

Aux premières lignes du soutien à domicile

Une enquête auprès de 697 travailleuses du
programme de soutien à l'autonomie des
personnes âgées à travers le Québec

ÉTAT 21

Maude Benoit, Léonie Perron et Gabriel Lévesque
Département de science politique, Université du Québec à Montréal (UQAM)



SITE INTERNET

<http://www.etat21.com/>



COURRIEL

etat21.uqam@gmail.com



FACEBOOK

<https://www.facebook.com/Etat21uqam>

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Contexte et objectif du questionnaire

Cette enquête vise à documenter les effets des réformes managériales sur la mise en œuvre de la politique québécoise de soutien à domicile aux personnes âgées, selon le point de vue des intervenantes de premières lignes qui y travaillent (travailleuses sociales, infirmières, ergothérapeutes, etc.). À cet effet, le questionnaire a abordé les thèmes suivants :

- Les réformes mises en place dans le fonctionnement des organisations et dans les services offerts aux aînés ;
- Les réalités de travail quotidiennes des intervenantes (responsabilités, autonomie professionnelle et pratiques mobilisées pour accomplir leurs tâches) ;
- Les principaux défis et évolutions qu'elles observent dans leur secteur professionnel.

Ce rapport rend compte des principaux résultats tirés des 697 questionnaires qui ont été complétés entre novembre 2019 et février 2020 par des professionnelles à travers le Québec.

Table des matières

Contexte et objectif du questionnaire	p. 3
Introduction	p. 4
Méthodologie	p. 5
Profil des participantes	p. 6-7
Injonction à la performance et réalités du terrain	p. 8-9
Comment fait-on pour en faire plus avec moins?	p. 10-13
Impacts perçus de la réforme Barrette	p. 14-15
L'outil de cheminement clinique informatisé (OCCI)	p. 16-17
Une perte de sens professionnel	p. 18-19
Les prestataires externes du SAD	p. 20-21
Conclusion	p. 22-23
Présentation d'État 21 et des chercheur-es	p. 24

Introduction

Je suis une chercheure qui étudie les politiques publiques. Lorsque l'on s'intéresse aux interventions de l'État, il est commun d'observer un fossé entre les discours publics officiels et les politiques réellement mises en œuvre sur le terrain.

C'est cette apparence de grand décalage qui m'a conduit à travailler sur les politiques de soutien à domicile aux personnes âgées (SAD).

D'un côté, on retrouve des politiciens – tout parti confondu – qui ne cessent de répéter l'importance d'aider les aînés à demeurer chez soi tant que bon leur semble. De l'autre, des rapports accablants de la Protectrice du citoyen (2012) et du Vérificateur général du Québec (2013) qui décrivent un système public où le budget est insuffisant, le personnel épuisé et fluctuant et l'offre de services inégale entre les régions et entre les usagers. Ces conditions inciteraient les personnes âgées à se tourner de plus en plus – lorsqu'elles ont les ressources pour le faire – vers le secteur privé, les entreprises d'économie sociale, les organismes communautaires et la famille pour être en mesure de rester chez soi. Dans un contexte de vieillissement accéléré de la population au Québec, il me fallait enquêter sur cette politique aussi essentielle qu'elle apparaît mal en point. Pour aller au-delà des discours, il fallait se rendre aux premières lignes du SAD, à la rencontre des travailleuses qui y évoluent au quotidien.

Mon équipe et moi avons commencé par réaliser des entretiens auprès de travailleuses sociales, d'infirmières, d'ergothérapeutes, etc. dans des CLSC de différentes régions du Québec. À ma grande surprise, parvenir à conduire 25 entretiens a été très difficile. Ce n'était pas parce que les travailleuses n'étaient pas intéressées, mais plutôt parce qu'il a été ardu d'obtenir les autorisations de leurs administrations pour ce faire. Certaines, sous anonymat, nous ont contactés, puis se sont rétractées par crainte de représailles de la part de leur employeur. Leur employeur qui se trouve à être l'État, c'est-à-dire l'administration qui agit au nom et pour la population du Québec.

Il nous est alors rapidement apparu que la diffusion d'un questionnaire électronique anonyme à grande échelle était le moyen privilégié pour dépasser ces obstacles et accéder aux expériences des travailleuses en SAD. De novembre 2019 à février 2020, 697 d'entre elles ont pris le temps de répondre aux 52 questions de ce long questionnaire. Nous les remercions chaleureusement.

Ce rapport synthèse vise à restituer leurs réponses de façon synthétique, de la manière la plus accessible possible. Le portrait qu'elles dépeignent du SAD est alarmant, d'abord pour quiconque se préoccupe du bien-être de ces intervenantes et des personnes âgées, et plus largement pour tous ceux et celles qui appuient le système public de santé et de services sociaux et qui veulent en assurer le devenir.

Méthodologie

À la lumière d'une première phase d'enquête où 25 entretiens ont été menés avec des travailleuses en soutien à domicile, nous avons conçu et distribué un questionnaire long en ligne auprès de ces employées dans toute la province.

La plateforme *Lime Survey* a été utilisée pour concevoir, loger et distribuer le questionnaire. Le questionnaire compte 10 sections et 52 questions, pour un total de 115 entrées par répondante. Il est composé tant de questions fermées que de questions ouvertes, et plusieurs formats de question ont été utilisés (entrée numérique, choix de réponses, texte court, texte long, etc.) Une version française et une version anglaise étaient disponibles. La diffusion du questionnaire a été grandement facilitée par la collaboration de la Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) et de l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) qui ont invité leurs membres à répondre au sondage. Ces organisations n'ont toutefois eu aucun droit de regard sur le contenu du questionnaire. Nous en profitons pour les remercier de leur précieuse collaboration. Le questionnaire a été disponible du 21 novembre 2019 au 29 février 2020. À la fin de la période d'accessibilité, 1 586 réponses ont été enregistrées. Les trois critères d'exclusion suivants ont été appliqués aux réponses :

1 Consentement

Au tout début du questionnaire, les répondantes étaient priées de lire et de signer un formulaire d'information et de consentement. Seules les données des répondantes ayant indiqué qu'elles consentaient à l'utilisation de leurs réponses à des fins d'analyse ont été considérées.

2 Admissibilité

La première question du sondage se lisait comme suit : « Travaillez-vous au sein du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) ? ». Les données des répondantes ayant indiqué « non » à cette question ont été exclues de l'analyse.

3 Proportion complétée

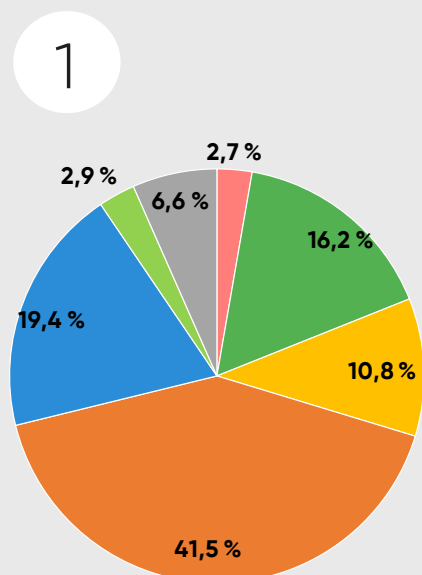
Nous avons fixé un seuil minimal de réponses correspondant à 50 % du questionnaire complété. Seules les données des répondantes ayant complété au moins 5 des 10 sections de questionnaire ont été considérées.

Au terme du processus de nettoyage de données, 697 des 1586 réponses initiales ont été considérées valides. Les éléments d'analyse conciliés dans ce rapport sont présentés à partir de ces 697 réponses valides.

Profil des participantes

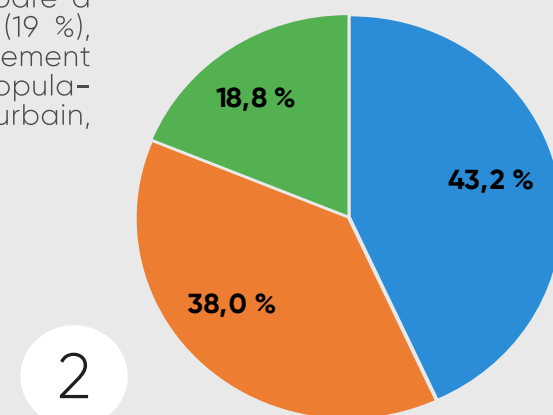
1 Champ professionnel

Tous les champs professionnels visés sont représentés au sein de l'échantillon. La distribution est relativement représentative de la réalité (une plus large proportion de travail social et de sciences infirmières, une moins large proportion d'éducation spécialisée et de nutrition, etc.)



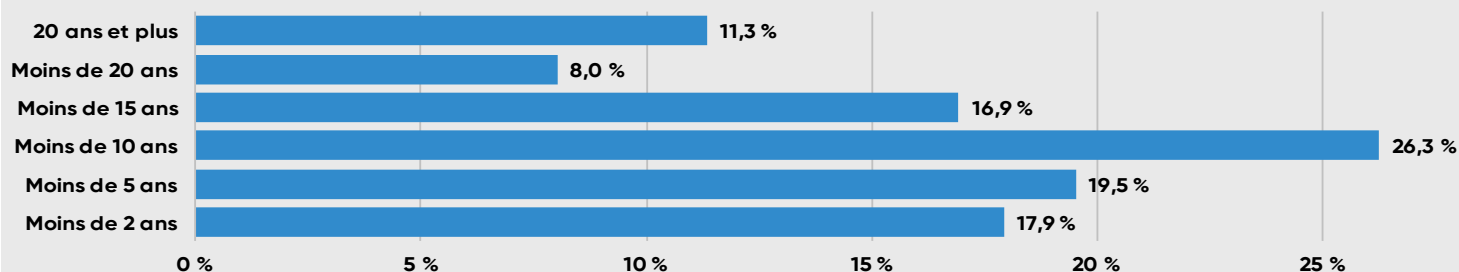
2 Zone géographique

La répartition par zone géographique nous permet d'analyser les résultats à la lumière d'enjeux liés à l'espace tels que la distance entre les usagers et les centres de services ou le temps de déplacement des travailleuses. Lorsque l'on regroupe les répondantes des zones urbaine (43 %) et des zones à la fois urbaine et rurale (38 %), et qu'on les compare à celles de la zone rurale (19 %), les catégories sont hautement représentatives de la population québécoise (80 % urbain, 20 % rural).



