

# L'HUMAIN AVANT LES STATISTIQUES

# Mémoire

de

**l'APTS**

*Alliance du personnel  
professionnel et technique  
de la santé et des services sociaux*

Présenté dans le cadre de la Consultation ministérielle sur  
la politique nationale sur les soins et les services de soutien  
à domicile

le 11 février 2025

# TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION DE L'APTS .....	3
LISTE DES SIGLES UTILISÉS DANS CE DOCUMENT .....	4
INTRODUCTION .....	5
ORIENTATION N° 1 .....	6
Agir sur les enjeux de main-d'œuvre au SAD .....	6
Diminuer la rigidité administrative .....	9
Améliorer les processus de fluidité communicationnelle .....	13
Initiatives technologiques ou innovations à prioriser pour répondre aux besoins du SAD .....	18
ORIENTATION N° 2 .....	19
S'éloigner de la privatisation et refuser la tarification .....	19
Restituer aux CLSC la capacité de donner un accès au SAD .....	21
CONCLUSION .....	23
LISTE DES RECOMMANDATIONS .....	24
ANNEXES .....	26
Annexe 1 : Formulaires et outils .....	26
Annexe 2 : Témoignages sur les réalités sur le terrain du travail au SAD .....	27

# PRÉSENTATION DE L'APTS

L'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) est une organisation syndicale qui représente plus de 65 000 personnes, professionnelles et techniciennes, qui travaillent dans la grande majorité des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Sa mission principale est de défendre les droits ainsi que d'assurer la sauvegarde, la défense et le développement des intérêts économiques, sociaux, moraux, éducatifs et professionnels de ses membres par la négociation, l'action politique et l'application de leur convention collective.

Afin de réaliser cette mission, et dans le cadre de toutes ses actions, l'APTS est guidée par les valeurs fondamentales que sont la solidarité, la démocratie, l'égalité, la justice sociale, la liberté et la coopération.

De plus, en tant que syndicat représentant des professionnel-le-s (au sens large du terme), l'APTS revendique des conditions de pratique respectueuses des valeurs professionnelles de ses membres, qu'elles soient d'ordre éthique et/ou déontologique.

L'organisation compte sur une expertise large et diversifiée : ses membres (dont 86 % sont des femmes) occupent en effet plus d'une centaine de titres d'emploi différents. Elle est le seul syndicat à représenter exclusivement, et très majoritairement, le personnel professionnel et technique du RSSS (identifié comme la catégorie 4).

Ses membres travaillent dans des établissements qui ont différentes missions : centres hospitaliers, CLSC, CHSLD, centres jeunesse, centres de réadaptation, milieux de vie substitut et institutions de santé publique.

L'organisation a donc une vue à la fois globale et spécifique de l'ensemble du réseau. Elle représente notamment plus de 6 400 membres qui sont appelé-e-s à participer, de près ou de loin, à l'application de la politique de soins et services à domicile.

Par ses représentations et son expertise, l'APTS est à même de contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins et services publics, et ce, dans une perspective de justice sociale et de protection du public.

À travers toutes ses interventions, elle défend également les grands principes de la *Loi canadienne sur la santé*, soit la gestion publique, l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité et la transférabilité. Elle prône en outre une perspective féministe et inclusive.

# LISTE DES SIGLES UTILISÉS DANS CE DOCUMENT

<b>APTS</b>	Alliance du personnel professionnel et technique du réseau de la santé et des services sociaux
<b>ASSS</b>	Auxiliaire de santé et de services sociaux
<b>CA</b>	Centre d'activités
<b>CAR</b>	Comité d'allocation de ressources
<b>CES</b>	Chèque emploi-service
<b>CSBE</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<b>CI(U)SSS</b>	Centre intégré (universitaire) de santé et de services sociaux
<b>CLSC</b>	Centre local de services communautaires
<b>DGAPA</b>	Direction générale des aînés et des proches aidants
<b>EESAD</b>	Entreprise en économie sociale en aide à domicile
<b>IA</b>	Intelligence artificielle
<b>ISO-SMAF</b>	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
<b>MOI</b>	Main-d'œuvre indépendante
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>NSA</b>	Niveau de soins alternatifs
<b>OCCI</b>	Outil de cheminement clinique informatisé
<b>PPA</b>	Personne proche-aidante
<b>PPCC</b>	Planification précoce et conjointe des congés
<b>PMO</b>	Planification de la main-d'œuvre
<b>RPA</b>	Résidence privée pour aîné·e·s
<b>RSIPA</b>	Réseau de services intégrés pour les personnes adultes
<b>RSSS</b>	Réseau de la santé et des services sociaux
<b>SAD</b>	Soutien à domicile
<b>TS</b>	Travailleur·se social·e

# INTRODUCTION

Le 3 décembre 2024, le MSSS et la DGAPA ont entrepris une démarche de consultations concernant l'élaboration de la nouvelle politique nationale sur les soins et les services à domicile *Chez soi : le premier choix*.

Prévues au début de 2025, ces consultations visent à recueillir l'opinion des acteur-ric-e-s concerné-e-s par le SAD. C'est à ce titre que l'APTS a été sollicitée. Le présent mémoire expose donc le point de vue de notre organisation, et ce, en insistant sur certains enjeux particuliers présentés par le ministère dans son document de consultation<sup>1</sup>.

D'emblée, l'APTS souscrit à la volonté énoncée par le gouvernement de favoriser la mise en place de pratiques en soins et services à domicile afin que la population québécoise puisse effectivement « demeurer chez elle le plus longtemps possible<sup>2</sup> ». Dans la mesure, précisons-nous, où elle peut le faire en restant en bonne santé et en obtenant des soins de qualité.

Pour y parvenir, et assurer ainsi un réel soutien à domicile, il est important de ne pas considérer le SAD comme la seule somme des soins et services prodigués par le RSSS, mais plutôt de tenir compte du principe « d'aide » à domicile<sup>3</sup> public, parfois omis dans les politiques de soutien du gouvernement.

C'est au nom de ce principe que l'APTS considère impératif de remettre le jugement clinique des professionnel-le-s et des technicien-ne-s de la santé et des services sociaux au cœur de la politique de SAD.

Ce mémoire propose donc des recommandations que nous jugeons incontournables pour implanter cette philosophie. C'est la raison pour laquelle nous avons concentré notre attention sur des enjeux précis, mentionnés dans les orientations n° 1 et 2 du document de consultation.

Notre analyse portera plus spécifiquement sur les effets pervers de la rigidité administrative de l'appareil bureaucratique et les restrictions budgétaires dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre.

Nous présenterons ensuite nos recommandations pour favoriser un plus grand rôle des CLSC dans le SAD, notamment afin de diminuer l'importance accordée par le ministère à la tarification et dans l'optique de mettre en place une politique nationale les concernant.

Nous insisterons également sur l'importance de l'universalité des soins, opposé-e-s que nous sommes à toute orientation favorisant la privatisation et la tarification de l'aide et des soins et services à domicile.

Pour l'APTS, il faut sortir d'une logique déshumanisante du SAD et ramener l'accès aux services et la qualité des soins, ainsi que le jugement clinique, au centre des décisions du ministère et de Santé Québec plutôt que de s'en tenir à des impératifs strictement budgétaires et managériaux.

<sup>1</sup> Voir Québec, *La politique nationale sur les soins et les services de soutien à domicile : document de consultation*, Direction du soutien à domicile et Direction générale des aînés et des proches aidants, 28 novembre 2024, p. 2.

<sup>2</sup> *Idem*, p.1.

<sup>3</sup> CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Soins et services "Aide à domicile", Québec, en ligne, <https://ciuss-estmtl.gouv.qc.ca/soins-et-services/services-domicile-pour-personnes-en-perde-dautonomie>, page consultée le 3 janvier 2025.

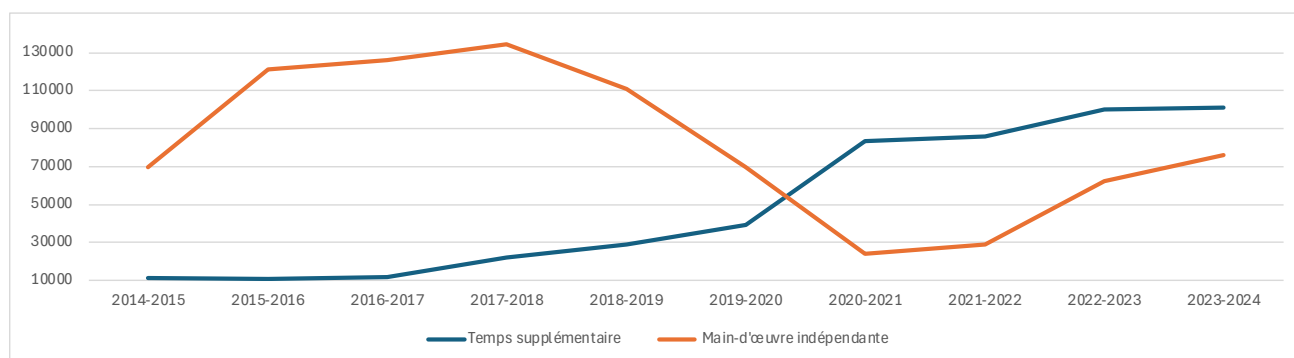
# ORIENTATION N° 1

## Agir sur les enjeux de main-d'œuvre au SAD

La hausse de la demande pour le SAD va de pair avec une augmentation de la charge de travail pour l'ensemble des travailleur-se-s du RSSS chez nos membres depuis 2018 dans les CA rattachés au SAD<sup>4</sup>.

