages d'un enjeu social». Intervention, (95), 64-72.

ANNEXES

Montréal, le 10 février 1999

Bonjour,

Je me présente: mon nom est Isabelle Jamieson et je suis étudiante à la maîtrise en service social à l'Université de Montréal. Je rédige présentement un mémoire qui porte sur l'autonomie professionnelle des travailleur(euse)s sociaux(les) qui pratiquent en milieu hospitalier. Ce projet d'étude est dirigé par Mme Diane Bernier, professeure au département de service social de l'Université de Montréal.

Selon la littérature, les changements organisationnels et le mode de gestion technocratique qui les sous-tend, ont un effet négatif sur l'autonomie de pratique des intervenants, affectant ainsi, non seulement la santé mentale de ces derniers, mais aussi certaines variables en lien avec l'environnement de travail.

Compte tenu d'un contexte où l'identité et la reconnaissance de la profession sont questionnées, la présente étude vise à circonscrire le concept de l'autonomie professionnelle et à décrire la perception qu'entretiennent les travailleur(euse)s sociaux(les) du milieu hospitalier à l'égard de leur autonomie. L'importance qui lui est attachée sera évaluée et ses déterminants seront, dans la mesure du possible, identifiés.

Pour ce faire, je désire rencontrer dix travailleur(euse)s sociaux(les), membres de l'Ordre, qui pratiquent dans cinq centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de Montréal, et qui répondent aux quelques critères apparaissant en annexe.

Une entrevue d'environ une heure est prévue pour cerner le sujet. Elle pourra être faite à la convenance des participant(es), à une heure de leur choix, en milieu de travail ou à domicile, selon leur disponibilité. Consciente du fait que les questions sont parfois abstraites et nécessitent une réflexion, je ferai parvenir aux participants, le guide d'entretien. Les entrevues seront

enregistrées afin de faciliter l'analyse des données. Toutes les réponses fournies resteront strictement confidentielles.

Nous espérons que cette recherche exploratoire sensibilisera davantage nos collègues à cette problématique, et générera (au besoin) une étude de plus grande envergure.

Si cette problématique suscite votre intérêt, et que vous aimeriez y participer, assurez-vous de rencontrer les exigences, en consultant la feuille ci-jointe et communiquez avec moi en tout temps. Mon numéro de téléphone apparaît au bas de la page.

Votre participation est très importante et c'est dans cette ouverture potentielle au développement de la profession, qu'elle prend tout son sens.

En vous remerciant infiniment de votre collaboration,

Bien à vous,

Isabelle Jamieson
Tél.:(514) 844-8995

Diane Bernier
Professeure titulaire
Directrice de mémoire

CRITERES DE SÉLECTION

Pour participer à l'étude, il faut:

- 1. Être membre de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux*
- 2. Exercer dans des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (des CHSGS)*
- 3. Faire de l'intervention (les gestionnaires sont exclus)*
- 4. Détenir un baccalauréat en service social (ou plus)*
- 5. Pratiquer depuis au moins 5 ans comme travailleur(se) social(e)*
- 6. Travailler depuis au moins 2 ans pour la même organisation*

LES PARAMÈTRES

- 1. Disponibilité requise: environ une heure*
 - 2. Le questionnaire est remis quelques jours avant l'entrevue pour faciliter la réflexion.*
-

FORMULE DE CONSENTEMENT

Par la présente, j'accepte de participer à la recherche exploratoire menée par Isabelle Jamieson et Diane Bernier et qui porte sur l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux hospitaliers.

J'accepte que mes propos soient enregistrés pour les fins de la recherche. Il m'a été spécifié que les entretiens seront analysés dans une perspective d'ensemble et que toutes les réponses demeureront anonymes et strictement confidentielles. J'ai été informé(e) que ce mémoire deviendra un ouvrage de consultation publique.

Je, soussigné(e),

Date:

GUIDE D'ENTRETIEN

Votre perception de l'autonomie professionnelle

1. Comment définissez-vous l'autonomie professionnelle?
2. Pour vous, l'autonomie professionnelle est: très, assez, plus ou moins, peu ou pas importante?
3. Quelles sont les raisons pour lesquelles l'autonomie professionnelle est, pour vous, très, assez, plus ou moins, peu ou pas importante?
4. Dans votre milieu de travail, avez-vous le sentiment d'être autonome professionnellement?
5. Au sein de votre équipe de travail, quels sont les déterminants qui favorisent ou non votre autonomie professionnelle?

