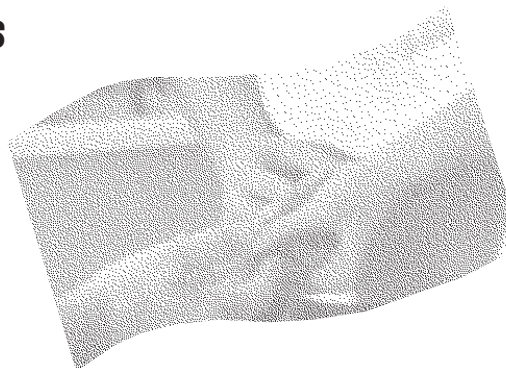


**Le recours aux agences privées
d'aide à domicile
et de soins infirmiers
par les services de soutien
à domicile des CLSC**



**ÉTUDES ET
RECHERCHES**

Hélène David
Esther Cloutier
Sara La Tour

R-346

RAPPORT





Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

NOS RECHERCHES *travaillent pour vous !*

MISSION

- ▶ Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes.
- ▶ Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.
- ▶ Assurer la diffusion des connaissances, jouer un rôle de référence scientifique et d'expert.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

POUR EN SAVOIR PLUS...

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour.
De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement.
www.irsst.qc.ca

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par l'Institut et la CSST.

Abonnement : 1-817-221-7046

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
2003

IRSST - Direction des communications
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : (514) 288-1551
Télécopieur : (514) 288-7636
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca

© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
septembre 2003.

Le recours aux agences privées d'aide à domicile et de soins infirmiers par les services de soutien à domicile des CLSC

Hélène David, Département de sociologie
et GRASP, Université de Montréal

Esther Cloutier, Organisation du travail, IRSST

Sara La Tour, GRASP, Université de Montréal

ÉTUDES ET RECHERCHES

RAPPORT

Cliquez recherche
www.irsst.qc.ca



Cette publication est disponible
en version PDF
sur le site Web de l'IRSST.

Cette étude a été financée par l'IRSST. Les conclusions et recommandations sont celles des auteurs.

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSST

**Les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document
ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.**

SOMMAIRE

Ce rapport brosse un premier portrait du recours aux agences privées de soins par des services de soutien à domicile (SAD) de Centres locaux de services communautaires (CLSC) d'une même région. C'est en réponse à la demande du Conseil scientifique de l'IRSST de prendre en compte la réalité des agences privées de soins (AP), compte tenu de leur présence grandissante dans le champ de services de SAD, que cette étude a été réalisée.

Le but primordial de cette étude, qui est la première de ce type au Québec, était donc de documenter de manière descriptive cette réalité sur un territoire d'une grande région urbaine. À cette fin, des entrevues ont été réalisées avec des informatrices-clés des services de SAD de quatre CLSC et des cinq principales AP auxquelles ils recourent.

Les résultats

Le point de vue des services de SAD des CLSC d'une même région

Les services de SAD à l'étude ont plus de points en commun que de différences dans leurs rapports avec les agences privées. Ils se distinguent toutefois entre eux par plusieurs de leurs choix stratégiques : qu'il s'agisse du nombre d'agences d'aide à domicile auxquelles ils font appel, de la distribution de la clientèle aux agences, ou encore du type de relation qu'ils entretiennent avec elles.

Depuis dix ou quinze ans, les CLSC ont recours aux agences pour les services d'aide à domicile, dans un contexte où les contraintes budgétaires permettent rarement l'embauche d'auxiliaires familiales et sociales (AFS) supplémentaires. Ce recours s'est du reste intensifié avec les transformations récentes du système de santé. Bien que l'achat de services aux agences d'aide à domicile ait l'avantage, sur une base horaire, d'être moins dispendieux pour les responsables de CLSC, ceux-ci portent néanmoins un regard très critique sur la qualité des services offerts par le personnel d'agence.

Au contraire, les services de SAD se disent beaucoup plus satisfaits de leurs rapports avec les agences de soins infirmiers, ainsi que de la qualité et la fiabilité des services obtenus. Ce recours aux agences de soins infirmiers, qui ne date que du milieu des années 90, a été précipité par le virage ambulatoire, conjugué à la pénurie d'infirmières.

Le point de vue des agences

Les agences qui offrent des services d'aide à domicile desservent surtout, sinon exclusivement, les CLSC. Leur aide répond le plus souvent à des besoins ponctuels des bénéficiaires. Des trois agences offrant des services d'aide à domicile, une seule est mixte, c'est-à-dire qu'elle emploie à la fois des infirmières et des AFS ou préposées. Les deux plus grosses agences travaillent avec une trentaine de CLSC, sur un territoire qui dépasse largement la localité et la région où est établie l'agence. L'autre ne travaille qu'avec un seul CLSC.

L'âge des employées d'agence, dont la grande majorité sont des femmes, est de 20 à 60 ans. Elles ont souvent eu des parcours scolaires et professionnels hétéroclites. Toutefois, une formation formelle de préposée ou d'AFS est de plus en plus souvent exigée de même que le certificat de

PDSB. Près de la moitié des employées travaillent à temps complet mais avec des horaires brisés. Elles coûtent aux CLSC environ la moitié de ce qui est déboursé pour une AFS.

Trois des agences à l'étude offrent des soins infirmiers. Deux sont spécialisées dans ce domaine tandis que l'autre propose également des services d'aide à domicile. En règle générale, ces agences travaillent avec un nombre important de CLSC ainsi qu'avec d'autres établissements de santé ou autres. En CLSC, les infirmières d'agence exécutent des tâches rattachées à deux types de fonctions : soit elles remplacent des infirmières absentes pour les soins, pendant les heures d'ouverture, soit elles assurent les services de garde, comme Info-Santé, et/ou donnent certains soins jugés indispensables, après la fermeture.

Les infirmières d'agence sont généralement des femmes de 25 à 40 ans. Elles ont toutes une licence active de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; leur formation est plus souvent technique qu'universitaire. À temps partiel sur appel, elles travaillent habituellement des journées complètes dans le cadre de semaines à temps partiel. Leur salaire horaire est comparable à ceux des infirmières de CLSC.