3 Ancienneté

L'expérience des répondantes au sein du SAD varie grandement. Bien que la majorité d'entre elles y travaillent depuis moins de 10 ans, une proportion considérable de répondantes sont plus expérimentées (11 % depuis 20 ans ou plus). Cela nous permet de recueillir le point de vue de plusieurs générations de travailleuses en SAD.



Régions administratives

1

Un échantillon généralement représentatif

Toutes les régions administratives du Québec sont représentées au sein de l'échantillon à l'exception du Nord-du-Québec (16/17). Les réponses sont représentatives de la démographie québécoise (moins de 5 % d'écart) dans 13 des 17 régions.

2

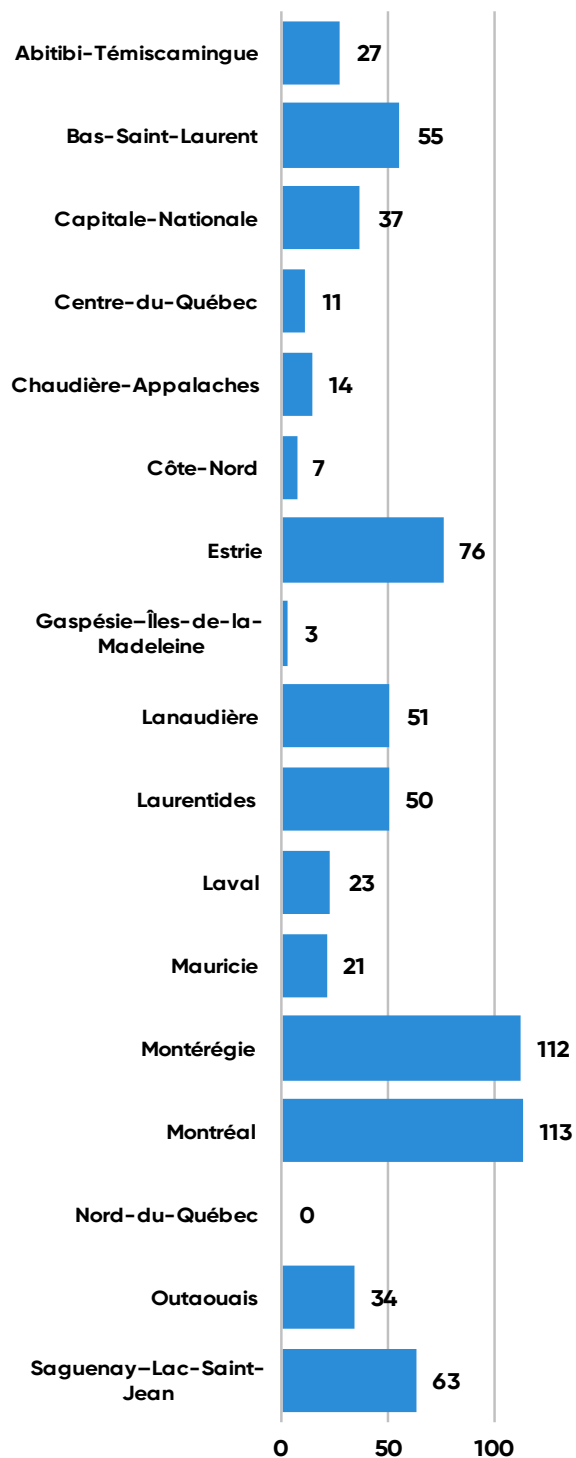
Des régions surreprésentées et sous-représentés

Relativement à la démographie québécoise, l'on observe une légère surreprésentation du Bas-Saint-Laurent (+ 5,5 %), de l'Estrie (+ 7 %) et du Saguenay-Lac-Saint-Jean (+ 5,7 %) au sein de l'échantillon. L'on remarque à l'inverse une sous-représentation de Montréal (- 7,8 %).

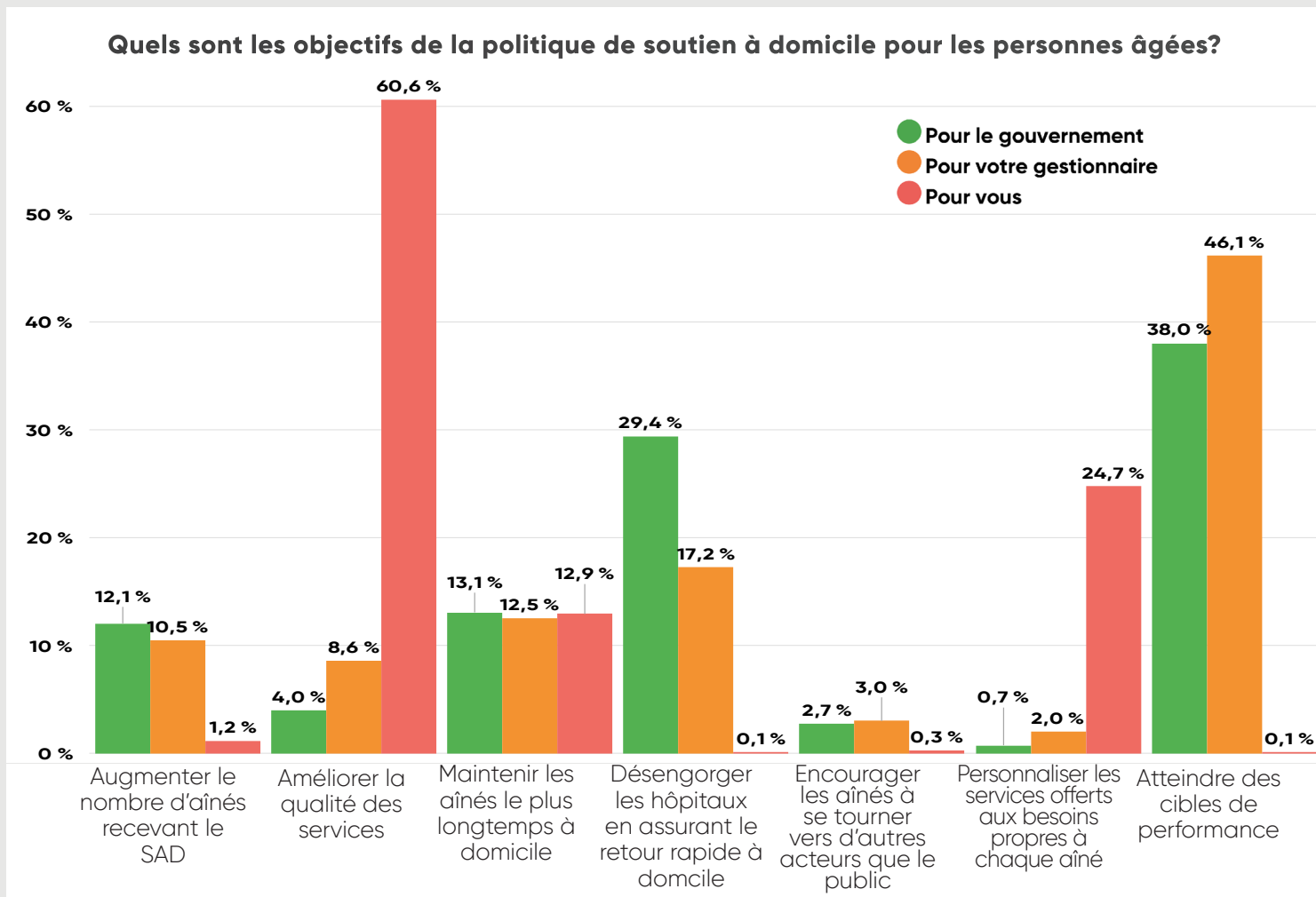
3

Une uniformité des réalités ?

La répartition plutôt représentative entre les régions nous permet de vérifier si les réalités rapportées par les répondantes sont uniformes à travers le Québec, ou si elles sont concentrées dans certaines régions plutôt que d'autres. Notons qu'en général, la région administrative a peu d'impact sur la répartition des réponses au questionnaire. Cela nous mène à croire à des réalités communes à l'ensemble du Québec plutôt que particulières à certaines régions.



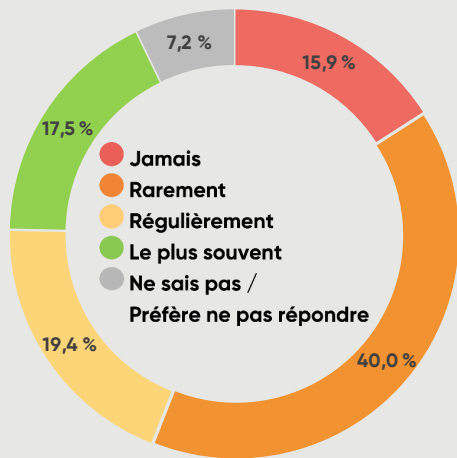
Injonction à la performance et réalités du terrain



La politique québécoise de SAD poursuit des objectifs à la fois qualitatifs et quantitatifs. Elle vise à aider les âinés qui souhaitent vieillir chez soi et à assurer que ce milieu de vie soit sécuritaire et agréable (objectifs qualitatifs), mais aussi à augmenter le nombre de personnes recevant des services et à réduire le temps d'hospitalisation des usagers (objectifs quantitatifs). Parmi sept objectifs, nous avons demandé aux répondantes d'indiquer selon elles lequel est le plus important pour le gouvernement, pour leurs gestionnaires et pour elles-mêmes.