En nous basant sur de l'information fournie par l'employeur, nous avons constaté une hausse de 34,8 % des heures travaillées par nos membres au SAD entre 2018 et 2023, alors que l'augmentation du personnel n'a été, de son côté, que de 9,6 %<sup>5</sup>. Cette augmentation se double par ailleurs d'une évolution significative du recours à la MOI concernant certaines tâches dévolues aux salariés-e-s de la catégorie 4<sup>6</sup>. Le graphique 1, ci-dessous, nous éclaire sur ce phénomène.

**Graphique 1 : Évolution du temps supplémentaire et de la MOI pour les programmes nutrition à domicile, service psychosocial à domicile, ergothérapie à domicile et physiothérapie à domicile sur 10 ans, en heures.**



Sources : Compilation des AS-471 entre 2014-2015 et 2023-2024 pour les centres d'activités 7111,6561,7161 et 7162, calcul de l'APTS.

Sur une période de 10 ans, peut-on y constater, le temps supplémentaire pour le personnel de la catégorie 4 offrant des soins et services en SAD a enregistré une hausse de quelque 800 %<sup>7</sup>, hausse quelque peu ralentie depuis, mais néanmoins toujours bien présente ces cinq dernières années (157 %).

<sup>4</sup> Selon une compilation des relevés de cotisation des membres de l'APTS dans les centres d'activités 4020, 5544,6250,6542,6552,6561, 6564,6565,7111,7120,7160,7161,7162,7163 du manuel de gestion financière. Calcul de l'APTS. Voir : Québec, *Norme et pratique de gestion*, chapitre 4 : Centre d'activité, en ligne, <https://q26.pub.msss.rtss.qc.ca/Formulaires/MGF/ListeTableMatières.aspx>, page consultée le 11 décembre 2024.

<sup>5</sup> Idem.

<sup>6</sup> Une information obtenue à partir des rapports financiers annuels des établissements de santé et de services sociaux (catégorie AS-471).

<sup>7</sup> Ce chiffre, bien qu'élevé, n'est pas complètement représentatif de l'augmentation globale de la charge de travail de nos membres, une part importante d'entre eux-elles ne déclarant pas la totalité de leur temps supplémentaire ou se le faisant refuser par les gestionnaires. Il s'agit donc d'une estimation conservatrice, selon nos calculs appliqués aux centres d'activités 7111, 6561, 7161 et 7162 (catégorie AS-471).

On y remarque aussi que le recours à la MOI, après avoir significativement diminué entre 2017-2018 et 2020-2021, s'est envolé de 256 % depuis 2020-2021. Résultat : en 2023-2024, le total des heures effectuées en heures supplémentaires et en MOI, dans la catégorie AS-471, est le plus élevé en 10 ans pour le personnel de la catégorie 4<sup>8</sup>.

Ces données illustrent on ne peut plus clairement la nette tendance à exiger toujours davantage – avec des moyens toujours plus réduits – du personnel de la catégorie 4 et de l'ensemble du réseau<sup>9</sup>, un phénomène qui va de pair avec une augmentation récente des lésions professionnelles<sup>10</sup>.

La conjugaison de tous ces facteurs accentue la difficulté croissante du réseau à offrir des soins et services de qualité aux usager-ère-s. C'est pourquoi, selon nous, le ministère doit absolument favoriser une politique d'attraction et de rétention du personnel dans le réseau public.

### **Recommandation 1 :**

Que Santé Québec assure de meilleures conditions de travail et de pratique pour le personnel du réseau public qui travaille au SAD.

Il va sans dire que la bonification des conditions de travail et de pratique dépasse la seule question des enjeux salariaux, à commencer par l'amélioration de la PMO, qui aurait notamment des effets bénéfiques sur le nombre des effectifs, la flexibilité des horaires et la conciliation famille-travail-vie personnelle.

Les déficiences sont en effet flagrantes à cet égard, déplorent régulièrement nos membres, et probablement une part importante des personnes travaillant dans le réseau. Une telle réputation n'aide en rien le ministère lorsqu'il s'agit d'attirer, d'embaucher ou de retenir de la main-d'œuvre<sup>11</sup>.

Par le passé, le gouvernement demandait la participation des acteur-ric-e-s du système de santé et de services sociaux lors des exercices de PMO. Il a cessé de le faire, voire d'en présenter les résultats<sup>12</sup>. Le ministère ne peut même pas indiquer à son personnel que la charge de travail peut être stabilisée à court ou moyen terme.

<sup>8</sup> Cette augmentation du temps supplémentaire (et de la charge de travail) ainsi que le recours accru à la MOI illustrent le manque chronique de main-d'œuvre qui caractérise non seulement ce secteur, mais également l'ensemble du réseau. Une tendance également constatée dans une étude de l'IRIS (cf. Plourde, Anne, *Mythes et réalité de la pénurie de main-d'œuvre en santé et services sociaux au Québec*, IRIS, mai 2024, p.17, en ligne, <https://iris-recherche.qc.ca/publications/main-doeuvre-sante-services-sociaux/>).

<sup>9</sup> Pour l'ensemble du RSSS, si l'on prend en compte le vieillissement de la population, on peut parler d'une hausse de charge de travail plus élevée avec une diminution globale du personnel par rapport aux années précédentes, tel qu'illustré par la chercheuse Anne Plourde dans : Plourde, Anne, *Mythes et réalité de la pénurie de main-d'œuvre en santé et services sociaux au Québec*, IRIS, mai 2024, p.17, en ligne, <https://iris-recherche.qc.ca/publications/main-doeuvre-sante-services-sociaux/>

<sup>10</sup> En hausse de 44 % pour les services professionnels d'intervention psychosociale entre 2022 et 2023. CNESST, Statistique annuelle CNESST 2023, Québec, novembre 2024, p.36.

<sup>11</sup> Voir annexe 2, témoignage 1 et 2.

<sup>12</sup> Notons que les données pour une éventuelle PMO dans le document Horizon 2040 ne permettent pas de présenter une forme de PMO pour nos technicien-ne-s et nos professionnel-le-s. En outre, aucune autre source ne permet de le faire, pas même les études les plus pertinentes, faute de renseignements disponibles sur « les besoins de services en ergothérapie, physiothérapie, nutrition, inhalothérapie et de services psychosociaux ». (Cf. Michaud, Pierre-Karl et al, *Horizon 2040 : Projection des impacts du soutien à l'autonomie au Québec*, Chaires Jacques Parizeau d'HEC Montréal, Novembre 2023, pp. 9, 23.

Pour corriger ce genre de situations, nous lui recommandons de remettre en place cet exercice de planification en y associant les représentant-e-s syndicaux-les, qui pourront ainsi fournir de l'information conforme à la réalité de la charge de travail sur le terrain, évitant de ce fait les inconvénients d'une planification strictement actuarielle.

### **Recommandation 2 :**

Que le ministère ordonne à Santé Québec de mettre en place un exercice de PMO pour le RSSS, entourant le continuum de soins et services pour les personnes en perte d'autonomie, qui prend en considération les besoins populationnels liés au vieillissement. Nous invitons le gouvernement à intégrer les représentant-e-s des organisations syndicales dans l'élaboration de cet exercice.

Les discussions avec nos membres nous permettent par ailleurs de constater que l'accueil du nouveau personnel au SAD est déficient. Un accueil amélioré, du mentorat, une orientation adéquate, de la formation et l'implantation de charges de travail adaptées permettraient, selon nous, de favoriser le transfert de connaissances en SAD.

À terme, un tel processus pourrait non seulement améliorer la rétention du nouveau personnel, mais aussi celle des cohortes plus expérimentées en valorisant leur pratique, en favorisant une diversification de leurs tâches et responsabilités, tout en soulageant leur charge de travail<sup>13</sup>.

### **Recommandation 3 :**

Que le ministère voit à la mise en place immédiate d'un mécanisme d'accueil et d'orientation pour les nouvelles personnes embauchées au SAD.

Un autre obstacle à la rétention du personnel est l'impression chez nos membres que leurs tâches et leurs responsabilités ne correspondent pas nécessairement à leur expertise professionnelle.

Il est fréquent, par exemple, de cantonner des personnes de la catégorie 4 à de strictes formalités administratives<sup>14</sup> alors qu'elles sont formées pour exercer des tâches bien plus diversifiées<sup>15</sup>.