Nous entendons par déterminant, un facteur qui est susceptible d'influencer positivement ou négativement l'exercice d'une pratique professionnelle autonome.

6. D'une façon plus générale, identifiez les politiques, les règles ou les attitudes provenant de gestionnaires, de supérieurs immédiats, ou de collègues, qui encouragent ou non, l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux hospitaliers.
-

Votre perception de l'autonomie professionnelle (suite)
--

2e partie (Partie non consultée par les sujets avant l'entrevue)

En guise d'introduction, l'intervieweur présente les définitions de la façon suivante:

Dans les écrits, les définitions allouées à l'autonomie sont nombreuses et variées. Elles revêtent un sens qui exprime et revendique des libertés différentes, quant aux conditions concrètes d'exercice de la profession. Afin de bien décrire l'autonomie, nous les avons regroupées en fonction de trois dimensions. Ces dimensions sont: l'autonomie de gestion, l'autonomie d'action et l'autonomie de pensée et d'opinion.

Présenter aux sujets les définitions apparaissant sur le papier cartonné.

7. Est-ce que cette façon de présenter l'autonomie fait du sens pour vous?

À la lumière de cette nouvelle définition, nous vous demandons de vous prononcer sur chacune de ses dimensions. Ainsi:

8. Quelle importance attachez-vous à: l'autonomie de gestion, l'autonomie d'action et l'autonomie de pensée, et d'opinion?

9. Pour chacune des dimensions de l'autonomie énumérées auparavant, donnez les raisons pour lesquelles elles sont, pour vous, très, assez, plus ou moins peu ou pas importante?

10. Dans votre milieu de travail, vous allouez-t-on de l'autonomie de gestion, d'action de pensée et d'opinion?

Notre revue de littérature nous a permis d'identifier trois types de déterminants: des déterminants personnels, sociaux et organisationnels. Ils sont énumérés ci-contre, sur le papier cartonné.

11. Dans cette liste, nommez les déterminants qui sont, d'après vous, susceptibles d'influencer l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux hospitaliers?
 12. Parmi ces derniers, quels sont les déterminants qui, selon vous, amélioreraient significativement votre sentiment d'autonomie professionnelle et commentez chacun d'eux?
-

FICHE D'INFORMATIONS GÉNÉRALES
(variables/caractéristiques socio-démographiques)

Nom du centre hospitalier: _____

Numéro du sujet: _____

Scolarité: Bacc. _____ Maîtrise _____ Autre formation _____

Age: _____ ans

Sexe: H _____

F _____

Nombre d'années à l'emploi de ce centre hospitalier: _____ ans

Nombre d'années de service dans le poste actuel: _____ ans

Nombre total d'années d'expérience comme travailleur(se) social(e):
_____ ans

Travaille seul(e) ou en équipe: _____ seul _____ équipe

LES TROIS DIMENSIONS DE L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE

1^{èr e} DIMENSION: L'AUTONOMIE DE GESTION

L'autonomie de gestion se définit par la possibilité qu'a un employé de participer aux décisions qui concernent l'organisation du travail.

Ex.: Adhésion à des comités consultatifs afin d'envisager, en collaboration avec l'employeur, une restructuration stratégique de l'organisation, un réaménagement adéquat des ressources, ou l'établissement approprié de nouvelles politiques

2^e DIMENSION: L'AUTONOMIE D'ACTION

L'autonomie d'action fait référence au contrôle qu'exercent les employés sur leur travail. Elle constitue le degré de liberté, la marge de manoeuvre que détient un employé relativement à ses méthodes de travail et aux procédures utilisées.

Ex.: Assumer la gestion des priorités des cas à traiter; choisir le type d'intervention à effectuer auprès d'un client, le nombre de rencontres, la durée de celle-ci, leur fréquence, etc.

3^e DIMENSION: L'AUTONOMIE DE PENSÉE ET D'OPINION

L'autonomie de pensée et d'opinion réfère quant à elle au pouvoir créatif et à l'initiative que détient et dont fait preuve l'employé dans son travail.