Les résultats montrent que les travailleuses perçoivent un véritable fossé entre elles et leurs supérieurs hiérarchiques. Selon elles, les décideurs et les cadres du réseau partagent une vision commune du SAD où les objectifs quantitatifs de rehausser la performance, d'augmenter le nombre d'usagers desservis ou de diminuer le temps d'hospitalisation des âinés priment. À l'inverse, 85 % des répondantes considèrent plutôt que leur objectif prioritaire est d'améliorer la qualité des services aux âinés (60,6 %) ou de personnaliser ceux qui leur sont offerts (24,8 %). Le gouvernement semble privilégier une vision hospitalo-centrique, où le SAD est instrumentalisé de façon à désengorger les hôpitaux (29,4 %) et à différer l'hébergement des âinés (les maintenir « le plus longtemps possible à domicile », 13,1 %).

Globalement, réussissez-vous à atteindre les cibles de performance que l'on vous demande ?



CIBLES DE PERFORMANCE

L'atteinte des cibles de performance est, aux yeux des répondantes, le but numéro 1 tant du gouvernement (38 %) que des gestionnaires (46 %). Il s'agirait d'une pratique implantée surtout au cours des années 2010 et accentuée depuis la réforme Barrette de 2015. Étrangement, si cette réforme visait une uniformité des pratiques entre les régions, les tâches mesurées et les cibles reliées diffèrent grandement au sein de l'échantillon. Notons que ces cibles sont exclusivement quantitatives (temps d'intervention directe auprès des usagers; nombre d'interventions minimales effectuées par semaine; taux d'OCCL complété, etc.).

CIBLES DÉCONNECTÉES DE LA RÉALITÉ

Pour de nombreuses intervenantes, les cibles de performance sont rarement (40 %), voire jamais ou pratiquement jamais atteignables (15,9 %). Soulignons que la quasi-unanimité d'entre elles (92,9 %) estime que « ce qui est mesuré ne reflète pas ce que je fais ». En d'autres mots, selon les participantes, les cibles ne permettent pas d'évaluer réellement le travail qu'elles effectuent au quotidien en SAD.

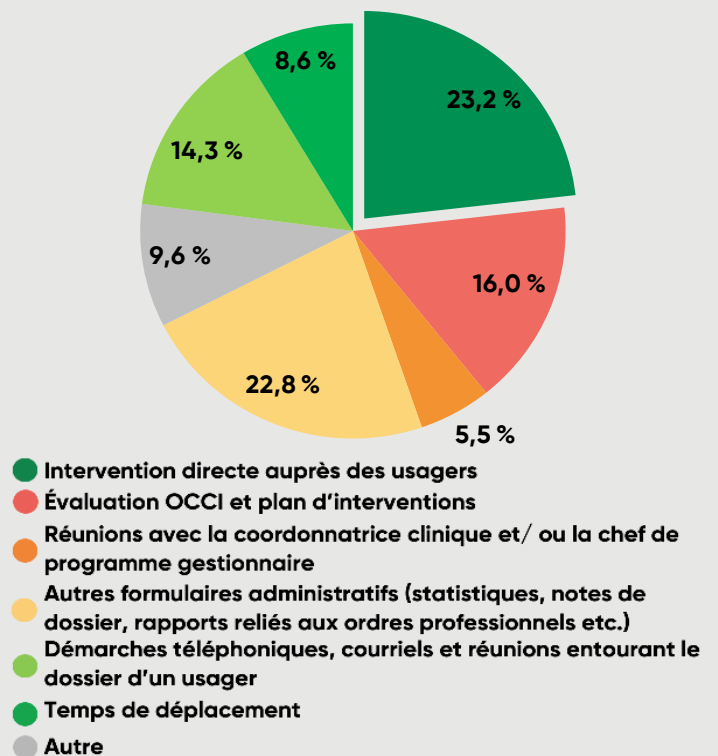
LOURDEUR ADMINISTRATIVE

Paradoxalement, l'accent mis sur la performance se traduit par des tâches administratives accrues, de l'utilisation d'outils informatiques (OCCL, 16 % du temps de travail) à la prolifération de différents formulaires liés à la reddition de comptes à remplir (statistiques, rapports liés aux ordres professionnels, etc., 22,8 %). En moyenne, seulement 23,2 % du temps des répondantes est consacré à l'intervention directe auprès des usagers.

CHARGE DE CAS RÉELLE VERSUS IDÉALE

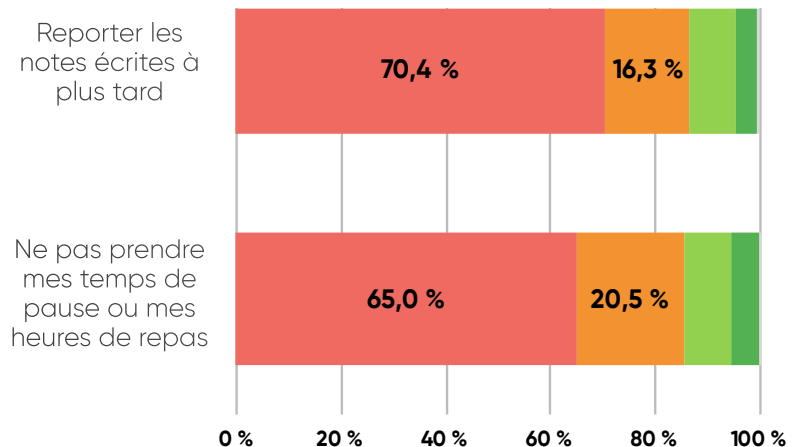
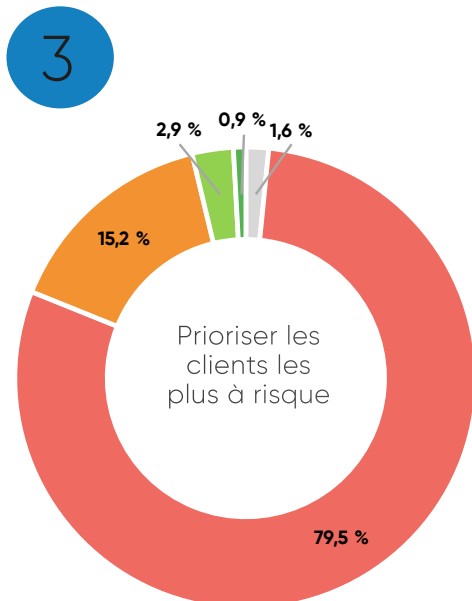
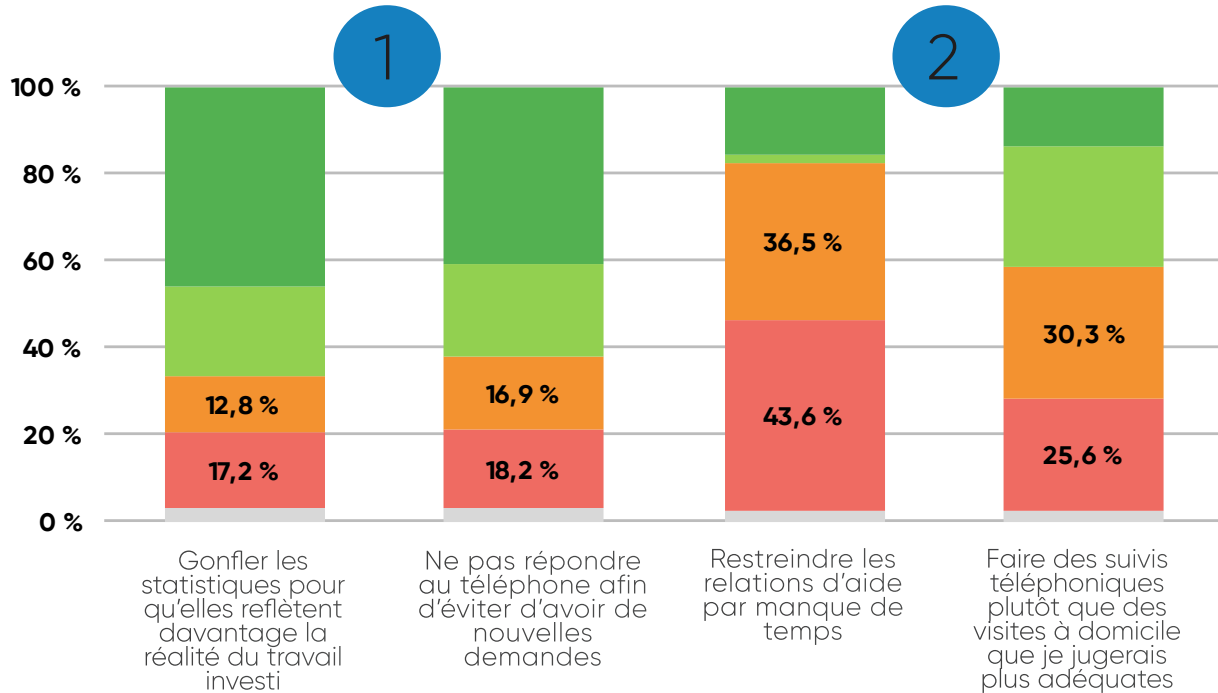
Questionnées sur leur charge de cas, les intervenantes ont estimé avoir en moyenne 45 dossiers d'aînés sous leur responsabilité. Selon elles, une charge de cas optimale pour répondre aux besoins des usagers à l'intérieur de leur temps de travail payé (35 heures / semaine) devrait plutôt s'élever à environ 35 cas. 48,6 % considèrent que leur charge de cas a augmenté depuis qu'elles travaillent au SAD, 36,4 % jugent qu'elle est demeurée la même et 10,5 % qu'elle a diminué.