Nos membres ont clairement l'impression que l'appareil bureaucratique en SAD est incapable de distinguer l'ensemble des compétences des différents titres d'emploi de la catégorie 4, ce qui l'empêche d'utiliser efficacement les différentes expertises disponibles.

<sup>13</sup> Il y a notamment des exemples positifs, voir annexe 2, témoignage 3.

<sup>14</sup> Un cas typique est celui des exigences administratives liées aux mandats d'inaptitude.

<sup>15</sup> Selon les témoignages recueillis, provenant des différentes régions du Québec, relatifs à la démotivation, à la dévalorisation et au départ potentiel d'une partie du personnel de la catégorie 4.



À l'heure où le gouvernement a entrepris de moderniser le système professionnel à travers l'élargissement de certaines pratiques professionnelles dans le RSSS<sup>16</sup>, il nous paraît important de bien clarifier les rôles et les responsabilités de chacun des titres d'emploi du SAD.

#### **Recommandation 4 :**

Que le ministère mette en place des mesures structurantes pour une réelle reconnaissance et valorisation de l'expertise du personnel professionnel de la catégorie 4 du SAD.

### **Diminuer la rigidité administrative**

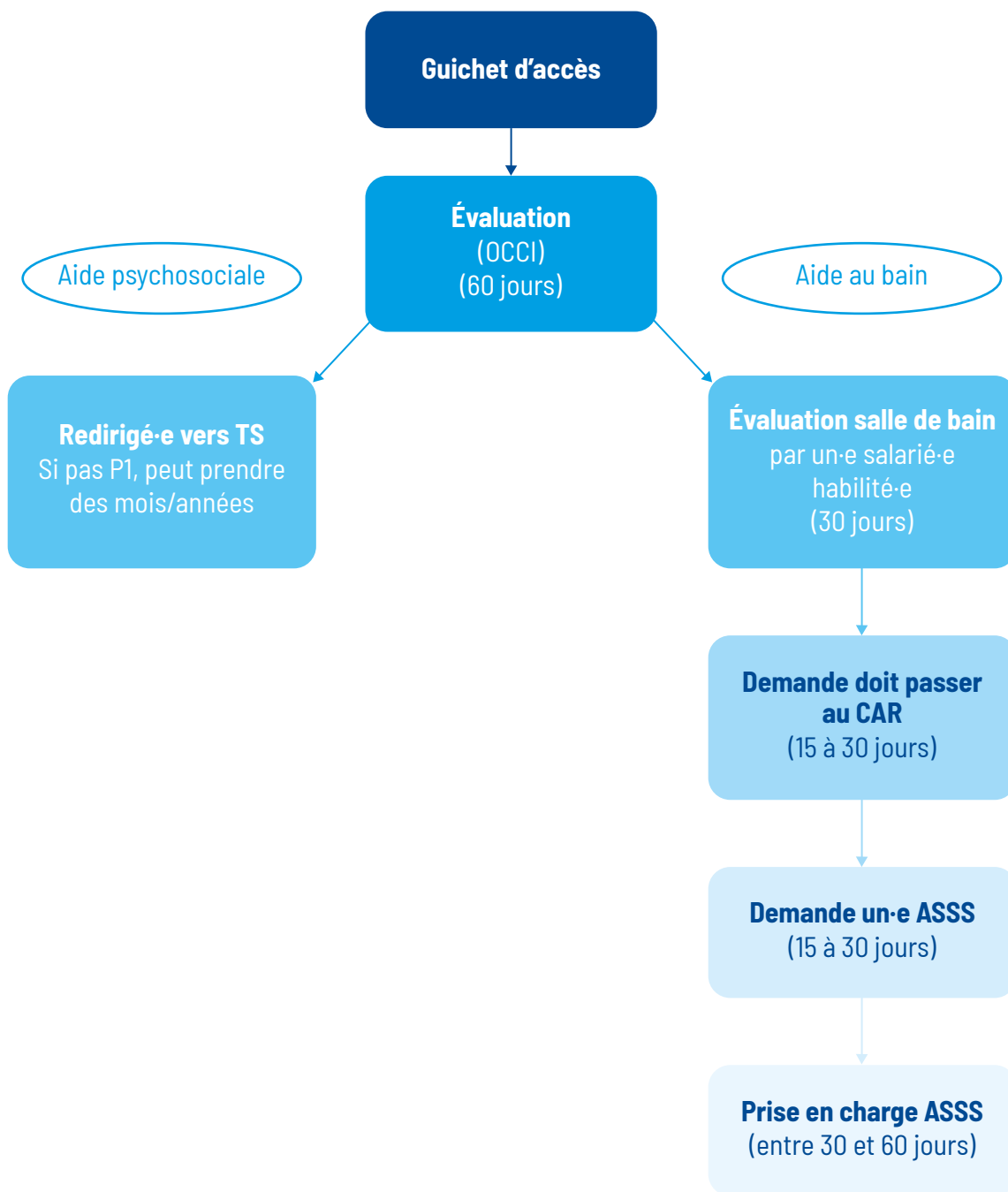
Il existe de nombreuses facettes du travail du personnel de la catégorie 4 du SAD qui créent des frustrations chez nos membres et qui contribuent à dévaloriser leur travail. Nous en brosserons un aperçu dans les prochaines lignes et nous proposerons des pistes de solution pour y remédier ainsi qu'à la dévalorisation du travail que cela génère au quotidien.

Le schéma 1 met en lumière certaines de ces frustrations. On y présente deux parcours de soins en santé et services sociaux en SAD, et les délais qui y sont associés. Le premier concerne une demande d'aide psychosociale. Le second, une demande de bain à domicile.

Ces deux parcours vécus par nos membres illustrent non seulement la difficulté du ministère à offrir rapidement des soins de qualité, mais aussi le dédale bureaucratique et l'accumulation d'échéances qui gangrènent le SAD.

<sup>16</sup> Pensons, par exemple, au Plan Santé ou à la *Loi modifiant le Code des professions pour la modernisation du système professionnel et visant l'élargissement de certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux*. Cf. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plus humain et plus performant : plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, Québec, 2022, p. 38.

**Schéma 1 : Parcours d'une demande au guichet d'accès pour des soins à domicile et délais associés**



Source : information fournie par nos membres

Dans les deux cas, une personne<sup>17</sup> reçoit la demande dans un guichet d'accès. Elle doit par la suite faire une évaluation au moyen d'un OCCI. Satisfaire à cette exigence implique de remplir un questionnaire fastidieux (ce qui peut demander de nombreuses heures) et engendre des délais qui peuvent aller jusqu'à 60 jours.

Pour une demande d'aide psychosociale, l'utilisateur sera éventuellement pris-e en charge par un-e travailleur-se social-e lorsque ce sera possible. À moins qu'il ne s'agisse d'une priorité P1, l'attente prendra alors plusieurs mois, voire quelques années.

L'utilisateur disparaît alors de la liste d'attente « officielle » et passe sous le radar des indicateurs statistiques du gouvernement. Cette personne va dès lors échoir sur une seconde liste, non publique, qui détermine le délai d'attente entre l'« entrée dans le système » pour des soins psychosociaux et le moment réel où les soins seront prodigués.

En plus de démontrer les problèmes de manque de main-d'œuvre, cet exemple illustre bien l'incohérence du discours gouvernemental sur l'accessibilité des soins du SAD. Dans les faits, les listes d'attente pour l'accessibilité à des soins sont beaucoup plus longues, et c'est le personnel de la catégorie 4 qui fait les frais de l'insatisfaction des usager-ère-s et des proches aidant-e-s.

Si à l'issue de l'utilisation d'un OCCI de plusieurs heures – par un-e de nos membres – il est déterminé que les besoins sont, par exemple, de deux bains par semaine, le processus et les délais sont tout aussi pénibles.

S'ensuivra en effet une évaluation de la salle de bain par une personne salariée habilitée (30 jours). Viendra ensuite une audition devant le CAR<sup>18</sup>. Celui-ci, composé de gestionnaires, va chercher à remettre en question le jugement du personnel de soins et tenter de diminuer les coûts des traitements en se fiant aux différents rapports<sup>19</sup>.

En plus de créer des délais et des coûts de gestion indus, ce processus est particulièrement frustrant pour les professionnel-le-s et technicien-ne-s diplômé-e-s, qui voient leurs propositions de services modifiées par le CAR, qui n'a pas même rencontré l'utilisateur, ni son réseau. Le CAR pourrait ainsi déterminer que cette personne ne doit recevoir qu'un bain par semaine.

À la suite de la décision du CAR, une demande est faite à un-e ASSS (délai d'entre 15 et 30 jours). Une fois la demande acceptée, l'ASSS – via le CLSC ou un-e partenaire externe (ÉSSAD, organismes communautaires, compagnie privée, etc.) – va pouvoir donner le bain hebdomadaire (délai d'entre 30 à 60 jours environ). Encore faut-il que les intervenant-e-s aient accès rapidement au matériel, ce qui n'est pas toujours le cas<sup>20</sup>.

<sup>17</sup> Généralement de la catégorie 4.