Les relations entre les agences et les CLSC reposent le plus souvent sur des normes implicites entre les deux parties. Selon les responsables d'agence, les rares ententes écrites ont surtout trait aux engagements, de la part des agences, à fournir du personnel compétent et à répondre aux besoins des CLSC.

En vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) et de celle sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), la responsabilité, en cas d'accident du travail de leurs employées, incombe uniquement à l'agence qui est leur employeur. Les agences souscrivent toutes à la CSST et certaines font partie des mutuelles. Le taux annuel de lésions professionnelles déclarées dans les agences de services d'aide à domicile ne serait pas plus de la moitié de celui des AFS pour l'ensemble du Québec. D'après les agences de soins infirmiers, il y aurait peu ou pas d'accidents du travail parmi leur personnel et l'absentéisme serait principalement attribuable à des causes courantes de maladie ou à des grossesses. Compte tenu de l'importance du taux de roulement du personnel et de celui du travail à temps partiel, il est cependant difficile d'estimer avec justesse les taux réels de lésions professionnelles de ces personnels.

Pour les services de SAD à l'étude, le recours aux agences privées apparaît donc comme une contrainte majeure à laquelle ils ne peuvent échapper. Les principaux enjeux qui en découlent ont trait à la qualité des soins et services, à la transmission de l'information, à la responsabilité et au contrôle des soins et services par les services de SAD ainsi qu'à la santé et la sécurité du travail des personnels d'agence. Pour modifier certains aspects problématiques de cette situation, il serait nécessaire d'intervenir non seulement au niveau de ces organismes locaux et de leurs rapports, mais également à un niveau plus macroscopique.

AVERTISSEMENT

Les résultats de cette étude exploratoire sur le recours aux agences privées de soins, par les services de SAD de CLSC, ne sont pas directement généralisables puisque l'étude ne porte pas sur un échantillon représentatif des établissements et des agences existantes. Les données descriptives sur un certain nombre de points cruciaux fournissent des outils d'analyse qui peuvent déjà servir à mieux comprendre cette question et certains des enjeux qu'elle soulève. Cependant, elles se limitent aux informations données par les responsables et à leurs perceptions, les employées des agences n'ayant pas été sollicitées pour participer à cette étude. Ces résultats ne constituent d'aucune façon un jugement sur les CLSC et les agences privées qui ont accepté de collaborer à ce dossier, étant donné le manque de points de comparaison. Par ailleurs, cette étude préliminaire a été réalisée dans un contexte de changements importants dans le réseau de la santé et des services sociaux; il est donc possible que certaines remarques ne s'appliquent déjà plus à la situation en cours quelques années plus tard et que de nouveaux enjeux aient surgi depuis.

REMERCIEMENTS

Cette étude n'aurait pas été possible sans la confiance et le temps des responsables des services de SAD de CLSC et des responsables d'agences privées de soins qui ont accepté de collaborer à ce projet. Nous les en remercions sans pouvoir les nommer afin de conserver l'anonymat des établissements et des agences concernés.

Nos remerciements s'adressent aussi à Denise Granger, directrice du Programme Organisation du travail de l'IRSST, pour son soutien, ainsi qu'à Lucie Madden pour le travail de secrétariat.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	i
AVERTISSEMENT.....	iii
REMERCIEMENTS.....	v
TABLE DES MATIÈRES	vii
INTRODUCTION	1
I - LE RECOURS AUX AGENCES PRIVÉES D'AIDE À DOMICILE ET DE SOINS INFIRMIERS : LE POINT DE VUE DES RESPONSABLES DES SERVICES DE SAD	5
1. LE RECOURS AUX AGENCES PRIVÉES D'AIDE À DOMICILE PAR LES SERVICES DE SAD	7
1.1 L'historique du recours aux agences privées d'aide à domicile	8
1.1.1 L'origine du recours aux agences privées.....	8
1.1.2 Les raisons du recours aux agences privées.....	8
1.2 Des stratégies différentes de recours aux agences privées d'aide à domicile.....	10
1.2.1 Une première stratégie: le recours aux agences privées est réservé aux bénéficiaires du POSILTPH (CLSC1).....	10
1.2.2 Une seconde stratégie: compléter les horaires du personnel régulier	12
1.2.3 Des stratégies relationnelles différentes : le nombre d'agences utilisées	13
1.3 Le travail confié aux agences d'aide à domicile.....	14
1.3.1 Le volume des services	14
1.3.2 Le type d'emploi du temps: des heures brisées	15
1.4 L'évaluation des agences d'aide à domicile qu'utilisent les CLSC.....	15
1.4.1 Les évaluations négatives	15
1.4.2 Les évaluations positives	19
1.5 L'allocation directe (le chèque emploi-service)	21
2. LES CONSÉQUENCES DU RECOURS AUX AGENCES PRIVÉES D'AIDE À DOMICILE SUR LES SERVICES DE SAD.....	23
2.1 La transmission des informations du CLSC à l'agence privée d'aide à domicile.....	24
2.2 Le suivi.....	25
2.2.1 Les contacts entre les employées d'agence et les employées de CLSC	25
2.2.2 Le rôle de l'agence	26
2.2.3 Le rôle des bénéficiaires et de leur famille	27
2.3 Les suites d'une évaluation négative et les mécanismes de gestion des plaintes	27
2.3.1 La procédure en cas de plaintes	27