Au cours du dernier mois, quelle proportion de votre temps de travail avez-vous consacré à chacune des tâches suivantes ?



COMMENT FAIT-ON POUR EN FAIRE PLUS AVEC MOINS ?

Il arrive que les travailleuses en SAD aient de la difficulté à tout faire et doivent adopter des stratégies pour répondre le mieux possible à la fois aux besoins des usagers et aux demandes des gestionnaires. Au cours du dernier mois, avez-vous eu recours aux stratégies suivantes ?



- Plusieurs fois par semaine
- Quelques fois dans le dernier mois
- Très rarement, mais cela est arrivé
- Jamais
- Ne sais pas / Préfère ne pas répondre

4

Stratégies d'adaptation et impact sur les usagers

Au quotidien, les travailleuses se trouvent confrontées à une inadéquation entre les besoins exprimés par les aînés, les ressources (humaines et budgétaires) pour y répondre et les cibles de performance qu'on leur demande d'atteindre. Il est donc fréquent qu'elles aient de la difficulté à tout faire. Cela les conduit à adopter des stratégies pour satisfaire le mieux possible à la fois les besoins des usagers et les demandes de leurs gestionnaires.

Nous avons soumis aux répondantes une liste de stratégies possibles pour réussir à en faire plus avec moins, en leur demandant si elles les avaient utilisées au cours du dernier mois. Les diagrammes ci-contre montrent que diverses stratégies sont déployées pour que le SAD « fonctionne » malgré le manque de ressources. De ce portrait se dégage une tendance des travailleuses à se positionner en tant qu'agentes de résistance afin que les impératifs de performance ne priment pas sur les services offerts aux personnes âgées, parfois d'ailleurs à leurs désavantages et risques personnels.

1

Répondre à la demande plutôt qu'aux statistiques

Bien que les travailleuses jugent que la priorité de leurs gestionnaires comme du gouvernement sont les cibles de performance, moins du tiers d'entre elles disent gonfler leurs statistiques de productivité (30 %). Toutefois, face à une demande trop élevée, 35 % d'entre elles ont évité de répondre au téléphone afin de ne pas alourdir leur charge de travail.

2

Réduire le temps que prend une intervention

Les travailleuses sont nombreuses à utiliser des tactiques afin de traiter plus rapidement les dossiers des usagers. Cela a toutefois des effets sur la qualité de l'intervention, puisque les relations d'aide sont réduites et que les suivis téléphoniques sont privilégiés aux visites à domicile que les répondantes jugent pourtant plus appropriées. Il demeure qu'elles s'assurent que les usagers soient tout de même desservis.

3

Privilégier les cas les plus urgents

Les répondantes sont quasi unanimes à privilégier les clients les plus à risque pour allouer les ressources disponibles (94,7 %). Si cela pose la question de l'équité des services (qu'arrive-t-il aux aînés aux besoins importants, mais pas urgents?), on relève ici une volonté des travailleuses de répondre aux besoins les plus pressants, plutôt que de privilégier les statistiques de performance ou d'appliquer strictement l'ordre chronologique des dossiers sans se préoccuper des profils des usagers.

4

Se sacrifier

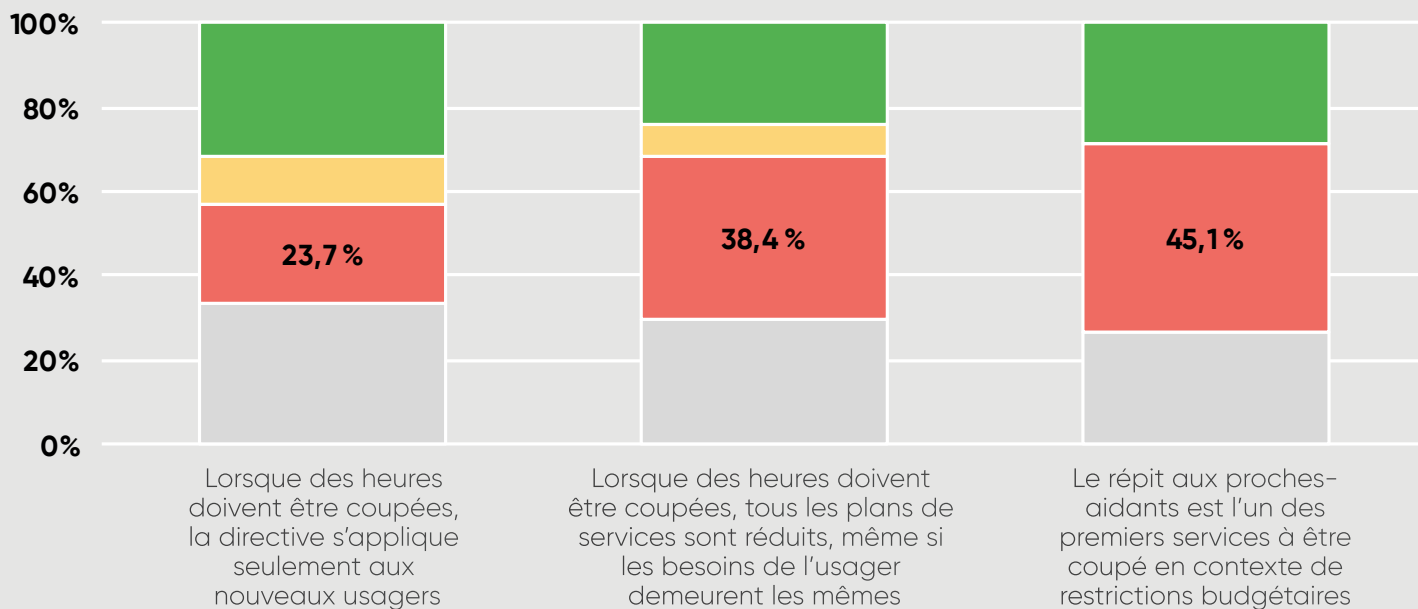
C'est souvent à leur propre désavantage que les répondantes parviennent à en faire plus avec moins, en reportant les notes écrites à plus tard (ce qui les place en porte-à-faux avec leurs ordres professionnels exigeant ces documents de suivi) ou en renonçant à prendre leur temps de pause ou de repas.

Un exemple pratique : comment coupe-t-on les heures en soutien à domicile ?

La logique d'en faire plus avec moins a ses limites. Parfois, les travailleuses doivent se résigner à en offrir moins, puisque les ressources pour assurer le bon fonctionnement du SAD sont inadéquates. Questionnées sur les enjeux financiers, 70,2 % estiment que les budgets sont insuffisants pour répondre aux besoins des aînés. De plus, 55,2 % d'entre elles considèrent que les budgets fluctuent au cours d'une même année, avec comme conséquence des moments où des surplus d'heures de service sont à allouer aux usagers et d'autres où ces heures doivent être coupées.

Nous avons voulu savoir comment cette directive de couper des heures se déroule en pratique (voir ci-dessous). La répartition des réponses suggère qu'il n'existe pas de directive uniforme au sein du réseau : chaque organisation adopte la pratique qu'elle juge la plus adaptée ou procède au cas par cas. La question de l'équité entre les usagers se pose, puisque dans 23,7 % des organisations, le moment d'entrée de l'aîné dans le système influencera le nombre d'heures qui lui sera octroyé (voir le premier énoncé). De même, le plan de services changera selon le CLSC traitant, puisque l'enquête dévoile que dans 39 % des CLSC des répondantes, il existe un plafond maximal d'heures de service à offrir, tandis que dans les 61 % restants, il n'y a pas de limites. Enfin, la mesure la plus courante à être utilisée lors de restrictions d'heures est celle de couper dans le répit offert aux proches aidants. Il faut aussi noter le haut taux de « Ne sais pas / préfère ne pas répondre », qui indique peut-être que la question de comment couper n'est pas un sujet discuté au sein des organisations, ou alors que les répondantes n'ont pas été confrontées à une telle directive.

- Cela ne s'applique pas à mon organisation
- Ni l'un ni l'autre
- Cela s'applique à mon organisation
- Ne sais pas/ Préfère ne pas répondre



Résister à l'approche managériale et à la dégradation des services

Les travailleuses sont nombreuses à constater que la qualité des services offerts en SAD a diminué depuis leur embauche. 66,4 % répondent qu'ils se sont fortement (21,9 %) ou plutôt (44,5 %) dégradés contre 11,8 % selon qui les services se sont améliorés. Dans ce contexte, les injonctions managériales à augmenter les statistiques de productivité peuvent apparaître aux yeux des travailleuses comme déconnectées de leurs réalités de travail et des besoins réels des personnes âgées.

Au nom des usagers, ou selon leur conception des normes du service public et de leur éthique professionnelle, certaines travailleuses adoptent des comportements de résistance face à la doctrine d'en faire plus avec moins.

1 DÉFENDRE À L'INTERNE LES USAGERS

Face à une dégradation des services offerts – des services « qui étaient là auparavant » – une proportion importante des travailleuses refusent d'abdiquer et se trouvent à devoir constamment défendre auprès de leurs supérieurs les besoins des aînés.