<sup>18</sup> Peut-être aussi nommé comité d'allocation des services à domicile (CASAD) ou comité d'allocation des services de soutien à domicile (CASSAD) selon les établissements.

<sup>19</sup> Voir annexe 1 et annexe 2, témoignages 7 à 13.

<sup>20</sup> Voir annexe 2, commentaire 4.

Au total, il faudra entre 90 et 150 jours après l'utilisation de l'OCCI pour fournir de l'aide au bain. Le tout en demandant au personnel de remplir quantité de paperasse pour donner des résultats qui seront en partie remis en question par les gestionnaires<sup>21</sup>.

On demandera ensuite à nos professionnel-le-s et technicien-ne-s d'annoncer aux familles une décision qui va parfois à l'encontre des orientations et du jugement professionnel initial, ce qui peut créer un manquement important à la déontologie. Et si des besoins s'ajoutent à cause d'un manque de soins, il faudra repasser à travers l'ensemble de ce processus. Même chose s'il devait s'avérer que la décision du CAR est mal avisée : on reviendra à la case départ!

Bien que des formulaires (ou outils) puissent être nécessaires dans la réalisation de certaines interventions, certains ne correspondent pas du tout aux besoins des usager-ère-s. C'est le cas de l'OCCI, par exemple, dont nous avons maintes fois décrié l'usage. Circonscrire les décisions dans des cases dévalorise le jugement professionnel et déshumanise les soins.

Dans son rapport annuel 2023-2024, le Protecteur du citoyen affirmait d'ailleurs « que les normes des programmes publics doivent s'ajuster à la situation de l'utilisateur et, au besoin, à des cas d'exception. Cela signifie entre autres que l'agilité dans les soins et les services doit pouvoir se traduire par une attitude souple à l'égard d'une demande qu'on jugera parfois raisonnable, même si elle va au-delà des critères établis et de différentes cases du formulaire<sup>22</sup>. »

C'est le sentiment non seulement des usager-ère-s des services de SAD, mais aussi du personnel, confronté au quotidien à toute cette rigidité administrative excessive qui débouche sur une perte de temps et de sens et qui témoigne d'un manque de confiance de l'appareil bureaucratique envers les salarié-e-s.

Les exemples précités, bien que relativement simples, sont hautement représentatifs de la difficulté de naviguer rapidement dans le carcan administratif rigide du réseau de SAD. Dans les cas plus complexes, cette rigidité peut créer énormément de confusion.

C'est le cas dans plusieurs programmes particuliers. Non seulement ont-ils leurs propres conditions, mais l'administration ne peut pas – ou ne veut pas – les adapter à la situation de crainte de dépasser le budget. La personne requérante tombe alors « dans les craques du système » et tout le monde se renvoie la balle, ce qui allonge inutilement les délais de prise en charge.

C'est le cas de l'OCCI et des systèmes de mesure de l'autonomie fonctionnelle (ISO-SMAF), qui visent principalement les personnes âgées. Ce faisant, les bénéficiaires ayant une déficience physique (DP) ou une déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) se voient attribuer un formulaire qui n'est pas vraiment adapté à leur condition. Résultat, ces personnes n'obtiennent pas les services conformes à leurs besoins.

<sup>21</sup> Rappelons qu'en 2023 il a été statué que le personnel soignant au SAD passait 70 % de son temps à remplir des formulaires ou dans son véhicule. Voir : Lévesque, Fanny, « Soins à domicile : Trop de temps loin des patients », *La Presse*, 5 septembre 2023, en ligne, <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/soins-a-domicile/trop-de-temps-loin-des-patients/2023-09-05/soins-a-domicile/de-la-paperasse-et-des-deplacements.php>, page consultée le 6 janvier 2025.

<sup>22</sup> Protecteur du citoyen, Rapport annuel 2023-2024-Services de santé et services sociaux : se centrer sur l'être humain, au-delà de son profil clinique, communiqué de presse, 19 septembre 2024, en ligne, <https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/nouvelles/communiques/rapport-annuel-2023-2024-sante-services-sociaux-centrer-sur-etre-humain>, page consultée le 18 décembre 2024.

Les professionnel-le-s et technicien-ne-s au SAD doivent donc composer avec des formulaires et des outils administratifs qui ont peu d'effet direct sur la qualité des services<sup>23</sup>. Pire encore, ces derniers « orientent » la gestion des soins afin de se substituer au jugement clinique de nos membres. La charge de travail, les processus et les délais de prise en charge s'en trouvent inutilement alourdis, autant d'efforts et de temps qui pourraient être utilisés à meilleur escient.

Il en résulte une perte de sens bien réelle pour nos membres dans l'accomplissement de leurs tâches et cela augmente légitimement leur cynisme quant à la volonté du ministère d'offrir des soins et des services de qualité aux personnes les plus vulnérables de notre société. Une constatation qui appelle sérieusement à réfléchir dans le cadre de la présente démarche de consultation.

#### **Recommandation 5 :**

Que le ministère revise ses façons de faire en SAD afin de diminuer la lourdeur et la rigidité administratives qui nuisent aux usager-ère-s et au personnel dans la livraison, l'adaptation et la qualité des soins et services.

## **Améliorer les processus de fluidité communicationnelle**

Les différentes plateformes informatiques utilisées par le personnel gravitant dans l'écosystème du SAD ne communiquent pas nécessairement entre elles. Ce qui contribue au dédoublement du travail, puisque le personnel doit souvent fournir les mêmes informations sur des plateformes différentes.

Par exemple, la source de métadonnée I-CLSC utilisée en CLSC ne communique pas les plans d'intervention avec le RSIPA, alors que les collègues de ces deux services doivent travailler ensemble. Là encore, nos membres doivent redoubler leurs tâches ou sont incapables de communiquer des informations de base sur des usager-ère-s à leurs vis-à-vis<sup>24</sup>.

Ajoutons que ces problèmes communicationnels sont accentués par de nécessaires collaborations interprofessionnelles et interdisciplinaires. Qu'on pense à des communications entre du personnel de la catégorie 4 provenant du réseau public et des ASSS d'un-e prestataire privé-e en aide à domicile.

Cela pose aussi des problèmes pour suivre correctement les plans d'intervention, qui sont parfois difficilement transmissibles. Situation qui occasionne des frustrations et n'assure pas une qualité des services adéquate aux usager-ère-s.

<sup>23</sup> Par exemple, les travailleur-se-s sociaux-les qui travaillent en hôpital et qui doivent recommander des soins à des usager-ère-s pourraient faire des grilles d'évaluation du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) plutôt que d'utiliser un OCCI. Cette simple action diminuerait d'environ trois heures le temps d'opération pour un seul formulaire (deux heures plutôt que cinq), du fait que l'OCCI demande des éléments sans pertinence clinique dans le cas d'un hôpital.

<sup>24</sup> Voir les exemples 4 à 6 en annexe 2.

L'APTS comprend qu'un chantier ministériel de révision des pratiques de SAD et de la valorisation des activités cliniques suit son cours<sup>25</sup>. Cependant, les retombées positives pour nos membres tardent à apparaître. Il reste beaucoup de travail à faire, ce qui contribue à créer énormément de frustration chez les salarié-e-s du réseau.

Il faut donc espérer que la mise en place du futur dossier de santé numérique (DSN) permettra de corriger la situation, ce qui simplifierait la pratique de nos membres et améliorerait la transmission de l'information aux usager-ère-s. On n'ose cependant imaginer une énième plateforme qui nous replongerait dans la même ornière d'inefficacité.

### **Recommandation 6 :**

Que le ministère investisse dès à présent temps et efforts afin d'améliorer rapidement la fluidité et les processus communicationnels.

### **Remettre au centre le jugement clinique des professionnel-le-s**

On l'a vu plus haut, le CAR interfère souvent dans le jugement clinique de nos professionnel-le-s en invoquant des impératifs budgétaires. La frustration ainsi créée est grande et particulièrement pénible pour nos membres. Non seulement place-t-on ainsi des écueils déontologiques inutiles sur leur route, mais on les oblige également à passer (et à perdre) des heures à défendre leurs recommandations.

Qui plus est, ce sont les mêmes professionnel-le-s qui devront par la suite justifier des décisions qu'il-elle-s n'ont pas nécessairement prises auprès des usager-ère-s et des PPA, tout en devant en assumer l'imputabilité puisque les gestionnaires du CAR n'ont pas à justifier l'« odieux » de leur réaligement.

Il en résulte également des délais importants et des coûts supplémentaires, en pure perte. L'APTS conteste vivement ce processus et l'emploi à cette fin de budgets par ailleurs déjà limités, le tout entre les mains de gestionnaires qui n'ont ni les connaissances ni les compétences cliniques pour juger des soins à donner à des personnes demandant un SAD. Cette situation est particulièrement inquiétante à l'heure où le gouvernement annonce des mesures d'austérité en santé et services sociaux<sup>26</sup>.