2.3.2	Les types de plaintes	28
2.3.3	Les réactions des services de SAD face aux plaintes	28
2.4	Les situations de désistement.....	30
2.5	La question de la responsabilité du CLSC.....	30
2.5.1	Les multiples responsabilités du CLSC	31
2.5.2	Avec le CLSC : la garantie de l'expertise	32
2.6	Synthèse	33
2.6.1	Des caractéristiques communes du recours aux agences d'aide à domicile par les CLSC	33
2.6.2	Des perceptions et des choix stratégiques différents	34
3.	LES CONSÉQUENCES DU RECOURS AUX AGENCES PRIVÉES DE SOINS INFIRMIERS SUR LES SERVICES DE SAD.....	37
3.1	Les caractéristiques du recours aux agences privées de soins infirmiers	38
3.1.1	Les raisons du recours aux agences privées: le virage ambulatoire et la pénurie d'infirmières	38
3.1.2	La clientèle confiée aux agences de soins.....	38
3.2	Le nombre d'agences.....	39
3.3	Les conditions de travail des infirmières d'agence.....	40
3.4	L'évaluation par les CLSC des agences privées de soins infirmiers	40
3.4.1	Une formation reconnue et des compétences en maintien à domicile	40
3.4.2	Des bonnes conditions de travail pour un meilleur service	41
3.4.3	Les critiques des CLSC à l'égard des infirmières d'agence.....	41
3.5	La transmission des informations aux employées d'agence.....	42
3.6	Le suivi.....	43
3.7	L'évaluation de la qualité des soins.....	43
3.8	Synthèse	43
II -	LE POINT DE VUE DES RESPONSABLES D'AGENCES PRIVÉES	45
4.	LES RAPPORTS DES AGENCES PRIVÉES D'AIDE À DOMICILE AVEC LEUR PERSONNEL.....	47
4.1	L'offre de services	48
4.1.1	Des agences mixtes ou spécialisées en aide à domicile	48
4.1.2	La clientèle et les territoires desservis	48
4.2	La gestion du personnel	49
4.2.1	Expériences professionnelles et embauche	49
4.2.2	Les conditions de travail	51
4.3	Les caractéristiques du personnel	52
4.3.1	Des parcours professionnels variés	52
4.3.2	L'ancienneté des employées d'agence	54
4.4	La santé et sécurité au travail.....	55
5.	LES RAPPORTS ENTRE LES AGENCES PRIVÉES D'AIDE À DOMICILE ET LES SERVICES DE SAD	57
5.1	La gestion des demandes de service	58
5.1.1	La transmission de l'information aux employées	58

5.1.2	Les critères de répartition des employées	58
5.1.3	Le suivi des cas : procédures et difficultés	60
5.1.4	Les désistements	61
5.1.5	La gestion des plaintes : le rôle de l'agence	62
5.2	Les ententes entre les agences et les CLSC	64
5.2.1	Des ententes contractuelles rares et unilatérales	64
5.2.2	Des attentes implicites au sujet des actes délégués.....	65
5.3	Des caractéristiques communes	68
5.4	Des caractéristiques spécifiques et des orientations différentes	69
6.	LES RAPPORTS DES AGENCES PRIVÉES DE SOINS INFIRMIERS AVEC LEUR PERSONNEL	71
6.1	L'offre de services	73
6.1.1	Des agences mixtes ou spécialisées en soins infirmiers	73
6.1.2	La clientèle.....	73
6.2	La gestion du personnel	74
6.2.1	Formation, compétence et embauche.....	74
6.2.2	Les conditions de travail des infirmières d'agence	77
6.3	Les caractéristiques des infirmières employées par les agences.....	79
6.3.1	L'expérience professionnelle	79
6.4	La santé et sécurité au travail.....	80
7.	LES RAPPORTS ENTRE LES AGENCES PRIVÉES DE SOINS INFIRMIERS ET LES SERVICES DE SAD	81
7.1	La gestion des demandes de service	82
7.1.1	La transmission de l'information aux employées	82
7.1.2	Les critères de répartition des infirmières.....	82
7.1.3	Le suivi des cas : procédures et difficultés	83
7.1.4	Les désistements	84
7.1.5	La gestion des plaintes : le rôle de l'agence	85
7.2	Contrats et ententes	86
7.2.1	La rareté des contrats	86
7.2.2	Le recrutement des infirmières d'agence par les CLSC	87
7.3	Les rapports différenciés des agences avec les CLSC	88
III -	SYNTHÈSE ET CONCLUSION	91
8.	SYNTHÈSE ET CONCLUSION	92
8.1	Synthèse	92
8.1.1	Les agences d'aide à domicile du point de vue des CLSC : les points communs	92
8.1.2	Les agences d'aide à domicile du point de vue des CLSC : les différences entre CLSC.....	94
8.1.3	Les agences de soins infirmiers du point de vue des CLSC : les points communs	95
8.1.4	Les agences de soins infirmiers du point de vue des CLSC : les différences entre CLSC.....	96

8.1.5	Les rapports des agences d'aide à domicile avec leur personnel et avec les CLSC, du point de vue des agences : les points communs	97
8.1.6	Les rapports des agences d'aide à domicile avec leur personnel et avec les CLSC, du point de vue des agences : les différences entre agences	98
8.1.7	Les rapports des agences de soins infirmiers avec leur personnel et avec les CLSC, du point de vue des agences : points communs et différences.....	99
8.2	Conclusion	101
8.2.1	Le cercle vicieux du manque de financement.....	101
8.2.2	Certains enjeux majeurs de l'essor du recours aux agences privées de soins par les CLSC.....	102
	OUVRAGES CITÉS.....	107
	IV – ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE	109
1.	MÉTHODOLOGIE.....	111
1.1	L'échantillon	111
1.2	Les informatrices-clés	111
1.3	Le statut du discours	114
1.4	Les thèmes abordés en entrevue	115
2.	LES GRILLES D'ENTREVUE.....	117
2.1	Pour les responsables des services de SAD de CLSC	117
2.2	Pour les responsables des agences privées.....	124
3.	DESCRIPTION DES TÂCHES	129
3.1	Description des tâches des auxiliaires familiales et sociales aux services de soutien à domicile des CLSC.....	129
3.2	Description des tâches des infirmières aux services de soutien à domicile des CLSC	129

INTRODUCTION

Le contexte

Une recherche exploratoire récente sur la santé, la sécurité et l'organisation du travail, dans les emplois de soins à domicile auprès des infirmières et des auxiliaires familiales et sociales, a fait clairement ressortir l'ampleur du recours aux agences privées par les CLSC afin de pouvoir répondre à la demande de soins (Cloutier, David, Prévost, Teiger, 1998). La nécessité de prendre en compte la réalité des agences privées de soins (AP) s'est imposée : 65 % des soins dispensés en 1996-1997 au service de soutien à domicile (SAD) du CLSC à l'étude étaient confiés à des agences; une augmentation de 300 % en trois ans.