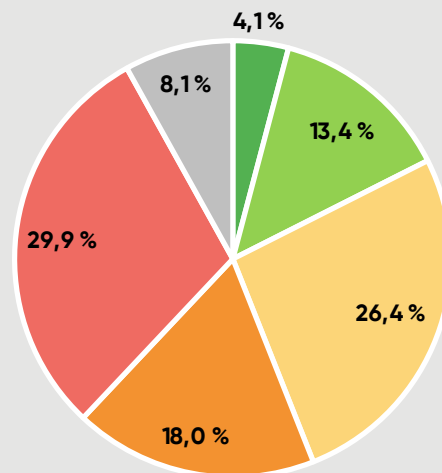
2 INCITER À DÉNONCER À L'EXTERNE

Cette résistance à l'interne, parfois, ne suffit pas. Devant l'absence de résultats de leurs démarches et face à l'insatisfaction exprimée par les usagers et leurs proches, plusieurs travailleuses les informent, voire les incitent à dénoncer cette situation auprès d'autorités externes.

Cette position de résistance au sein d'un secteur qui met l'accent sur la performance quantitative contribue à un sentiment de perte de sens professionnel. Tandis que la relation d'aide et de soin constituent le cœur de leurs métiers, 89 % des répondantes ont « l'impression qu'elles travaillent plus à rendre des comptes au gouvernement qu'aux besoins réels des personnes âgées en ce moment ».

1

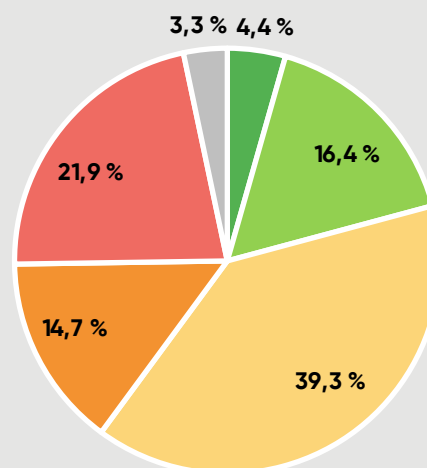
« Il faut se battre constamment pour défendre la cause des usagers et tout ça pour des services qui étaient là auparavant »



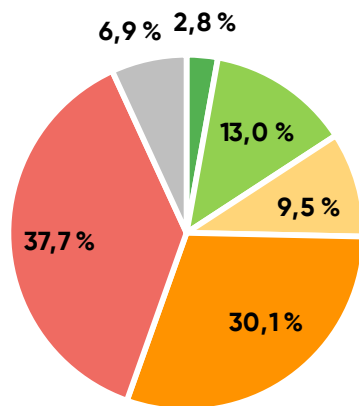
- Ne correspond pas du tout à ma réalité de travail
- Ne correspond pas vraiment à ma réalité de travail
- Correspond assez à ma réalité de travail
- Correspond beaucoup à ma réalité de travail
- Correspond tout à fait à ma réalité de travail
- Ne sais pas / Préfère ne pas répondre

2

« Il m'arrive d'encourager/d'informer l'utilisateur ou ses proches qu'ils peuvent porter plainte au Commissaire aux plaintes ou à la Protectrice du citoyen »



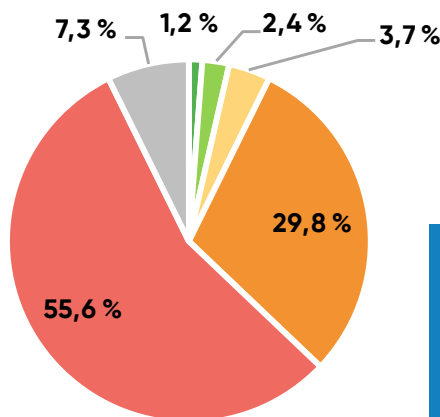
Depuis la réforme de 2015, il y a eu...



Une augmentation de la hiérarchie organisationnelle et une difficulté accrue à avoir accès aux gestionnaires

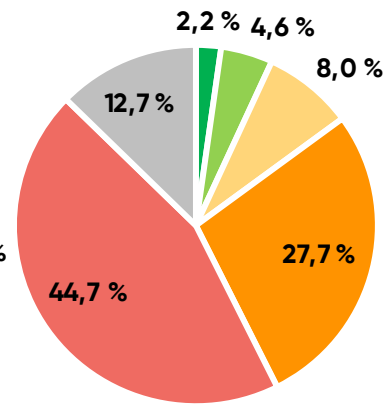
67,8 % des participantes remarquent qu'il y a depuis 2015 une augmentation de la hiérarchie organisationnelle et qu'il leur est plus difficile d'avoir accès à un gestionnaire lorsque nécessaire. La réforme Barrette, qui prévoyait l'abolition de 1 300 postes de cadres supérieurs sans que les services en soient affectés, semble selon ces résultats ne pas avoir rempli sa promesse.

- Situation pas du tout présente
- Peu présente
- Ni présente ni absente
- Présente
- Très présente
- Ne sais pas / Préfère ne pas répondre



Une augmentation des politiques et des procédures alourdissant le travail et l'accès aux services

85,4 % des répondantes dénotent depuis 2015 un accroissement des politiques et des procédures qui alourdissent leur travail en plus de restreindre l'accès aux services (situation présente ou très présente). L'augmentation des procédures signifie une hausse des formulaires à remplir. Ce résultat est conforme à la répartition estimée de leur temps de travail (voir p. 9), où les tâches administratives rivalisent avec le temps d'intervention directe auprès des usagers.



Une centralisation de la gestion des ressources matérielles et des listes d'attente ne permettant plus l'adaptation aux réalités locales

72,4 % des répondantes croient que depuis 2015, une centralisation de la gestion des ressources est présente ou très présente au sein de leur organisation. À l'inverse, seulement 6,8 % des répondantes considèrent que cette situation est peu ou pas présente dans leur milieu de travail. Si l'uniformisation des services était bien un objectif de la réforme Barrette, il semble qu'elle se soit produite au détriment de l'adaptation aux particularités territoriales, pourtant très importantes en SAD.

La réforme en bref

Du nom du ministre de la Santé et des Services sociaux en poste de 2014 à 2018, la réforme Barrette visait la réorganisation complète du réseau par :

- La fusion des établissements de santé, qui sont passés de 182 à 34;
- La création des Centres intégrés, universitaires ou non, de santé et de services sociaux (CISSS)/(CIUSSS);
- À l'échelle régionale, l'abolition des agences de santé;
- À l'échelle locale, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) n'ont plus leur propre conseil d'administration (CA) et ils deviennent des points de services.

Ainsi, la Réforme Barrette a un caractère centralisateur, les décisions étant maintenant prises par une seule entité administrative (CISSS ou CIUSSS) et par des membres d'un CA majoritairement nommés par le MSSS. De plus, cette réforme poursuit des objectifs d'uniformisation des pratiques entre les établissements et de réduction des coûts administratifs par l'abolition de postes de cadres (environ 1 300 postes pour des économies d'environ 220 millions \$). Cela a des effets sur le travail quotidien en première ligne.

Quelques témoignages de répondantes

« Nous vivons présentement une réforme clinique dans notre secteur. Notre direction nous tient à l'écart des développements. On nous dit que c'est à la demande du ministère qu'on nous impose cette réorganisation. Nous sortons à peine d'une réorganisation structurelle qui a fait beaucoup de malheureux. Nous vivons une augmentation des délais de réponse puisque notre gestionnaire répond à 5 établissements à la fois, un roulement de personnel hallucinant et des maladies qui explosent. Nous revoilà dans une réforme clinique qui épuise le personnel (déjà en pénurie), donc notre moral est à plat et on doit faire comme si de rien était auprès de la population souffrante... À quand cela va s'arrêter? Je songe à quitter... »

« À cela s'ajoutent les limites budgétaires, l'offre de service qui ne change pas à travers les années, la restructuration de la réforme Barrette qui fait en sorte que le roulement de personnel est énorme dans notre service, que ce même personnel est parachuté dans notre service sans qu'il ne veuille y travailler et, finalement, que toute décision de la direction prend un important délai à arriver à la base faisant en sorte que tout arrive à la dernière minute. La structure est tellement grosse (17 000 employés) que tout est devenu lent, avec bien des dédales que ça en est décourageant ».

« Le travail du SAD est toujours en changement, on réforme la réforme à chaque année, mais à la fin de tous ces changements, on a inventé de nouveaux papiers à remplir et les nombreux cadres en place attendent que les documents soient bien complétés pour nous revenir avec leurs recommandations sur nos réponses. Maintenant mon travail c'est de compléter des documents qui vont donner des sous au programme SAD, d'où l'importance de bien les compléter (on nous demande parfois de changer des réponses) pour qu'ils entrent dans leurs critères. Maintenant je vois moins de clients, je complète beaucoup de papiers et mon patron est satisfait de ma performance. Je suis une bureaucrate à 80 % et une infirmière à 20 % et bientôt une retraitée très contente de quitter ce système de soins ».

L'outil de cheminement clinique informatisé (OCCI)

Lorsqu'une personne âgée s'adresse au SAD, les intervenantes procèdent d'abord à une évaluation de son état physique et psychosocial, puis élaborent un plan de services adapté à sa situation. Depuis 2018-2019, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) exige que cette évaluation soit réalisée avec l'OCCI.

L'OCCI est un outil informatique qui vise principalement à introduire une standardisation dans l'évaluation des besoins des usagers. Il est composé d'un formulaire complété à l'ordinateur qui, une fois finalisé, génère une cote d'évaluation de l'autonomie de l'ainé. Le plan de services qui lui sera ensuite proposé est grandement tributaire de cette cote. L'OCCI a ainsi pour effet d'automatiser à la fois l'évaluation de l'utilisateur et l'élaboration des services qui lui seront offerts.