Qu'on ne s'y trompe pas : ce type de pression de la part de la gestion est souvent présente dans le RSSS et a pour effet de perturber les relations entre nos membres et les usager-ère-s<sup>27</sup>, qui ne comprennent pas, tout comme leur PPA, pourquoi il-elle-s n'ont pas accès à des soins de qualité.

<sup>25</sup> Une des mesures émanant du plan d'action de modernisation technologique du gouvernement. Voir : Québec, *Plan de modernisation technologique 2022-2025 Pour un système de santé et de services sociaux plus humain et performant, transformé par le numérique; principaux chantiers*, 1p. En ligne, <https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/sommaire-chantiers-modernisation.pdf>, page consultée le 27 janvier 2025.

<sup>26</sup> Gerbet, Thomas. « Coupes en santé au Québec : comment les établissements feront pour recouvrer 1,5 G\$ », Radio-Canada, 23 novembre 2024, en ligne, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2121168/sante-quebec-deficit-milliard-cisss-ciusss>, page consultée le 6 janvier 2025.

<sup>27</sup> Et avec leurs PPA.

### Recommandation 7 :

Que le ministère revoie les modalités de fonctionnement du CAR (processus, délais, etc.) afin de favoriser des décisions basées sur les connaissances cliniques et la nécessité de soins.

La même dynamique s'observe en PPCC dans les hôpitaux. Il est fréquent de voir les gestionnaires faire fi du jugement des intervenant-e-s et exiger que des usager-ère-s retournent rapidement à domicile, l'objectif étant alors de vite libérer des lits d'hôpitaux.

Pour justifier cette décision, on promet un maximum de services au SAD. Or, si des soins arrivent parfois rapidement, parce que priorités, ils ne sont toutefois offerts que sur une courte période. Une fois les services acceptés, ils ont tôt fait de diminuer, et l'usager-ère revient rapidement à l'hôpital, créant ainsi un cycle de porte tournante.

Le cas contraire existe et produit aussi le même résultat. Les soins ne sont pas offerts à temps et l'usager-ère retourne rapidement à l'hôpital, créant là encore un effet de porte tournante qui passe sous le radar.

De plus, c'est généralement le personnel sur le terrain qui doit soutenir les PPA, et ce, deux fois plutôt qu'une : dans la recherche d'une RPA lorsque l'usager-ère doit quitter l'hôpital et lors de son retour dans celui-ci. Pareil va-et-vient est source de tension, de frustration et d'épuisement de part et d'autre.

Bien vus dans les rapports annuels, ces PPCC conduites prestement sont loin d'être un gage de succès en dehors des indicateurs de statistique de liste d'attente. À terme, cela nuit à la qualité des soins pour les Québécois-es. En accentuant ainsi le phénomène de porte tournante, on passe complètement à côté de l'objectif de diminuer les coûts à long terme, la prise en charge hospitalière étant plus onéreuse que celle à domicile.

Non seulement tout cela témoigne-t-il d'un manque de respect flagrant envers les professionnel-le-s et les technicien-ne-s de la catégorie 4<sup>28</sup>, cela démontre aussi, à nos yeux, une méconnaissance crasse de l'appareil bureaucratique concernant la réalité vécue par nos membres au SAD<sup>29</sup>. Le phénomène contribue à la déshumanisation du système et altère le niveau de considération des usager-ère-s et de leur famille à l'endroit de nos membres.

Alors qu'il se questionne sur les modalités d'une éventuelle réforme du SAD<sup>30</sup> et sur la répartition des équipes en fonction de la nature des soins et des services offerts, le ministère devrait plus que jamais consulter les professionnel-le-s et les technicien-ne-s de première ligne afin de s'assurer de la pertinence clinique d'une telle réorganisation.

<sup>28</sup> Voir les exemples 7 à 12 de l'annexe 2.

<sup>29</sup> Voir l'exemple 13 de l'annexe 2.

<sup>30</sup> Québec. *La politique nationale sur les soins et les services de soutien à domicile : document de consultation*, Direction du soutien à domicile ; Direction générale des aînés et des proches aidants, 28 novembre 2024, p.10.

**Recommandation 8 :**

Que le ministère remette le jugement clinique de nos professionnel-le-s au cœur des décisions prises pour les usager-ère-s.

**Recommandation 9 :**

Que le ministère s'assure que les gestionnaires comprennent bien le rôle des professionnel-le-s de la catégorie 4 afin de diminuer les interventions intempestives dans la pratique professionnelle de ces dernier-ère-s.

**Recommandation 10 :**

Que le ministère consulte les professionnel-le-s et les technicien-ne-s de première ligne de façon à les impliquer d'emblée dans les processus décisionnels pour s'assurer de la pertinence clinique de la réorganisation du SAD.

Une autre de nos préoccupations, voire une vive inquiétude, tient au fait que le gouvernement favorise l'utilisation des RPA dans sa politique de gestion des soins aux aîné-e-s. Ce choix rend difficile d'assurer des soins de qualité lorsque les partenaires sont des entreprises privées, orientation qui débouche souvent sur des situations inacceptables.

En effet, nos membres nous indiquent que, même lorsqu'il-elle-s font des signalements pour cause de mauvais traitement ou de mauvaises pratiques, peu d'actions sont menées par le ministère. Il peut en résulter des effets néfastes (parfois jusqu'au décès), et cela, même lorsque nos professionnel-le-s sont soutenu-e-s par les employeurs.

Difficile de ne pas y voir un autre effet pervers de la mentalité strictement comptable sur la qualité des soins et des services. Selon nous, ce type de situation s'explique aussi par la volonté du gouvernement de favoriser la tarification et la privatisation du SAD.

Cela étant, il presse de revoir le processus de certification des RPA et les moyens d'action lorsque des professionnel-le-s de la santé et des services sociaux font des signalements.

**Recommandation 11 :**

Que le gouvernement se dote d'un mécanisme de contrôle et de reddition de comptes ainsi que de moyens d'action lorsqu'il y a des manquements constatés, incluant le rapatriement des RPA dans le réseau public.



## La liste d'attente et la durée des séjours, des indicateurs inadéquats

Nous l'avons indiqué plus haut, les indicateurs de la liste d'attente et des durées de séjour ne sont pas représentatifs d'une réelle prise en charge : leur baisse ne correspond pas à une baisse de la pression sur le réseau ou à une augmentation de la qualité des soins.

Leurs seules vertus sont « cosmétiques ». Ils ont par contre pour effet de créer une pression induite sur le personnel sans pour autant favoriser la qualité des soins.

Afin de valider la qualité des soins en SAD, il serait important d'utiliser un autre indicateur quantitatif et qualitatif, celui basé sur le retour au NSA, par exemple, afin de prendre en considération l'effet de porte tournante<sup>31</sup>. Cet indicateur serait bien plus utile que celui des listes d'attente.

Capter cet effet permettrait d'évaluer plus adéquatement la qualité des soins. Il pourrait sans doute en résulter un allongement du séjour à l'hôpital, mais cela réduirait les réadmissions<sup>32</sup>. Le tout devrait alors se traduire, à terme, par une réduction de la pression sur le personnel, doublée d'une diminution des coûts pour l'État québécois.

### Recommandation 12 :

Que le ministère diminue l'importance accordée par la gestion à l'indicateur des listes d'attente et à la durée de séjour en hôpital pour se concentrer sur la diminution de l'effet de porte tournante en utilisant notamment un indicateur comme le NSA.

<sup>31</sup> L'effet de porte tournante apparaît quand on laisse entrer une personne dans le réseau pour ensuite la faire ressortir prématurément, sans qu'elle soit vraiment rétablie, si bien qu'elle sera inévitablement réadmise pour le même problème ou une comorbidité non traitée. Dans les statistiques de la liste d'attente, cette personne comptera pour deux entrées distinctes alors que, dans les faits, il s'agit d'une seule avec le même problème.

<sup>32</sup> Notamment, en prenant le temps de mieux ajuster la médication, de stabiliser la personne et de lui permettre de retourner dans un milieu de vie plus léger, tout cela afin d'éviter un retour à l'urgence.

## Initiatives technologiques ou innovations à prioriser pour répondre aux besoins du SAD

L'IA peut avoir un impact profond sur le bien-être des usager·ère·s en santé et services sociaux, d'où l'importance de l'utiliser de manière responsable. Et si elle peut faciliter la tâche des professionnel·le·s de la santé et des services sociaux, encore faut-il que son utilisation ne remplace pas le jugement clinique.

De plus, que ce soit l'IA ou toute autre innovation technologique, des préoccupations n'en doivent pas moins demeurer en matière d'éthique, notamment au niveau de la transparence dans la collecte des données<sup>33</sup>, la représentativité des données utilisées<sup>34</sup> et l'impact des décisions algorithmiques sur les inégalités sociales et économiques.

Il faut également considérer que les personnes âgées et/ou vulnérables ne sont pas nécessairement toujours à l'aise avec les outils technologiques et que des problèmes au niveau de la connexion dans certaines régions peuvent en limiter l'accès. Certaines réserves s'imposent également quant à l'utilisation et à la confidentialité des données utilisées.