La coexistence des services de soutien à domicile publics et des agences privées (AP) ne date pas d'hier. Ainsi, rappelant la naissance du réseau des CLSC en 1976-77, Fernand Mucci, gestionnaire qui a occupé diverses fonctions dans le réseau de la santé et des services sociaux, précisait lors d'une conférence en 1986, que les CLSC ont été « *reconnus comme le lieu privilégié pour mettre en œuvre les programmes nécessaires au soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie* ». En 1979, le ministère de la Santé émettait une politique de services de soins à domicile qui confirmait leur rôle dans le secteur des soins à domicile. Les normes n'ont pas été atteintes à cause du sous-financement du réseau des CLSC et du retard énorme dans le développement des ressources requises pour le soutien à domicile. C'est pourquoi, à son avis, les agences privées ont pu se tailler une place aussi importante.

Mucci faisait déjà part des difficultés auxquelles étaient confrontés les services de SAD des CLSC de régions très urbanisées qui ne pouvaient éviter le recours aux agences privées, faute de ressources suffisantes. La liste des difficultés qu'il énumérait alors est très semblable à celle dont les responsables des services de SAD nous ont fait part au cours de cette étude, 14 ans plus tard. Il s'agit notamment du fait de n'avoir aucun droit de gérance sur le personnel, aucune influence sur le recrutement du personnel, et sur la définition des exigences minimales de la tâche, ni sur l'encadrement donné au personnel et ses besoins de formation. Il est également difficile d'obtenir toutes les informations nécessaires au suivi. De plus, le roulement du personnel rend difficile toute tentative d'associer le personnel d'agence à l'équipe de SAD du CLSC. L'objectif de soutien ou de retour à l'autonomie, que préconise le CLSC, risque aussi souvent d'être battu en brèche par la nécessité, pour les employées d'agence, d'avoir du travail. Mucci propose d'identifier et de mettre en application des moyens de contourner les difficultés car, à son avis, les CLSC n'ont pas le choix et devront cohabiter à court terme avec les agences privées. Ses prévisions sont maintenant avérées.

Nahmiash et Reis ont réalisé en 1992 une des seules recherches, sinon la seule, sur les services privés de soins à domicile au Canada. Bien qu'elle date d'une décennie, la réalité qu'elle documente ne semble pas avoir beaucoup changé et conforte les propos de Mucci. Quatre études de cas, ainsi qu'un questionnaire postal auprès d'une centaine d'agences privées confirment le diagnostic initial formulé par des informatrices-clés. Le contrôle de la qualité s'avère être l'enjeu central à leurs yeux vu les nombreuses lacunes qu'engendre la situation actuelle au plan de la définition des rôles et responsabilités, des mécanismes d'imputabilité, de la réglementation, de la surveillance du personnel et de la formation. Parmi les facteurs contribuant à une meilleure qualité des soins, les auteures soulignent en particulier : des modalités de gestion participative,

des modalités de contrôle de qualité souples, une capacité de réponse rapide à la demande, des heures de service continues, l'importance de la formation, un faible taux de roulement de la main-d'œuvre, des mécanismes de plaintes accessibles à la clientèle. Elles concluent à l'importance de trois ordres de préoccupation : l'amélioration des modalités de contrôle de qualité et des normes, l'amélioration des services par des évaluations et des programmes qui mettent l'accent sur les besoins des clients et de leurs familles, ainsi que la réalisation d'un plus grand nombre de recherches et d'évaluations des résultats.

Quelques analyses récentes sur des aspects spécifiques du système de santé au Québec ou au Canada, bien que ne portant pas directement sur le recours aux agences privées, émettent néanmoins certains diagnostics qui permettent de mieux ancrer la question du recours aux agences privées dans le contexte actuel. Ainsi, traitant de la place et du rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins au Québec, Contandriopoulos et coll. (2000) estiment que la pression induite sur les ressources se poursuit actuellement sans renouveau significatif des modes d'organisation et d'allocation des ressources. Il s'agit là d'enjeux pourtant cruciaux au niveau mésoscopique, seul niveau où la privatisation pourrait être utile à condition que soient résolues en amont les questions politiques de la gouvernance et du financement et que soient protégées les libertés professionnelles des cliniciens. Cela crée, à leur avis, une situation qui ne permet pas d'évaluer si les ressources investies sont suffisantes. Or cette question est particulièrement déterminante pour les CLSC dans la mesure où encore aujourd'hui, l'organisation des services de première ligne est déficiente.

Le Conseil de la santé et du bien-être du Québec (Auger et coll., 2001), quant à lui, s'inquiète de l'évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux, rappelant la croissance de l'écart du financement public entre différents secteurs du réseau de la santé, au profit des hôpitaux, des médecins et des médicaments. Il recommande donc que l'État balise l'accès aux services de base par des normes nationales et que les services à domicile jouissent d'une attention particulière proportionnelle à leur importance croissante. Selon lui, deux des trois fonctions qui fondent ces services, à savoir la substitution à l'hospitalisation et à l'hébergement, devraient être entièrement financées par les fonds publics. Le soutien dit « préventif » pourrait en revanche obtenir un financement plus limité.

L'étude descriptive présentée dans ces pages brosse un portrait du recours aux agences privées d'aide à domicile et de soins infirmiers (AP) par les services de SAD d'une région très urbanisée du Québec¹. La cueillette des données a été réalisée au début de 2000 et la rédaction du rapport s'est terminée à l'automne 2002. Elle est la première de ce type au Québec car, outre l'ouvrage de Namiash et Reis (1992), aucune autre description ou analyse du recours aux agences privées, même partielle, n'existe.

Ce rapport de recherche est constitué d'une description du recours aux AP par les services de SAD et de son fonctionnement, des caractéristiques des AP auxquelles ont plus volontiers recours ces services de SAD ainsi que de la prise en charge de la santé et de la sécurité du travail du personnel dans les AP. À la différence des travaux antérieurs sur la question, cette étude postule que l'interface entre les services publics, « donneurs d'ouvrage », et les agences privées

¹ Dans ce rapport, l'expression « les CLSC » est souvent utilisée pour désigner les services de SAD de ces établissements afin d'alléger le texte.

qui l'exécutent, constitue un élément central de la question. Cet interface a donc été au cœur de l'élaboration du processus de cueillette des données et de leur mise en forme : les points de vue exprimés sont, tour à tour, ceux des responsables de services de SAD de CLSC et d'agences privées, considérées comme des informatrices-clés². Par ailleurs, les agences d'aide à domicile et celles de soins infirmiers sont traitées de manière distincte parce que leur fonctionnement et leurs rapports avec les CLSC renvoient à des problématiques très différentes. Une synthèse des principaux résultats y fait suite. La conclusion dégage les principaux enjeux mis au jour par cette enquête, à partir desquels on ne peut évidemment généraliser, faute d'un nombre suffisant d'études de cas dans des régions diversifiées. Les considérations méthodologiques se retrouvent en annexe.