UN OUTIL AVEC DES EFFETS NÉGATIFS

La standardisation des processus d'évaluation est une pratique courante en management public, puisque cela permettrait de gagner en rapidité de complétion. Or, cet objectif n'est pas atteint avec l'OCCI selon les répondantes. Elles sont 77,9 % à penser que l'OCCI ne permet pas d'élaborer une évaluation plus rapidement. Les témoignages de la page suivante soulignent aussi les effets pervers et les découragements que peut créer cet outil.

UN OUTIL DEvenu UN OBJECTIF

L'OCCI est un outil qui devait aider les intervenantes à accomplir leur évaluation. Toutefois, il accapare une part considérable de leur temps d'activité (environ 16,2 %, voir p.9) et plusieurs sont d'avis qu'il alourdit leur tâche de travail. Plus qu'un outil, l'OCCI est devenu un objectif en soi, puisque les travailleuses subissent une forte pression afin d'atteindre la cible ministérielle annuelle exigeant que 90 % des OCCI des usagers soient à jour. En outre, une modification même mineure au plan de services d'un aîné exige une mise à jour de son OCCI, causant ainsi une lourdeur administrative accrue.

1 DES SERVICES INADAPTÉS

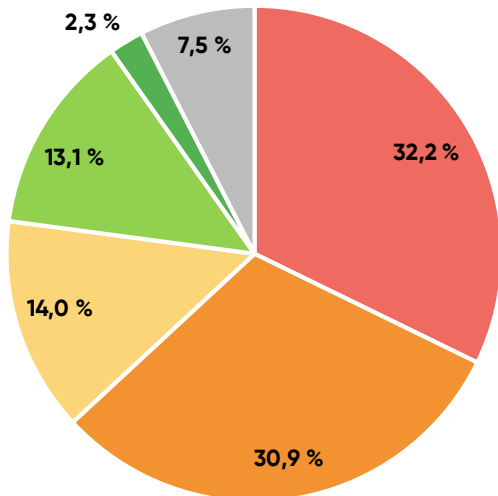
L'un des objectifs de la politique québécoise de SAD est de personnaliser les services offerts aux besoins propres de chaque aîné. C'est également le deuxième objectif le plus important aux yeux des travailleuses (voir p. 8). Or, seulement 15,4 % d'entre elles jugent que l'OCCI est suffisamment flexible pour prendre en compte les particularités de chaque usager, tandis que 63,1 % sont d'avis contraire.

2 DES SERVICES INÉQUITABLES

L'un des buts visés par la réforme Barrette était d'améliorer l'uniformité des services offerts dans le réseau. La Protectrice du citoyen avait d'ailleurs souligné en 2012 la disparité entre les régions dans l'offre de services en SAD, qui créait une inéquité entre les usagers. Or, 49,4 % des répondantes considèrent que la standardisation de l'évaluation par l'OCCI n'entraîne pas une meilleure équité de services entre les personnes âgées, tandis que 28,1 % estiment le contraire.

1

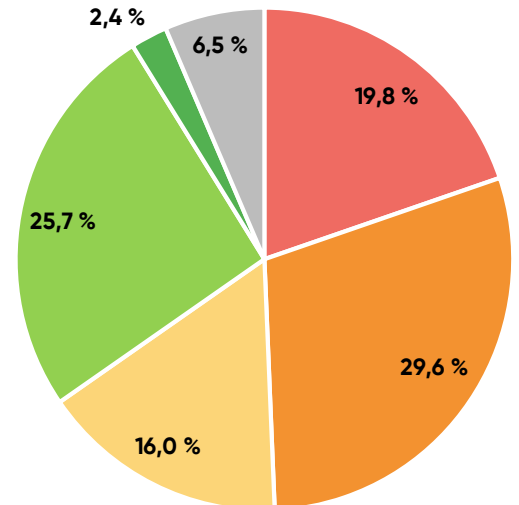
L'OCCI est suffisamment flexible pour prendre en compte les particularités propres à chaque usager



● Pas du tout d'accord
● Pas d'accord
● Ni en accord ni en désaccord
● D'accord
● Tout à fait d'accord
● Ne sais pas / Préfère ne pas répondre

2

L'OCCI permet d'avoir une meilleure équité de services entre les usagers par l'uniformisation de l'évaluation



Quelques témoignages de répondantes

« Je ne comprends pas qui a pu concevoir cette façon de faire avec les OCCI, soit de demander à tous les professionnels de mettre de côté leurs compétences pour enfiler des lunettes d'enquêteur et de compléter des formulaires trop lourds via une plate-forme non conviviale ».

« Pour notre employeur, un bon intervenant n'est pas un intervenant qui offre du soutien et des soins de qualité, mais plutôt un salarié qui produit beaucoup de statistiques et d'OCCI ».

« L'OCCI prend trop de temps, est peu flexible, donc souvent bâclé. Cela réduit la fiabilité des réponses qualitatives ».

« L'OCCI pourrait être rempli par un adolescent et c'est honteux de transformer les professionnelles en comptable/techniciens en administration. Je suis travailleuse sociale, je n'ai pas besoin d'un algorithme pour identifier les problématiques vécues par une personne. C'est insultant et ça donne le goût d'aller en pratique privée ou au fédéral où les professionnels sont pris au sérieux ».

« L'utilisation des outils tels que l'OCCI contribue négativement à notre relation avec les clients : les usagers trouvent les questions trop personnelles ou trop intrusives par rapport à leur vie privée, la durée d'évaluation est allongée ce qui fatigue la clientèle et la durée de rédaction est plus longue ce qui réduit ma disponibilité pour des interventions cliniques ».

Une perte de sens professionnel

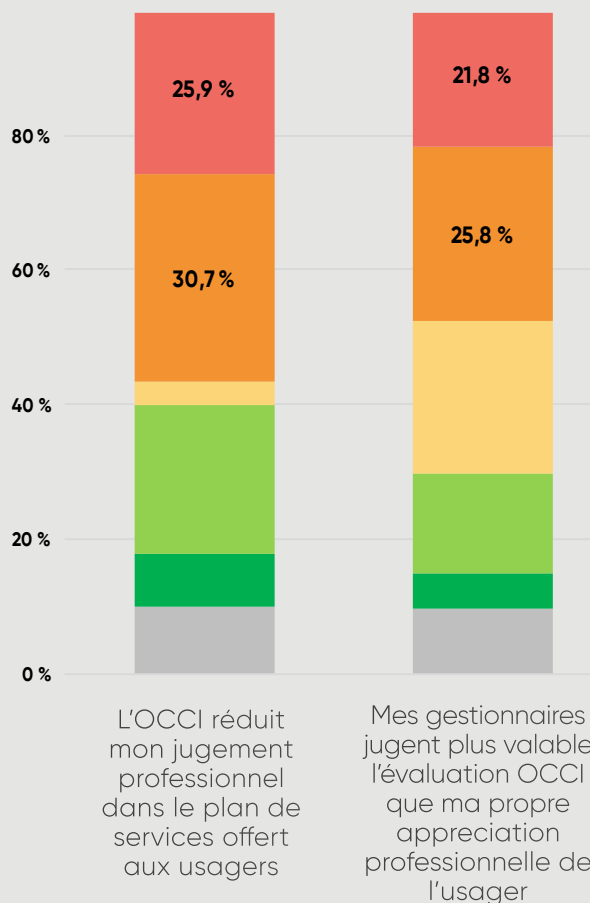
Les statistiques de performance, la standardisation de l'évaluation et l'accroissement des tâches administratives ont un effet de dévalorisation professionnelle chez les intervenantes. À leurs yeux, leur jugement professionnel est discrédité et elles n'ont plus le temps nécessaire pour intervenir auprès des personnes âgées, ce qui constitue pourtant le cœur de leur métier.

Pour plusieurs, l'importance qu'a pris l'OCCI dans l'évaluation des usagers et dans l'élaboration de leurs plans de services a pour effet de limiter, voire de déconsidérer leur jugement professionnel, pourtant attesté par leurs diplômes et leur appartenance à des ordres professionnels. Cet effet de dévalorisation de leur expertise a été confirmé à plusieurs reprises, comme l'illustrent les diagrammes ci-contre.

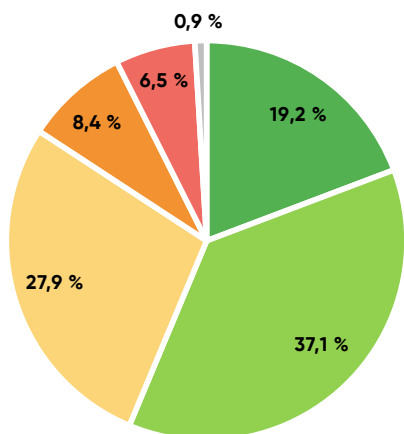
Il arrive qu'une divergence survienne entre l'évaluation standardisée de l'OCCI des usagers et l'évaluation professionnelle qualitative qu'en font les intervenantes. 47,7 % d'entre elles estiment que la cote générée par l'OCCI est souvent ou toujours représentative de l'état de l'aîné tandis que 36,4 % jugent qu'elle est plus ou moins représentative. Lorsque cela arrive, les travailleuses doivent alors faire valoir leur évaluation auprès de leur gestionnaire, une démarche complexe, particulièrement en contexte de ressources limitées. Elles sont ainsi nombreuses (62,2 %) à se reconnaître dans la mise en situation suivante : « les budgets diminuent notre autonomie, je ne peux pas juste dire : "je pense que ce client a besoin de deux visites par jour", je me sens souvent défiée comme professionnelle ». Plus encore, les répondantes considèrent à 76,2 % que « les outils sont de plus en plus faits pour penser à notre place », ce qui peut créer une perte de sens professionnel.