### Recommandation 13 :

Que le ministère fasse preuve de prudence lorsqu'il présente des avancées en IA comme solutions à ses problèmes de main-d'œuvre en santé et services sociaux, et plus particulièrement en SAD.

<sup>33</sup> Le consentement éclairé des usager·ère·s, par exemple. Cela est d'autant plus à surveiller pour une personne âgée ou vulnérable.

<sup>34</sup> S'assurer que les données sont diversifiées et reflètent l'ensemble de la population.

## ORIENTATION N° 2

### S'éloigner de la privatisation et refuser la tarification

À lire le document de consultation<sup>35</sup> et certains documents auxquels il se réfère<sup>36</sup>, l'APTS est par ailleurs très inquiète de la place grandissante que le ministère semble vouloir accorder à la tarification de l'aide à domicile et aux arguments pour soutenir cette idée.

La CSBE prétend, par exemple, que la population serait en accord avec une tarification des services d'aide à domicile, ouvrant ainsi la voie à une certaine forme de privatisation des soins et/ou de l'aide à domicile. Cette position en soi discutable le devient encore plus au vu des nombreux biais méthodologiques<sup>37</sup> liés à la consultation sur laquelle elle s'appuie.

La CSBE a beau reconnaître que certains problèmes découleraient de cette privatisation (dont « la multiplicité et l'instabilité des intervenants auprès des usagères et usagers et le manque de coordination et de cohérence des services<sup>38</sup> »), elle n'en persiste pas moins dans sa recommandation, et celle-ci est maintenant reprise par le ministère.

Il est pour le moins hasardeux, selon nous, d'utiliser ce type de méthode pour accentuer la place de la tarification et, éventuellement, celle du privé dans le système de santé et de services sociaux.

En termes de pratique et de qualité des soins, le maillage entre public et privé en SAD crée déjà des problèmes dus au manque de formation du personnel d'agence ainsi qu'au roulement élevé de celui-ci. Ces deux facteurs compromettent à eux seuls la stabilité des soins venant du privé auprès des bénéficiaires du SAD.

Il en résulte une crise de confiance entre le personnel de la catégorie 4 et le personnel d'agence, mais aussi entre les usager-ère-s et le personnel soignant. Le phénomène est également exacerbé par les enjeux communicationnels évoqués précédemment.

<sup>35</sup> Québec. *La politique nationale sur les soins et les services de soutien à domicile : document de consultation*, Direction du soutien à domicile et al., 28 novembre 2024, 16 p.

<sup>36</sup> CSBE. *Bien vieillir chez soi – tome 4 : une transformation qui s'impose*, Québec, 22 janvier 2024, 280 p.

<sup>37</sup> Rappelons que le forum utilisé par la CSBE pour recommander que « le gouvernement impose une contribution des usagers de l'aide à domicile financée par les services publics aux personnes en fonction de leurs moyens » se base sur des consultations auprès de 24 citoyens, citoyennes et spécialistes et d'un sondage en ligne non probabiliste. Cf. CSBE. *Quel avenir pour le soutien à domicile ? Du soutien à domicile vers le maintien de l'autonomie: pour un écosystème visant le mieux-être des personnes : Rapport de la délibération éthique du Forum de consultation Mandat sur les soins et services à domicile*, Québec, p.4, en ligne, [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2024/Rapports\\_Forum/CSBE-Rapport\\_Forum\\_Ethique.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2024/Rapports_Forum/CSBE-Rapport_Forum_Ethique.pdf) et CSBE, *Bien vieillir chez soi – tome 4 : Une transformation qui s'impose: Faire du maintien de l'autonomie une priorité collective: Mandat sur les soins et services de soutien à domicile*, Québec, janvier 2024, p. 258, en ligne, [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2024/Rapport\\_final\\_SAD/CSBE-Rapport\\_Soutien\\_Domicile\\_Tome4.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2024/Rapport_final_SAD/CSBE-Rapport_Soutien_Domicile_Tome4.pdf)

<sup>38</sup> Plourde, Anne et Louise Boivin. *Soutien à domicile : éviter les erreurs de la privatisation et de la tarification*, IRIS-LARISS, 8 mai 2024, en ligne, <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante-et-services-sociaux/soutien-domicile-privatisation/>, page consultée le 20 décembre 2024.

En s'engageant vers la tarification des services et l'imposition d'une contribution des usager·ère·s pour l'aide à domicile en fonction des moyens, le gouvernement fait une double erreur. Il perpétue une incohérence dans la recherche des solutions contre la pénurie de main-d'œuvre dans le RSSS et il aggrave le problème en entretenant deux réseaux parallèles qui se partagent le même bassin de personnel.

La contribution gouvernementale permettant d'acheter, en bonne partie, des services au secteur privé, il est à craindre que ce modèle favorise la privatisation et accentue les problèmes d'embauche et de rétention de la main-d'œuvre dans le secteur public.

Qui plus est, à l'heure où plusieurs agences privées en santé ont démontré leur capacité d'utiliser différentes tactiques pour augmenter leurs revenus<sup>39</sup>, il est inquiétant de voir que la solution du gouvernement est de refiler une partie de la facture à l'usager·ère et/ou à ses PPA.

Ce marché exerce une pression à la hausse sur les coûts de services à travers la tarification des actes selon les besoins<sup>40</sup>. Ce sont les usager·ère·s ou leurs PPA, généralement des femmes<sup>41</sup>, qui doivent alors défrayer les dépassements de coûts, s'exposant à des risques d'appauvrissement.

Le phénomène créé également des tensions entre les PPA, le personnel du réseau public et celui des différents groupes privés, qui nuisent à la bonne collaboration dans l'offre des soins, ce qui peut mener à un épuisement pour chacun des groupes mentionnés<sup>42</sup>.

Dans la même veine, nous nous questionnons sur l'efficacité du modèle du CES. Populaire auprès des usagers·ère·s, il n'est pas sans créer une situation de tension entre ces personnes et le fournisseur de SAD<sup>43</sup>.

Le CES fait juridiquement de l'usager·ère l'employeur·e, ce qui lui permet de sélectionner qui sera employé·e et de choisir les horaires de travail. La détermination du taux horaire officiel, des tâches à effectuer et le nombre d'heures travaillées relèvent cependant du MSSS, des CI(U)SSS et des CLSC alors que légalement ils ne sont pas des employeurs!

Cette situation, couplée à la précarité de l'emploi chez les travailleur·se·s opérant via le CES, accentue les tensions entre les membres du personnel du RSSS<sup>44</sup> et peut mener à des risques pour la santé et la sécurité des usager·ère·s et des travailleur·se·s.

<sup>39</sup> Gerbert, Thomas, Daniel Boily, *Québec a dépensé 3 milliards \$ dans les agences privées de santé en 6 ans*, Radio-Canada, 14 février 2023, en ligne, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1956130/agences-placement-privées-santé-quebec-ftq-projet-loi-dube>, page consultée le 20 décembre 2024.

<sup>40</sup> Ou la diversification des frais pour offrir les actes.

<sup>41</sup> M. Flood et al. « Assessing Cash-for-Care Benefits to Support Aging at Home in Canada », *Institute for Research on Public Policy*, 2021, p. 6.

<sup>42</sup> Voir notamment Laurence Hamel-Roy, « Je dois mettre dans ma tête que c'est pour rendre service » : Engagements et contraintes de l'emploi des préposées au soutien à domicile embauchées par le chèque emploi-service, Mémoire de maîtrise, Montréal, UDM, 2018.

<sup>43</sup> Voir les exemples 19 à 24 dans l'annexe 2.

<sup>44</sup> À cet égard nous vous invitons à consulter : Myriam LAVOIE-MOORE. *Le chèque emploi-service améliore-t-il les services à domicile au Québec ?*, Fiche, IRIS, octobre 2021, [iris-recherche.qc.ca/publications/cheque-emploi-service/](https://iris-recherche.qc.ca/publications/cheque-emploi-service/); Louise BOIVIN, Stéphanie BERNSTEIN et Marie-Hélène VERVILLE, *Un travail de soins à valoriser : pour une pleine protection des travailleuses employées via le programme québécois d'Allocation directe/Chèque emploi-Service*, Au bas de l'échelle, novembre 2023, [www.aubasdelechelle.ca/publications/recherches/](http://www.aubasdelechelle.ca/publications/recherches/).

À cela s'ajoute le fait que les travailleur-se-s lié-e-s au CES sont souvent employé-e-s par diverses agences dont le taux de roulement est élevé, si bien que la qualité des aides et soins octroyés est souvent peu optimisée, voire inefficace<sup>45</sup>.

L'aide et les soins fournis s'en trouvent donc inégaux et leur qualité largement influencée par la situation financière de l'usager-ère et la (possible) part supplémentaire des montants alloués par les usager-ères et leurs PPA.

Tout ce qui précède contribue à nous éloigner du principe de l'universalité et de la gratuité des soins de santé et des services sociaux, qui est pourtant une condition nécessaire pour respecter les « droits à la santé et à l'égalité de tous<sup>46</sup> ».