Les objectifs

Les objectifs de cette étude descriptive étaient avant tout d'offrir une description de l'état de la situation aux responsables du service de SAD, de la SST et aux directions de chacun des quatre CLSC sélectionnés, au service de santé et sécurité au travail (SST) du territoire, ainsi qu'au service de SST de la santé publique et à la direction des programmes de la régie de la région où s'est déroulée cette étude. Ce rapport de recherche rend aussi cette description disponible à l'ensemble du réseau de la santé ainsi qu'aux membres de la communauté scientifique intéressés par la question.

Par ailleurs, l'information colligée et l'analyse descriptive réalisée visaient également à intégrer de façon plus poussée la question du recours aux AP par les services de SAD des CLSC à un nouveau projet de recherche sur l'organisation du travail dans les services de SAD de quatre CLSC qui approfondit la problématique de la recherche de 1998. Ce projet est en cours depuis janvier 2002. La documentation de cette réalité sur un territoire particulier devait aussi contribuer à l'élaboration d'un projet de recherche sur les conditions de santé et de sécurité du personnel des agences privées sur la base d'une connaissance minimale du terrain; le devis de ce projet a été déposé pour financement à l'automne 2003. Il s'agit là d'objectifs propres à une programmation de recherche de type « ancré » (*grounded theory*) qui privilégie le point de vue des acteurs et met l'accent sur l'action et les situations problématiques. À mesure que les projets compris dans cette programmation se réalisent, les comparaisons se raffinent et la densité du matériel et des analyses s'accroît (Strauss, 1987).

Les objectifs du présent rapport étaient néanmoins fort modestes et limités à court terme, compte tenu du nombre croissant d'organismes et de personnes à statuts différents qui offrent une vaste gamme de services à domicile (salariés du CLSC qui travaillent sur appel, agences privées et leurs personnels, entreprises d'économie sociale, employés directs des bénéficiaires par le biais du programme d'allocation directe) et de la complexité croissante de leurs rapports avec les CLSC, leurs services de SAD ainsi qu'avec les bénéficiaires et leurs proches. Ce rapport documente toutefois une partie importante de cette réalité complexe et méconnue. Ce recours est devenu incontournable pour les CLSC à cause de la pénurie de ressources, mais il génère de nouveaux problèmes dont plusieurs sont rarement pris en compte. On pourra donc prendre connaissance, au cours de ces pages, des deux versants de cette réalité.

² La très grande majorité de ces responsables étant des femmes, le féminin sera employé pour les désigner collectivement et individuellement afin de conserver l'anonymat du seul directeur d'agence de sexe masculin.

I - LE RECOURS AUX AGENCES PRIVÉES D'AIDE À DOMICILE ET DE SOINS INFIRMIERS : LE POINT DE VUE DES RESPONSABLES DES SERVICES DE SAD

1. LE RECOURS AUX AGENCES PRIVÉES D'AIDE À DOMICILE PAR LES SERVICES DE SAD

Faits saillants

Les modalités variables du recours aux agences privées d'aide à domicile

- Les CLSC ont eu de plus en plus recours aux agences avec le virage ambulatoire: l'augmentation de la demande de services a occasionné un manque de personnel.
- Le recours aux agences privées constitue une forme d'économie.
- Certains CLSC ne recourent aux agences que pour une clientèle du POSILTPH alors que d'autres y font appel en dehors des heures de travail régulières des auxiliaires de CLSC.
- Certains CLSC travaillent avec plusieurs agences tandis que d'autres ne travaillent qu'avec une seule.
- Les CLSC peuvent confier aux agences l'équivalent en temps de 10 à 30 salariées temps complet.
- Les services demandés correspondent à des heures brisées.
- Les agences ne sont pas perçues de façon positive par la plupart des CLSC à cause du manque de qualification de leur personnel et de leurs problèmes d'organisation.
- Un seul CLSC, bien qu'en accord avec ces aspects négatifs, est néanmoins satisfait du travail de l'agence avec laquelle il travaille.
- Tous les CLSC utilisent le chèque emploi-service mais dans une faible proportion par rapport au recours aux agences.

1.1 L'historique du recours aux agences privées d'aide à domicile

1.1.1 L'origine du recours aux agences privées

Tel qu'on le connaît aujourd'hui, le recours aux agences privées pour l'aide à domicile remonte à environ une quinzaine d'années. Avant cela, peu de services étaient donnés à domicile:

(Avant cela), il n'y avait pas de services. Les gens restaient en institution ou à la maison mais il n'y avait pas vraiment de services à part des services ordinaires de soutien de trois à cinq heures par semaine mais c'était tout. (CLSC4)

1.1.2 Les raisons du recours aux agences privées

Le virage ambulatoire: l'augmentation de la demande d'auxiliaires pour le SAD

Les CLSC ont recours aux agences pour l'aide à domicile depuis dix ou quinze ans³ (CLSC1 et 4). Ce recours s'est intensifié avec les transformations récentes du système de santé: en encourageant le soutien à domicile, le virage ambulatoire a fait monter en flèche la demande de personnel aidant:

(L'histoire du recours aux agences) va avec l'évolution vers de nouvelles clientèles, des clientèles en plus grand besoin, en plus grande situation d'incapacité qui sont à domicile (CLSC4).

Bien que les CLSC aient souvent embauché du personnel pour répondre à la demande, leurs effectifs restent généralement insuffisants :

On a eu recours aux agences privées car on n'avait pas suffisamment d'auxiliaires familiales au CLSC. Et c'est encore pour cette raison [qu'on y a recours] (CLSC3).