Ce sentiment d'invalidation de l'expertise des intervenantes est d'autant plus difficile à accepter que le contexte organisationnel axé sur la performance quantitative peut conduire à marginaliser la relation d'aide et de soin qu'elles établissent avec les usagers.

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord
- Ne sais pas / Préfère ne pas répondre

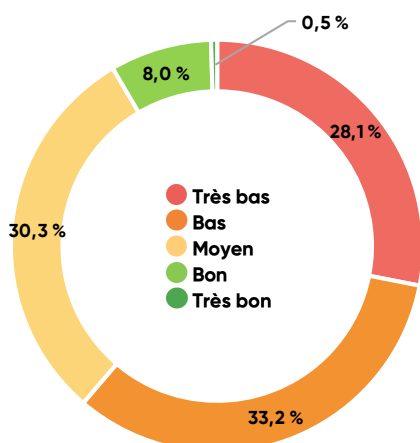


« Lors d'une visite à domicile, il m'arrive qu'un usager pleure, mais je ne pousse pas davantage la question parce je sais que cela me prendrait trop de temps. »



- Ne correspond pas du tout à ma réalité de travail
- Ne correspond pas vraiment à ma réalité de travail
- Correspond assez à ma réalité de travail
- Correspond beaucoup à ma réalité de travail
- Correspond tout à fait à ma réalité de travail
- Ne sais pas / Préfère ne pas répondre

Comment qualifieriez-vous le moral des employées au sein de votre CLSC ?



RELATION D'AIDE MARGINALISÉE

L'injonction à en faire plus avec moins a pour effet de réduire le temps consacré à la relation d'aide. À titre d'exemple, 42,8 % des répondantes admettent à des degrés divers qu'il arrive qu'elles fassent la sourde oreille face à la détresse d'un usager par crainte de manquer de temps (voir ci-contre). La majorité d'entre elles (78,2 %) ont assez, beaucoup ou tout à fait « l'impression d'être davantage une technicienne administrative qu'une travailleuse sociale, infirmière, etc. ».

BAS MORAL DES TROUPES

Une démotivation professionnelle se fait sentir aux premières lignes du SAD. Questionnées quant au moral des employées au sein de leur CLSC, 61,2 % des répondantes le qualifient majoritairement de bas ou de très bas, 30,3 % l'estiment comme moyen tandis que seulement 8,5 % le jugent bon ou très bon.

SATISFACTION MODÉRÉE AU TRAVAIL

Sur le plan de la satisfaction personnelle au travail, les répondantes sont beaucoup plus divisées : 36,4 % sont globalement satisfaites de leur emploi en SAD, 28,6 % ne sont ni satisfaites ni insatisfaites tandis que 33,3 % se considèrent insatisfaites.

Les prestataires externes du SAD

Les professionnelles interrogées travaillent toutes au sein du secteur public, mais évoluent avec divers acteurs impliqués dans le maintien à domicile des aînés : proches aidant-es, agences privées, entreprises d'économie sociale (EÉSAD), groupes communautaires, etc. Notre enquête montre que cette mixité des acteurs est une réalité indéniable du SAD.

En effet, 92,7 % des répondantes considèrent qu'« encourager les aînés à se tourner vers d'autres acteurs que le public pour demeurer à domicile (proches aidant-es, privé, communautaire) » est un objectif important pour leur organisation. Cette volonté organisationnelle de limiter le rôle de l'État – voire de le réduire – semble se concrétiser puisque 62,9 % des travailleuses estiment que les organismes communautaires et les EÉSAD assurent de plus en plus le maintien à domicile des personnes âgées. Elles se montrent toutefois divisées quant à leur avis personnel sur le rôle que l'État devrait jouer dans le SAD (voir graphique page suivante).

QUI PREND SOIN DES AÎNÉS À DOMICILE?

Une fois l'OCCI et le plan de services complétés, qui offrent les services aux usagers ? Outre les auxiliaires employées par les CLSC (secteur public), plusieurs acteurs entrent alors en jeu :

• Agences privées

Selon notre enquête, 53,7 % des CLSC où travaillent les répondantes font appel à des auxiliaires provenant d'agences privées (mais dont le salaire est financé par le public). Dans ces CLSC, il est estimé qu'environ 39,3 % des soins sont fournis par le privé.

• Chèque emploi-service

Il s'agit d'une allocation publique qui permet à un aîné d'engager lui-même l'auxiliaire de son choix (qui ne peut toutefois être un membre de la famille, ce qui exclut les proches aidant-es). 84,2 % des participantes indiquent que ce programme est offert par leur CLSC. En moyenne, les répondantes jugent que 29,7 % des usagers dont elles s'occupent y ont recours.

• Tiers secteur

Les EÉSAD fournissent des services aux aînés qui sont partiellement remboursés par l'État selon leurs revenus personnels. Seulement autorisées à offrir des services ménagers lors de leur création en 1996, les EÉSAD s'occupent désormais aussi de soins personnels (douche, rasage, etc.). 84,8 % des répondantes indiquent que leurs CLSC leur délèguent des activités de la vie domestique et quotidienne. Selon elles, les EÉSAD comblent en moyenne 69,1 % de ces services.

QUEL CONTRÔLE SUR CES SERVICES?

Questionnées sur l'existence de mécanisme de contrôle afin de s'assurer de la prestation effective et de la qualité des services délégués aux EÉSAD et aux agences privées, 52,9 % sont d'avis qu'il n'en existe pas au sein de leur organisation, tandis que 22,2 % l'ignorent ou préfèrent ne pas répondre.

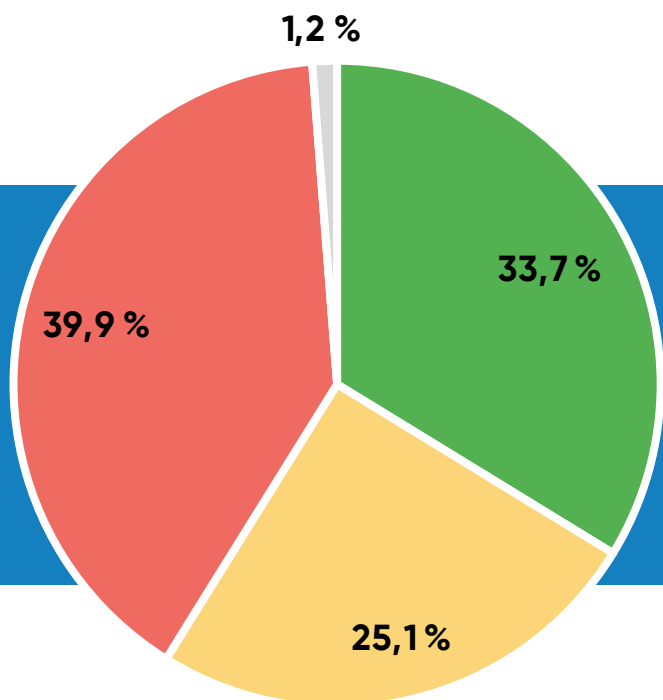
LES PROCHES AIDANT-ES

Au Québec, c'est à la famille que revient la responsabilité principale du SAD. Si selon les répondantes, 85,2 % de leur organisation offrent des services pour soutenir les proches aidant-es (ex. répit), 71,9 % jugent que cette aide est cependant insuffisante ou très insuffisante.

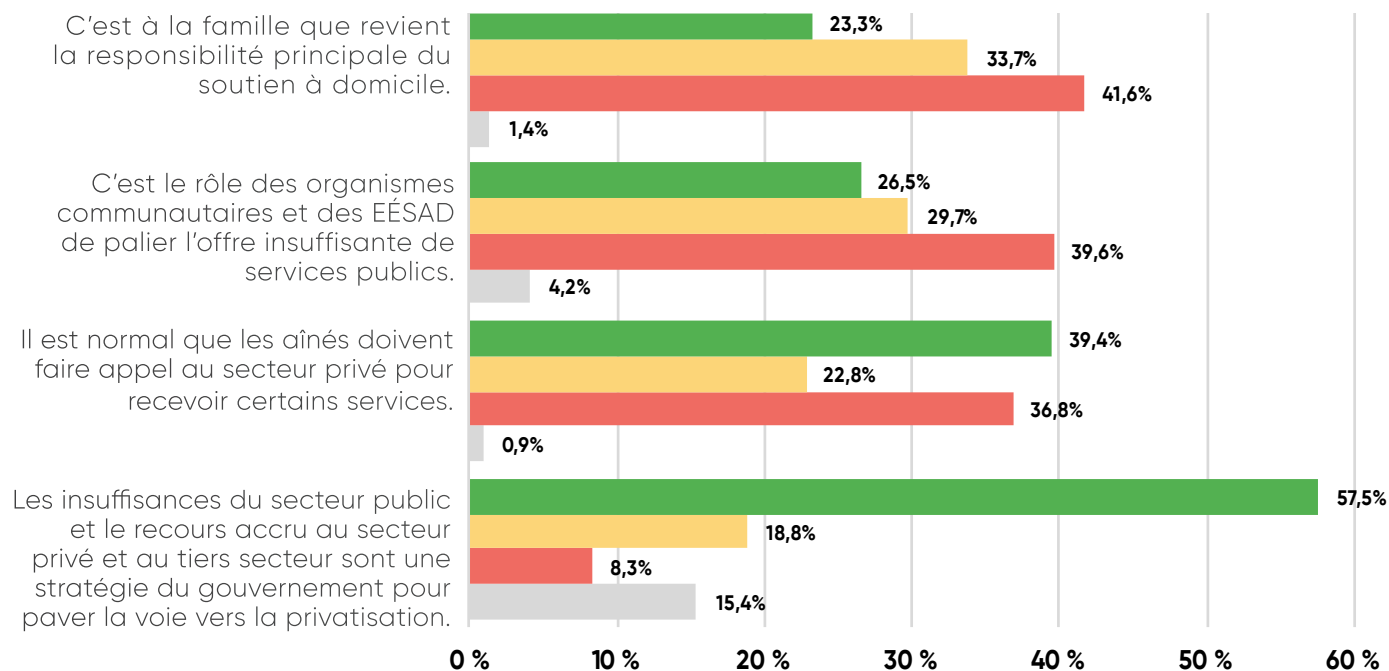
QUI DEVRAIT ÊTRE RESPONSABLE DU SAD?