### **Recommandation 14 :**

Que le ministère s'éloigne de la voie qui mène à une augmentation des concepts de tarification et de privatisation dans la mise en place du SAD.

Un autre défi que pose la tarification des services suivant le modèle du CES, est l'incapacité pour nos professionnel-le-s et technicien-ne-s du RSSS de pouvoir assurer la qualité des soins octroyés, spécialement lorsque ces gens sont appelés à dénoncer des abus provenant du personnel privé embauché par l'usager-ère.

Il leur est alors impossible de protéger les usager-ère-s en situation de vulnérabilité lorsque cette dernière est le fait d'un tiers dont ces personnes ont acheté des services en dehors du réseau. Et c'est la raison pour laquelle l'APTS milite pour que l'accompagnement des personnes au SAD se fasse dans le giron du système public, via les CLSC.

## **Restituer aux CLSC la capacité de donner un accès au SAD**

Pour aller dans cette voie et pour mieux accompagner les usager-ère-s et leurs proches, il faut modifier la vision actuelle du MSSS. Ce dernier doit cesser de voir les CLSC comme un centre de partage de l'information uniquement.

Ce faisant, il les éloigne d'un rôle de participation active dans le traitement des personnes nécessitant du SAD, alors que les CLSC sont déjà bien implantés dans leur milieu et au fait des besoins populationnels locaux. Ils sont donc plus à même de fournir l'accès et la qualité de soins équitables que des agences privées, plus souvent cantonnées dans les grands centres.

<sup>45</sup> Par exemple, le fait qu'il existe de nombreuses agences avec un important taux de roulement mène de nombreux-travailleurs-se-s lié-e-s au CES à faire des distances non optimisées pour fournir de l'aide ou des soins, faisant perdre du temps en transport qui pourrait être mieux investi. Un seul employeur ferait des choix de gestion plus à propos pour éviter ce type de perte de temps. Cet exemple peut s'appliquer à de nombreux autres points, tels que la formation ou la spécialisation dans certains types d'aide ou de soins.

<sup>46</sup> Voir : Boivin, Louise et Anne Plourde. « Le soutien à domicile s'accommode mal de la privatisation et de la tarification », *Le Devoir, Opinion.*, 16 mai 2024, en ligne, <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/812425/idees-soutien-domicile-accommode-mal-privatisation-tarifification>, page consultée le 23 décembre 2024.

Les CLSC doivent être dotés de ressources spécialisées adéquates pour être en mesure d'évaluer les besoins des aîné-e-s ou des personnes en perte d'autonomie, d'offrir directement les soins requis, de faire de la prévention ou, à défaut, de recommander l'aide de la bonne personne professionnelle de la santé ou fournisseuse de soins et services à domicile. Tout cela en assurant l'universalité des soins sociosanitaires, peu importe la région où habitent les prestataires et quels que soient leurs revenus.

Actuellement le rôle des CLSC reste en marge des capacités que le système de santé et de services sociaux pourrait lui donner, à la fois dans les traitements, leur mise en place et leur suivi pour l'ensemble de la population<sup>47</sup>.

Le gouvernement pourrait réduire l'apport des firmes privées au SAD au profit des CLSC afin d'assurer une première ligne multidisciplinaire complète, gage d'une qualité de services exemplaire. Cela nécessiterait une hausse massive des investissements dans le SAD et de recadrer le rôle des CLSC comme pièces maîtresses dans les politiques de SAD<sup>48</sup>.

#### **Recommandation 15 :**

Que le gouvernement redonne aux CLSC un rôle central dans la mise en place des soins, des services et des suivis préventifs en SAD, tout en augmentant leurs ressources et leurs responsabilités envers les usager-ère-s du SAD et dans un souci de soins équitables entre les différentes régions du Québec.

#### **Recommandation 16 :**

Que le gouvernement investisse massivement dans les CLSC afin de décentraliser l'offre privée en SAD.

<sup>47</sup> Ministre responsable des Aînés, *Pour des services de proximité – Les CLSC deviendront la porte d'entrée pour les personnes aînées*, communiqué, 3 mai 2024, [www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/pour-des-services-de-proximite-les-clsc-deviendront-la-porte-dentree-pour-les-personnes-ainees-55574.page](http://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/pour-des-services-de-proximite-les-clsc-deviendront-la-porte-dentree-pour-les-personnes-ainees-55574.page) consultée le 23 décembre 2024.

<sup>48</sup> Nous invitons le gouvernement à s'inspirer des solutions proposées par l'Institut de recherche et d'information socio-économique (IRIS) afin de faciliter le financement d'un retour du SAD centré sur les CLSC plutôt que les firmes privées dans le document : Plourde, Anne et Louise Boivin, *Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec*, IRIS, 14 novembre 2024, 56p. En ligne, <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2024/11/IRIS-SAD-WEB.pdf>

## CONCLUSION

Sans présumer du résultat des présentes consultations, la voie à suivre s'impose clairement pour l'APTS : le ministère et la DGAPA devraient concentrer leurs efforts pour favoriser une approche plus humanisante du SAD.

Pour les professionnel-le-s et les technicien-ne-s de la catégorie 4, que nous représentons, cela doit passer par la valorisation de leur travail. On y parviendra en améliorant leurs conditions de travail et de pratique, certes, mais aussi en remettant leur jugement clinique au cœur de la politique nationale de SAD.

Réduire la bureaucratie, reconnaître leur autonomie professionnelle, diminuer l'utilisation d'indicateurs de performance économique au profit d'autres, centrés sur la qualité des soins, voilà autant de solutions qui vont favoriser l'attraction et la rétention du personnel dans ce secteur.

Nous enjoignons le gouvernement de favoriser un système public fondé sur une première et une deuxième ligne dont les CSLC seraient les fers de lance, en lieu et place des agences privées. Nous l'encourageons également à s'éloigner des mesures de tarification et de privatisation et à plutôt investir massivement dans son réseau de CLSC.

# LISTE DES RECOMMANDATIONS

**Recommandation 1 :** Que Santé Québec assure de meilleures conditions de travail et de pratique pour le personnel du réseau public qui travaille au SAD.

**Recommandation 2 :** Que le ministère ordonne à Santé Québec de mettre en place un exercice de PMO pour le RSSS, entourant le continuum de soins et services pour les personnes en perte d'autonomie, qui prend en considération les besoins populationnels liées au vieillissement. Nous invitons le gouvernement à intégrer les représentant-e-s des organisations syndicales dans l'élaboration de cet exercice.

**Recommandation 3 :** Que le ministère voit à la mise en place immédiatement d'un mécanisme d'accueil et d'orientation pour les nouvelles personnes embauchées au SAD.

**Recommandation 4 :** Que le ministère mette en place des mesures structurantes pour une réelle reconnaissance et valorisation de l'expertise du personnel professionnel de la catégorie 4 du SAD.

**Recommandation 5 :** Que le ministère révise ses façons de faire au SAD afin de diminuer la lourdeur et la rigidité administratives qui nuisent aux usagers-ère-s et au personnel dans la livraison, l'adaptation et la qualité des soins et services.

**Recommandation 6 :** Que le ministère investisse dès à présent temps et efforts afin d'améliorer rapidement la fluidité et les processus communicationnels.

**Recommandation 7 :** Que le ministère revoit les modalités de fonctionnement du CAR (processus, délais, etc.) afin de favoriser des décisions basées sur les connaissances cliniques et la nécessité de soins.

**Recommandation 8 :** Que le ministère remette le jugement clinique de nos professionnel-le-s au cœur des décisions prises pour les usager-ère-s.

**Recommandation 9 :** Que le ministère s'assure que les gestionnaires comprennent bien le rôle des professionnel-le-s de la catégorie 4 afin de diminuer les interventions intempestives dans la pratique professionnelle de ces dernier-ère-s.

**Recommandation 10 :** Que le ministère consulte les professionnel-le-s et les technicien-ne-s de première ligne de façon à les impliquer d'emblée dans les processus décisionnels pour s'assurer de la pertinence clinique de la réorganisation du SAD.

**Recommandation 11 :** Que le gouvernement se dote d'un mécanisme de contrôle et de reddition de comptes ainsi que de moyens d'action lorsqu'il y a des manquements constatés, incluant le rapatriement des RPA dans le réseau public.

**Recommandation 12 :** Que le ministère diminue l'importance accordée par la gestion à l'indicateur des listes d'attente et à la durée de séjour en hôpital pour se concentrer sur la diminution de l'effet de porte tournante, en utilisant notamment un indicateur comme le NSA.



**Recommandation 13 :** Que le ministère fasse preuve de prudence lorsqu'il présente des avancées en IA comme solutions à ses problèmes de main-d'œuvre en santé et services sociaux, et plus particulièrement en SAD.

**Recommandation 14 :** Que le ministère s'éloigne de la voie qui mène à une augmentation des concepts de tarification et de privatisation dans la mise en place du SAD.