Les contraintes budgétaires

L'embauche de nouvelles auxiliaires familiales et sociales (AFS) n'est pas toujours possible pour pallier le manque de personnel, car les responsables des services de SAD disposent d'un budget aléatoire. Les sommes consacrées à l'embauche n'étant pas toujours récurrentes, il devient difficile d'ouvrir des postes permanents, situation qui impose dans un premier temps le recours à la liste de rappel, puis finalement le recours aux agences privées:

(On travaille avec) des budgets non récurrents: on sait pas si d'une année à l'autre on va les avoir donc c'est difficile d'ouvrir des postes (...). Depuis les deux dernières années c'est comme ça. Présentement, on fait travailler nos listes de rappel (CLSC3).

³ Ce nombre d'années approximatif n'a été mentionné que par deux responsables de programmes de SAD car les autres, en poste depuis peu, ne le savaient pas.

Le manque de budget: les agences privées, une solution d'économie

Les responsables du SAD font ressortir l'importance des contraintes budgétaires: elles n'ont pas assez de ressources pour rémunérer davantage d'AFS du CLSC. L'achat de services aux agences revient moins cher :

Le recours aux agences privées a augmenté. Depuis le virage ambulatoire, il y a beaucoup plus de demandes (et bien qu'on ait) beaucoup plus de personnel (...), le budget n'est pas assez élevé pour utiliser les auxiliaires du CLSC (CLSC3).

L'apparition du programme POSILTPH

En plus du fait que le personnel d'agence représente une main-d'œuvre meilleur marché que celle du CLSC, une autre explication de la hausse du recours aux agences est l'apparition du programme POSILTPH⁴ :

Originellement, c'est vraiment la mise en place du programme POSILTPH (qui a entraîné un recours aux agences plus intensif). (Ce) programme subventionnait (les services) à un tarif inférieur (à celui de nos) AFS. À l'époque, c'était 9, 25\$/h. alors qu'une auxiliaire coûtait environ 12\$/h. On n'avait donc pas le choix à moins d'assumer un déficit de presque 3\$/h. Et maintenant, on défraie 10,25\$ et une auxiliaire familiale coûte autour de 16\$. On a toujours un manque à gagner qui (fait qu') on a pas vraiment un grand grand choix pour le recours (CLSC4).

La pénurie d'auxiliaires «parfaites»

Outre le fait que les budgets ne permettent pas toujours d'envoyer les AFS du CLSC à domicile, il arrive parfois qu'il soit difficile d'embaucher des recrues correspondant aux critères des CLSC. Ceux-ci demandent une formation d'auxiliaire, en plus de l'expérience, ce qui n'est pas toujours facile à trouver. Au lieu d'embaucher à la va-vite, les responsables retardent le recrutement d'employées régulières en compensant leurs besoins en personnel par le recours aux agences. Il s'agit, dans ce cas, d'une sorte de compromis:

(...) C'est qu'on a un critère de formation, on demande (aux employées) d'avoir un diplôme d'auxiliaire familiale et sociale. Alors ici comme philosophie, quand on embauche, on veut avoir quelqu'un qui correspond à ces critères-là plutôt que d'embaucher et de se retrouver avec des personnes qui ne conviennent pas. Ce qui fait que parfois la conséquence c'est qu'on est obligé d'aller en agence puis on n'aura pas forcément du meilleur personnel (rire). Mais on se dit qu'au fil du temps on devrait pouvoir récupérer pour une partie (CLSC4).

⁴ Programme d'Organisation de services de soins intensifs long terme aux personnes handicapées.

1.2 Des stratégies différentes de recours aux agences privées d'aide à domicile⁵

Les CLSC n'ont pas tous les mêmes stratégies de recours aux agences privées : certaines sont en rapport avec le type de clientèle, d'autres avec les horaires des employées de CLSC.

1.2.1 Une première stratégie: le recours aux agences privées est réservé aux bénéficiaires du POSILTPH (CLSC1)

Dans certains CLSC, les personnes confiées aux agences privées d'aide à domicile constituent une clientèle spécifique, âgée de moins de 65 ans et handicapée physiquement. Elles sont bénéficiaires du programme POSILTPH.

Le programme POSILTPH: un budget non applicable aux auxiliaires de CLSC

Le programme POSILTPH, c'est comme une enveloppe protégée qui est pour les personnes handicapées. L'enveloppe, le tarif horaire, actuellement pour financer les services à la clientèle avec déficience physique, le tarif horaire c'est 10,25 \$. (...) Au niveau de l'aide à domicile actuellement, on n'a pas ou peu de dossiers où on a recours aux agences dans le contexte de clientèle en perte d'autonomie. C'est exclusivement pour les clientèles dans le programme POSILTPH. Nous, c'est vraiment un choix qu'on a fait (CLSC1).

L'évolution du recours aux agences privées s'est fait en plusieurs étapes. Au départ, les cas confiés aux agences n'étaient pas forcément les seuls cas du POSILTPH, mais également les cas de SAD réguliers. Ils leur étaient confiés les soirs et fins de semaines alors que les employées de CLSC travaillaient la journée de 8 heures à 16 heures. Le recours aux agences était donc complémentaire aux heures de travail du personnel des CLSC. Par la suite, les heures d'ouverture n'ont plus compté : les bénéficiaires pouvaient être desservis par les employées des CLSC en dehors même des heures d'ouverture régulières. De cette façon, le CLSC répondait à plusieurs exigences : de meilleures conditions de travail pour leurs employées et une façon plus adéquate d'offrir les services aux personnes âgées. Les heures confiées aux agences n'étaient donc plus en fonction des heures d'ouverture mais en fonction de l'apparition du programme POSILTPH. Le SAD régulier restait entre les mains des employées de CLSC, et la clientèle POSILTPH était désormais confiée aux agences.

Notre personnel travaillait du lundi au vendredi de 8 à 4 heures, alors si j'avais besoin d'un auxiliaire le soir ou les fins de semaine alors là j'allais dans les agences. Depuis 3 ans et demi, on a tout rapatrié ça avec le personnel du CLSC. Là c'était pas une raison d'économie. C'était une raison de conditions de travail pour les AFS. Depuis 3 ans et demi, ça, ça été rétabli. On répond, je pense, de façon plus judicieuse aux besoins des personnes âgées. Donc, les heures qui étaient dans le passé données à des agences, maintenant sont rapatriées auprès

⁵ Pour un tableau synthétique des caractéristiques des agences à l'étude, voir à la page 113 de l'annexe méthodologique.

de notre personnel. Donc il n'y en a plus actuellement dans le SAD régulier on n'a plus d'agence, seulement pour les cas POSILTPH (CLSC1).