Ex.: Entreprendre des démarches de partenariat avec le réseau; organiser des activités d'information ou de prévention sur des problématiques psycho-sociales; développer de nouvelles façons d'intervenir

LES DÉTERMINANTS DE L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE

Nous vous rappelons qu'un déterminant est un facteur qui est susceptible d'influencer positivement ou négativement l'exercice d'une pratique professionnelle autonome.

1er TYPE DE DÉTERMINANTS: LES DÉTERMINANTS PERSONNELS

- 1. L'estime de soi comme professionnel*
- 2. La volonté d'implication d'un intervenant dans son milieu de travail*

2e TYPE DE DÉTERMINANTS: LES DÉTERMINANTS SOCIAUX

- 1. La mise sur pied de projets communs, de programmes ou de stratégies de coopération*
- 2. L'importance du soutien des collègues*
- 3. La qualité de la formation reçue*

3^e TYPE DE DÉTERMINANTS:

LES DÉTERMINANTS ORGANISATIONNELS

1. *Le contrôle bureaucratique*
 2. *Des politiques organisationnelles qui restreignent l'autonomie professionnelle*
 3. *L'absence de pratiques de supervision*
 4. *La communication des attentes et des ressources (matérielles et communautaires) de la part des supérieurs à l'égard des intervenants: ses lacunes*
 5. *La complexité de la structure hiérarchique*
-

LES DÉTERMINANTS
«LEURS SIGNIFICATIONS»

A) LES DÉTERMINANTS PERSONNELS

1. L'estime de soi comme professionnel

Ce déterminant signifie: avoir une image professionnelle positive de soi.

2. La volonté d'implication d'un intervenant dans son milieu de travail

On traduit la volonté d'implication d'un acteur, par son désir, sa motivation, ou sa volonté de s'impliquer dans son environnement de travail.

(ex.: en siégeant sur des comités consultatifs mis sur pied par l'administration de l'organisation, ou en créant des groupes de travail se réunissant autour d'un thème ou d'une problématique en particulier).

B) LES DÉTERMINANTS SOCIAUX

1. La mise sur pied de projets communs, de programmes ou de stratégies de coopération

Fait référence à des groupes de travail ou des comités de travail, mis sur pied conjointement par les gestionnaires, les travailleurs et les syndicats pour résoudre les problèmes liés au travail. Ce déterminant fait référence aussi à des groupes de travail, formés entre collègues, pour développer des stratégies défensives, afin de contrer l'impact de la bureaucratie sur leur travail.

2. L'importance du soutien des collègues

C'est en fait: la présence, l'écoute et la solidarité des pairs entraînant des relations de travail satisfaisantes.

3. La qualité de la formation reçue

Ici, on interroge l'efficacité de la formation en ce qui a trait au développement du sentiment d'autonomie professionnelle, et l'insuffisance de la transmission des informations et des connaissances, concernant les contraintes que représente l'intervention dans un contexte organisationnel.

C) LES DÉTERMINANTS ORGANISATIONNELS

1. Le contrôle bureaucratique

Fait référence à une organisation de travail rigide et spécialisée qui encadre et règlemente le travail de ses employés.

2. Des politiques organisationnelles qui restreignent l'autonomie

Il s'agit d'une réglementation bureaucratique qui détermine et limite les services donnés par les intervenants, par des moyens technocratiques. (ex.: évaluation quantitative de la productivité ou de l'efficacité)

3. L'absence de pratiques de supervision

L'accès à une supervision supportante permet le suivi de la charge de travail, la transmission de connaissances et d'expertise. Son absence ne le permet évidemment pas.

4. La communication des attentes et des ressources (matérielles et communautaires) de la part des supérieurs à l'égard des intervenants: ses lacunes

La transmission par les supérieurs aux intervenants, des objectifs de travail, des tâches, des services à procurer à la clientèle (ex.: l'évaluation psycho-sociale, les interventions thérapeutiques, les campagnes d'information, de sensibilisation), et des moyens disponibles (ex.: les ressources financières de l'organisation, la part du budget alloué, par service ou par programme), sont des moyens qui permettent aux praticiens de faire valoir leur savoir-faire à leur juste mesure, et ainsi faire preuve d'autonomie.

5. La complexité de la structure hiérarchique

Le niveau hiérarchique d'une organisation; l'ampleur de la bureaucratie