**Recommandation 15 :** Que le gouvernement redonne aux CLSC un rôle central dans la mise en place des soins, des services et des suivis préventifs en SAD, tout en augmentant leurs ressources et leurs responsabilités envers les usager-ère-s du SAD et dans un souci de soins équitables entre les différentes régions du Québec.

**Recommandation 16 :** Que le gouvernement investisse massivement dans les CLSC afin de décentraliser l'offre privée en SAD.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Formulaires et outils

Afin d'illustrer la part importante de la bureaucratie dans le quotidien de nos membres, nous présentons ici le nombre de formulaires généralement utilisés pour fournir des services et des soins. Veuillez noter que cette liste est non-exhaustive et que certains de ces formulaires doivent être remplis à de nombreuses reprises.

### **Pivotage**

- o Ententes de services avec RPA
- o Formulaire de services achetés (partenaires privés)
- o Grille de référence pour les ASSS
- o Grille décisionnelle du CAR (case « demandé » ou « accepté »)
- o Grille de dépistage de risque à domicile (1 fois par année)
- o OCCI
- o Grille de pointage
- o SIC plus (notes évolutives, statistiques)
- o Régimes de protection (avec curateur public)
- o CTMSP (classification par types en milieu de soin et services prolongés)
- o Tutelle privée
- o Échelle de Zarit (fardeau pour les PPA)
- o Grille horaire de services (si on va en ÉESAD)
- o Dépistage de risque nutritionnel

### **Programme adaptation domiciliaire (PAD)**

- o Formulaires variés selon l'agent payeur

### **Programme équipement et aide à la mobilité**

- o 15-20 programmes différents avec leurs formulaires distincts
- o Demande d'équipement AVQ-AVD (DI-TSA-DP)
- o Échelle de Braden

## Annexe 2 : Témoignages sur les réalités sur le terrain du travail au SAD

Le 16 janvier 2025, nous avons rencontré une vingtaine de nos membres professionnel-le-s et technicien-ne-s de la santé et des services sociaux de la catégorie 4 afin de recueillir leurs témoignages sur les frustrations qu'il-elle-s vivent quotidiennement. Plusieurs de ces témoignages soutiennent les recommandations de notre mémoire. Nous avons choisi de les citer ici afin de brosser un portrait juste des réalités vécues sur le terrain par nos membres.

### **PMO et conditions de travail**

1. « Dans notre établissement, les demandes psychosociales ont explosé. Les listes d'attente ont triplé depuis quelques mois. Pourtant, il n'y a pas d'augmentation du personnel, bien que les gestionnaires le sachent. On dirait vraiment qu'il n'y a pas de planification des besoins en main-d'œuvre. On dirait que les gestionnaires ne peuvent jamais voir venir ».
2. « Au-delà de la PMO, il commence à y avoir des problèmes avec les infrastructures. Chez nous, on est 16 pour travailler dans un lieu où il y a 8 places. Certains de nos nouveaux ont dû attendre des mois pour avoir accès à un ordinateur. Ce qui crée du retard. On sait que, d'ici 2040, il va falloir refaire ou rénover des bâtiments et on sent qu'il n'y a pas de planification à cet égard ».
3. « Il y a de bonnes pratiques dans certaines régions pour l'accueil. Chez nous, il y a le projet Passeport d'accueil SAD qui permet facilement aux personnes d'arriver en poste ».

### **Communication entre plateformes**

4. « En termes de communication, il y a vraiment des problèmes. Je dois jongler avec 15-20 programmes différents en matière d'équipement et d'aide à la mobilité. Par exemple, je suis ergothérapeute et, pour chaque demande d'attribution d'équipement, je dois remplir des formulaires différents pour différents secteurs avec des pratiques différentes. De plus, comme le ministère est le dernier agent payeur, on doit passer des heures à essayer de gérer chacun des agents avant de lui envoyer la facture ».
5. « Nos plates-formes ICLSC et le programme d'hôpital ne sont pas synchronisés ».
6. « Certaines régions n'ont pas les mêmes programmes informatiques. Certains professionnels ont accès à certains programmes dans une région, mais, lorsqu'ils changent de régions, ils n'ont plus accès aux mêmes programmes ».

### **CAR, CASAD ou CASSAD et statistiques**

7. « J'ai souvent vu des collègues, souvent plus jeunes, sortir du CAR en pleurant, car ils/elles se font rejeter ou modifier leurs propositions de traitement après un barrage de questions de 45 minutes! Souvent par des gens qui ne sont ni leur gestionnaire ni des personnes ayant une compréhension claire de leur formation ».

8. « Il arrive que les gestionnaires du CAR portent des jugements de valeur sur les personnes usagères pour justifier leurs décisions de modification de traitement plutôt que de se fier au jugement des professionnelles ».
9. « Le CAR, c'est toxique à plusieurs niveaux ».
10. « Le CAR, c'est utile pour éviter des explosions de coûts, mais cela ne doit pas faire foi pour tout ».
11. « Pour assurer de faire passer nos demandes devant le CAR, la stratégie finit par être d'arriver à plusieurs professionnels et la personne pivot. Quelle perte de temps! Du temps qui pourrait être mieux utilisé ».
12. « Clairement, pour faire passer ses points au traitement, il est préférable d'être un bon *debater* ».
13. « Seules les statistiques en présence de l'utilisateur sont comptabilisées. Pourtant, il y a beaucoup de travail avec des PPA qui ne peut se faire en personne. Par exemple, si je dois faire une démarche auprès d'une PPA qui travaille. Je pourrais l'appeler sur l'heure du midi, mais ce ne serait pas comptabilisé. Je dois aller chez l'utilisateur, mettre celui-ci en retrait et parler avec la PPA pour que ce soit comptabilisé. Cela ne fait aucun sens cliniquement, on fait cela uniquement pour les statistiques des gestionnaires ».

### **Accès et coût des RPA**

14. « Les RPA coûtent trop cher, on nous demande de relocaliser les gens dans des RPA moins coûteuses ».
15. « Les RPA sont pleines, les RI ferment et notre travail est systématiquement d'éteindre des feux ».
16. « Les coûts des RPA aujourd'hui sont similaires au coût des CHSLD privé d'il y a 5 à 6 ans ».
17. « Les personnes de 70 ans dans une RPA ont de l'aide financière via des crédits d'impôt. Par contre, les personnes de moins de 70 ans qui ont des pertes cognitives n'ont pas d'aide financière ».
18. « Le mécanisme d'accès à la RPA est complètement déshumanisant. Je viens d'une région plus éloignée. On fait une demande pour une place, or la seule qui est disponible est à 160 km. L'utilisateur aimerait que sa conjointe vienne le voir, mais c'est impossible à une telle distance. Résultat, il retombe en bas de la liste d'attente ».
19. « J'ai déjà entendu une personne me dire qu'elle voulait louer un bail en RPA, mais qu'elle n'avait pas les moyens. La personne de la RPA lui a dit d'appeler le CLSC, car c'est eux qui allaient payer. On a l'impression que les RPA se financent grâce au CLSC et au chèque emploi services ».

## **CES**

20. « La qualité des services provenant des employés du privé provenant du CES est très variable. Il y a du bon et du très mauvais. Les personnes les plus marginalisées ou les plus éloignées peuvent avoir de la misère à avoir de bons soins et doivent retourner à l'hôpital ».
21. « Pour nous qui sommes dans une région éloignée, la demande de services dépasse la capacité. Ce qui rend une certaine plage horaire (aide au coucher, par exemple) plus difficile par rapport à d'autres comme la prise de médicaments le midi ».
22. « Dans notre établissement, pour faciliter les relations entre les groupes privés reliés au CES et les usagers, nous avons une TS qui est assignée à l'aide entre l'utilisateur et leurs personnes proches aidantes. Cela permet qu'elle puisse aider les usagers à faciliter le travail de tous, mais aussi d'évaluer la qualité des soins provenant des groupes privés ».
23. « En réponse aux commentaires précédents, nous, nos gestionnaires, ne veulent pas de ce type de poste pour éviter que des usagers nous poursuivent si les soins provenant des fournisseurs en lien avec le CES fassent du mauvais travail ».
24. « Si la personne provenant des CES doit s'absenter (vacances), c'est le CLSC qui doit la remplacer. Il arrive que nous voyions des firmes privées incapables de remplacer leur personne en vacances, ce qui crée d'importants enjeux de santé. Ce serait mieux que ce soit géré intégralement par le CLSC ».

## **SIÈGE SOCIAL**

1111, rue Saint-Charles Ouest, bureau 1255  
Longueuil (Québec) J4K 5G4  
Tél. : 450 670-2411 ou 1 866 521-2411  
Télec. : 450 679-0107 ou 1 866 480-0086

## **BUREAU DE QUÉBEC**

1305, boul. Lebourgneuf, bureau 200  
Québec (Québec) G2K 2E4  
Tél. : 418 622-2541 ou 1 800 463-4617  
Télec. : 418 622-0274 ou 1 866 704-0274

**[www.apsq.com](http://www.apsq.com) • [info@apsq.com](mailto:info@apsq.com)**