Les cas autres que ceux du POSITLPH sont donc rarement confiés aux agences car les CLSC ont connu une vague d'embauche importante qui leur a permis de répondre adéquatement aux besoins de services dans le SAD régulier. Ce n'est que dans un contexte exceptionnel de débordement qu'il est nécessaire d'avoir recours aux agences. Seul le CLSC4 explique qu'il lui faudrait sept à huit AFS de plus pour réserver les agences aux seuls cas du POSILTPH.

Les cas du POSILTPH aux agences: un compromis entre gestion des services et gestion des budgets

Pour les CLSC qui limitent le recours aux agences aux cas du POSILTPH, on note que ce recours s'est intensifié avec l'apparition de ce programme à cause des questions de financement qui y sont liées. Le recours aux agences s'inscrit donc dans une stratégie de gestion des budgets très précise et très serrée :

Alors ce que je vous dirais spontanément, je fais un grand détour, mais c'est une question de sous, c'est une question de financement. Si je mets du personnel du CLSC pour donner des services à des personnes en perte d'autonomie, dû à un traumatisme xyz, dû à un handicap de naissance, alors à ce moment-là, ça me coûte beaucoup plus cher avec le personnel du CLSC, alors que si j'y vais avec les agences ça me coûte bien moins cher. Alors ça nous permet de donner, de saupoudrer, d'en donner à plus de monde (CLSC1).

Avoir recours aux agences est un choix d'économie qui permet de desservir plus de monde tout en respectant les contraintes budgétaires.

On a l'équivalent de 25 temps complets, de postes équivalents temps-complet, qui sont donnés actuellement. Et s'il fallait donner ça au personnel du CLSC, on aurait 8\$ (l'heure) en déficit. Donc à la fin de la semaine, 35 heures x 25... Vous vous imaginez ce que ça ferait à la fin de l'année (CLSC1).

On n'est pas capable d'employer nos auxiliaires familiales à ce salaire-là, c'est bien sûr qu'idéalement si on était capable d'avoir un meilleur budget on emploierait strictement notre personnel, pour avoir un meilleur contrôle sur la qualité des services. En dehors des cas POSILTPH, on a très peu recours aux agences, en ce qui concerne les auxiliaires familiales. (CLSC2)

Des problèmes d'éthique et des paradoxes

Cette division de la clientèle entre les cas du POSILTPH et les autres ne se fait pas sans tiraillements chez les responsables: c'est bien souvent à contre-cœur qu'elles établissent cette distinction entre clientèles car cela soulève des questions éthiques paradoxales.

Une clientèle de seconde classe

Pour l'une des responsables de programme cette division, nécessaire en raison des contraintes budgétaires, fait des clients du POSILTPH une clientèle de seconde classe en ce qu'elle est désignée pour recevoir des services moins professionnels. Malgré le fait qu'elle trouve cela inacceptable, elle estime ne pas avoir d'autre choix que de fonctionner ainsi:

Les gens ont droit à un service de qualité. Pourquoi un usager qui n'est pas dans le POSILTPH, qui n'est pas handicapé, lui a droit un service de première qualité avec du personnel de CLSC qui gagne 13 ou 14 \$ de l'heure qui est motivé et, (...) parce qu'il est handicapé, a droit à avoir un service de basse classe. En tout cas je trouve ça moi, inacceptable. (...) Donc moi ce que j'espère c'est que le ministère puisse nous remettre un budget pour traiter ces gens-là comme notre clientèle régulière du SAD. Parce que là, on a deux catégories de gens. (...) C'est malheureux mais nos handicapés, on doit les traiter avec du personnel d'agence qui gagne à peu près 7\$ de l'heure (CLSC2).

Des besoins complexes mais un personnel non qualifié

Pour une autre responsable de programme, la situation est d'autant plus contradictoire que les clients du POSILTPH sont par définition des cas lourds et qu'ils sont confiés à des employés reconnus comme étant peu qualifiés:

Aussi, il y a que pour le programme POSILTPH, ce sont des services en grande quantité, des gens qui reçoivent plusieurs heures par semaine mais qui sont aussi en grande perte d'autonomie pour la majorité. Il y a une certaine incongruence: on fait appel à des agences pour des services qui sont et intensifs et complexes pour la majorité du temps (CLSC4).

1.2.2 Une seconde stratégie: compléter les horaires du personnel régulier

L'autre stratégie de recours aux agences est fonction des horaires du personnel régulier du service de SAD. Ainsi, le CLSC3, au lieu de ne faire appel aux agences que pour les cas du POSITLPH, y fait appel pour prolonger les horaires des AFS du service.

Ce qui est différent c'est (que dans d'autres CLSC) par exemple ils donnent tous les POSILTPH (aux agences). Tous les SAD et les SIMAD⁶, ils les gardent pour eux autres (ceux qui reçoivent plus de 5 heures et demi par semaine), le SAD, (ceux qui reçoivent moins de 4 heures et demi) et POSILTPH ceux qui ont moins de 60 ou 55 ans, et en principe on va retrouver plus d'handicapés. Le CLSC3 utilise les AP pour plusieurs clientèles (CLSC3).

⁶ Soins intensifs de maintien à domicile.

Des compromis entre la gestion des budgets et les horaires des AFS

Pour confier des services aux agences privées, ce CLSC ne choisit pas de clientèle en particulier. Tout type de clientèle est susceptible d'être desservi par les agences. Les principales raisons qui motivent son recours aux agences se rapportent au respect des horaires de ses employées.

Nos horaires ici en général pour les auxiliaires, c'est entre 8 heures et 4 heures 30 et 1 heure 30 pour le dîner. Et à ce moment-là, lorsqu'il y a des services qui sont demandés avant ou après, à ce moment-là, on peut pas pour le moment. On a deux auxiliaires qui travaillent le soir jusqu'à 10 heures, mais à ce moment-là, on fait appel aux agences (CLSC3).