Comme illustré à la page suivante, les avis des répondantes sont très partagés sur la question. La répartition de leurs réponses est toutefois assez stable d'un énoncé à l'autre, suggérant une cohérence dans leurs positions respectives. La majorité des répondantes juge que le recours croissant à des prestataires externes traduit une volonté de l'État vers une privatisation accrue.

Le système public devrait à lui seul être capable de prendre en charge les aînés.



- En accord
- Ni en accord, ni en désaccord
- En désaccord
- Ne sais pas/ Préfère ne pas répondre



Conclusion

Le portrait du soutien à domicile dessiné par ces 697 professionnelles qui y travaillent chaque jour est sombre. Si la Protectrice du citoyen et le Vérificateur général du Québec ont déjà souligné certaines défaillances dans les services offerts aux personnes âgées, les résultats de ce questionnaire ont permis d'ouvrir la « boîte noire » de la mise en œuvre de la politique québécoise de soutien à domicile. On y découvre que derrière les discours gouvernementaux priorisant le vieillissement chez soi, la logique d'en faire plus avec moins est ce qui structure véritablement le soutien à domicile. Autrement dit, les ressources publiques sont insuffisantes pour répondre aux besoins et c'est donc aux travailleuses à qui incombe la responsabilité de performer davantage afin que le soutien à domicile « fonctionne » malgré tout. Cela étant, cette réalité conduit à plusieurs contradictions et dysfonctionnements, que nous résumons ici :

Des exigences élevées de productivité qui ne correspondent pas à la réalité.

Les intervenantes subissent une pression importante afin d'atteindre les cibles ministérielles, tout en les considérant irréalistes et très difficiles à atteindre. En outre, ces cibles et les mesures de performance qui y sont associées ne reflètent pas la réalité du travail en soutien à domicile, si bien que les professionnelles ont l'impression que peu importe le travail accompli, les indicateurs n'en reconnaissent ni la valeur ni la qualité.

Une reddition de compte accrue pour mesurer la performance qui nuit... à la performance.

L'accent mis par le gouvernement et les gestionnaires sur la performance exige que des formulaires soient remplis pour la mesurer. Or, ces formulaires alourdissent le travail des professionnelles qui doivent y consacrer un temps croissant, temps qu'elles ne peuvent pas alors passer auprès des usagers. Paradoxalement, le temps d'intervention directe auprès des aînés est l'une des cibles principales de la politique.

Des réformes administratives, un style de gestion et des outils informatiques qui alourdissent les pratiques et dévalorisent le jugement professionnel des travailleuses.

La réforme Barrette, la centralisation des structures, le mode de gestion hiérarchique et l'introduction de l'OCCI sont des éléments qui participent à réduire l'autonomie professionnelle des intervenantes et à augmenter les procédures et les formulaires auxquels elles doivent se soumettre pour accomplir leur travail.

Des professionnelles en relation d'aide et de soin qui n'ont plus le temps d'aider et de prendre soin.

Il s'agit d'un des paradoxes les plus frappants de cette enquête : pour réussir à en faire plus avec moins, dans un quotidien de travail caractérisé par une nécessité continue « d'éteindre des feux » (c'est-à-dire de ne répondre sans cesse qu'aux urgences), la relation d'aide et de soin est délaissée par les intervenantes, tandis que cela constitue pourtant le cœur de leurs professions.

Des services à domicile insuffisants, fluctuants, inégaux et qui se dégradent.

Le manque et l'instabilité des budgets, la pénurie, la rotation et l'épuisement du personnel, le manque de temps pour réaliser des interventions plus complètes et globales ou de la prévention, ainsi que l'augmentation du nombre d'usagers et l'alourdissement de leur état de santé concourent à une offre de services à domicile qui ne suffit pas à répondre à la demande.

Un soutien à domicile qui n'est que partiellement assuré par l'État.

Les besoins croissants de la population vieillissante ne sont pas comblés par le secteur public. Ils ne l'ont d'ailleurs jamais été complètement, mais les réponses des intervenantes indiquent que la privatisation du soutien à domicile semble de plus en plus assumée officiellement au sein de l'appareil public. Plus que jamais, il est de la responsabilité des aînés de se débrouiller pour trouver – et payer s'il le faut – des prestataires (proches aidant-es, entreprises d'économie sociale, organismes bénévoles, agences privées) pour leur permettre de vieillir chez soi.

Pistes de réflexion et d'action

La politique québécoise de soutien à domicile comporte de nombreuses faiblesses et n'arrive pas à répondre à son objectif premier : permettre aux personnes âgées qui le désirent de « vieillir chez soi ». Le fait que l'État n'assure pas le soutien à domicile dans son intégralité n'est pas condamnable en soi, il s'agit d'un choix politique. Le problème est que les citoyens et citoyennes ne constatent ce rôle limité de l'État que lorsqu'ils font face – souvent à des moments vulnérables de leur existence – à un besoin en services à domicile. Il nous semble primordial de dissiper la croyance répandue que le soutien à domicile est un prolongement du système de santé public, universel et gratuit. Cela est nécessaire afin que la population puisse mieux se préparer à ses vieux jours, mais plus largement pour qu'une discussion collective ait lieu quant au rôle attendu respectivement de l'État, du marché et de la famille dans le vieillissement chez soi.

Cette volonté de limiter, voire de réduire, le rôle de l'État et le niveau des dépenses publiques dans le soutien à domicile se traduit par la mise en place de la doctrine du « doing more with less » comme mode de gestion du secteur public. Or, les résultats de ce questionnaire mettent en évidence les limites de ce modèle managérial, qui éreinte les intervenantes en les plaçant constamment sous pression, qui les dévalorise en minimisant leur jugement professionnel et qui les démoralise en transformant leurs pratiques de façon qu'elles ne correspondent plus à la profession qu'elles ont choisie. **Pourtant, nos résultats laissent entrevoir que la motivation des professionnelles pourrait probablement être fortement accrue si on leur laissait, tout simplement, exercer le métier pour lequel elles se sont engagées et ont été formées : la relation d'aide et de soin.** En reconnaissant leur expertise à travailler avec des êtres humains (plutôt que sur une chaîne de montage), à réaliser des évaluations fines et adaptées (plutôt que standardisées) et à mettre en œuvre des interventions globales et complexes (plutôt qu'une série d'actes mesurables appelés à être effectués toujours plus rapidement), on peut présumer que l'exercice de leur travail et la qualité des services offerts en seraient rehaussés.

Cela constituerait certes une révolution post-managériale du réseau de la santé et des services sociaux. Ce modèle a toutefois montré l'étendue de ses limites et dysfonctionnements lors de la récente crise pandémique, particulièrement en ce qui a trait à la prise en charge des aînés et aux méthodes de gestion du personnel. En pleine crise climatique et sanitaire où plusieurs appellent à réfléchir « au monde d'après », le réseau de la santé et des services sociaux mérite bien que l'on essaie maintenant une approche où l'expression « prendre soin » retrouverait une signification réelle, tant pour les usagers que pour les travailleuses.



État 21 est un groupe de recherche en science politique de l'UQAM qui s'interroge sur les transformations de l'action de l'État au 21^e siècle. Plusieurs défis se posent aujourd'hui : l'on exige de l'État qu'il soit à la fois plus efficace, efficient et productif, tout en étant plus transparent, ouvert aux citoyens et aux citoyennes et qu'il collabore avec d'autres acteurs de la société civile et du secteur privé. Comment l'État transforme-t-il ses interventions pour répondre à ces défis multiples et parfois contradictoires ? Pour éclairer cette question, État 21 analyse différents secteurs d'action publique, dont les politiques de soutien à domicile auprès des personnes âgées.

Retrouvez nos résultats et parutions au www.etat21.com

Les chercheur-es

MAUDE BENOIT

Maude Benoit est professeure au département de science politique de l'UQAM. Ses recherches portent sur les transformations de l'action de l'État au 21^e siècle à travers l'étude des politiques de la vieillesse (enjeu social); agroenvironnementales (enjeu économique et écologique); de légalisation du cannabis (enjeu moral); et de nationalisation et de privatisation des entreprises publiques (enjeu organisationnel).

Courriel: benoit.maude@uqam.ca

LÉONIE PERRON

Léonie Perron détient une maîtrise en science politique de l'UQAM. Son mémoire porte sur les transformations observées dans la mise en œuvre des politiques de soutien à domicile des personnes âgées.

Courriel: perron.leonie@courrier.uqam.ca

GABRIEL LÉVESQUE

Gabriel Lévesque est doctorant en sociologie et Richard H. Tomlinson Doctoral Fellow à l'Université McGill. Il est également membre du groupe de recherche État 21 à l'UQAM. Ses recherches s'intéressent aux liens entre science et politique, notamment aux controverses entourant la santé publique et environnementale. Ses travaux récents portent sur la légalisation du cannabis au Canada et aux États-Unis.

Courriel: gabriel.levesque2@mail.mcgill.ca