Dans la gestion, je constate qu'il y a une rareté au niveau des auxiliaires familiales. Si on donne pas un nombre d'heures à celles qui sont sur nos listes de rappel, on ne les garde pas, alors c'est les agences privées qui viennent dépanner parce qu'on peut pas prévoir qu'il va y en avoir une de malade, puis zéro la semaine d'après. Alors voyez, là, il y a un facteur de gestion qui fait qu'on utilise les agences. Sur les listes de rappel on les garde pas les auxiliaires, il y a une rareté présentement (CLSC3).

Les agences privées représentent donc une solution pratique à la pénurie d'employés du CLSC, car il n'y a pas à leur assurer un nombre d'heures minimal pour être certain de les conserver. Le recours aux agences constitue une marge de manoeuvre supplémentaire pour le CLSC.

1.2.3 Des stratégies relationnelles différentes : le nombre d'agences utilisées

Les services de SAD ne travaillent pas tous avec le même nombre d'agences. Certains CLSC préfèrent faire affaire avec un plus grand nombre d'agences pour être certains de trouver une réponse à leur demande de service. D'autres favorisent plutôt une relation de partenariat avec une agence en particulier.

Le travail avec plusieurs agences

Les CLSC1 et 4 travaillent avec plusieurs agences (environ huit agences). De cette façon, ils visent à s'assurer un plus grand bassin d'employées potentielles qui pourront venir donner les services au moment voulu.

La problématique c'est quand arrive le temps d'avoir une nouvelle demande, (les agences) ont aussi beaucoup de difficulté à recruter du personnel. Des fois, on peut attendre une semaine, deux semaines avant d'avoir quelqu'un (CLSC1).

Les CLSC et autres clients potentiels sont en concurrence face aux agences qui ont, elles aussi, leurs problèmes de recrutement:

En ce moment, les agences ont le monopole (...). Elles manquent de personnel donc elles choisissent les clientèles. Elles ne peuvent pas répondre, elles nous

mettent en attente, elles font pas d'efforts, même les clients POSILTPH, ils attendent des semaines et des semaines (CLSC1).

S'en remettre totalement à une seule agence comporte donc des risques que certains CLSC ne sont pas prêts à prendre. Après avoir fait un appel d'offre dans le but de sélectionner une seule agence qui aurait rendu les services, ils ont néanmoins longuement hésité à abandonner les autres:

On a travaillé sur le projet d'appel d'offre pendant deux ans. Finalement, on a retenu une agence. Mais si on donne tous nos services d'aide à une agence, on va faire mourir toutes les autres agences. Et cette agence-là, est-ce qu'elle va être capable de livrer la marchandise? On va en faire mourir d'autres et elle, on n'a pas la garantie qu'elle va livrer la marchandise. C'est un problème qui est réel, qui est majeur mais auquel on n'a pas beaucoup de solutions sauf y aller de bonne foi et essayer de trouver les meilleures façons d'entretenir les meilleurs liens avec les agences et de penser que tu vas passer en priorité si le vendredi 24 décembre, il y a une affluence de demandes qui se présentent (CLSC1).

Le travail avec une seule agence

D'autres CLSC développent une relation plus spécifique avec une seule agence. Ces services de SAD préfèrent travailler en étroite collaboration avec une ou deux agences plutôt que d'en avoir plusieurs à leur disposition, notamment à cause des difficultés de gestion que cela implique (CLSC2) ou parce que cela permet de développer une relation privilégiée avec l'agence (CLSC3). Le service de SAD ne recourt alors à d'autres agences qu'en cas de problèmes. Certains services de SAD peuvent aller jusqu'à garantir l'exclusivité de leurs services à une agence (CLSC2). Il n'y a pas pour autant de garantie d'heures de service de la part du CLSC.

On fait affaire avec 3-4 agences, et une en particulier pour avoir un meilleur suivi. Les deux autres...c'est parce que nous, on a souvent du ponctuel; il y en a qui chargent une heure, d'autres qui, pour une demi-heure, chargent une heure et demie juste pour superviser. On engage une plus que l'autre par rapport à la qualité de leur personnel. On préfère l'agence régulière (CLSC3).

1.3 Le travail confié aux agences d'aide à domicile

1.3.1 Le volume des services

Les CLSC confient une grande part de leurs services aux agences. Au CLSC1, par exemple, l'équivalent de 25 employées à temps complet travaillent pour le SAD (entre 800 et 900 heures par semaine). Mais c'est environ trois fois plus d'employées (environ 75) qui combleront le total de ces heures.

Ça va au moins aux alentours de 25, au moins 25 personnes qui travaillent (à l'année). Sur 25, ça roule là, on en passe peut-être 75 dans l'année (CLSC1).

Pour le CLSC2, on parle d'une quarantaine de cas confiés aux agences, soit près de 400 heures de services par semaine. En tout, une quarantaine de personnes s'occuperaient des cas du POSILTPH, l'équivalent d'une dizaine de temps complets. Dans le cas du CLSC3, les services confiés aux agences représentent l'équivalent de 20 temps complets. Les chefs d'équipe précisent qu'en salaire cela représente de 20 000 \$ à 25 000 \$ par employée par an (alors que les AFS de CLSC coûtent 30 000\$ par an). Pour le CLSC4, 60 000 heures sont confiées aux agences par année : 750 heures par semaine pour les POSILTPH (21 équivalents temps complets), 300 heures par semaine en soutien ordinaire (huit équivalents temps complet).

1.3.2 Le type d'emploi du temps: des heures brisées

Bien que les heures soient calculées en équivalent temps complet, on est loin d'horaires continus ou de temps complets classiques, de huit heures à 16 heures. Au contraire, les employées d'agence peuvent n'être appelées que pour quelques heures :

C'est l'équivalent de 25 temps complets donc ça peut représenter 70 personnes. Parce que les services c'est deux heures le matin, deux heures le soir, sept jours/semaine ou des fois, c'est une heure et demie le matin, une heure et demie l'après-midi, c'est des petits bouts de service. Parce que les 25 équivalents temps complets c'est pour à peu près 45 usagers, et il y a plusieurs personnes qui vont dans les dossiers parce que c'est comme une fin de semaine sur deux. Donc c'est un volume qui est très large. Fait que c'est encore plus compliqué (CLSC1).

Il y a un minimum de 40 bénéficiaires à des intervalles différents de la journée, des fois il peut y avoir deux ou trois services dans la journée, faut aller le matin, lever le patient faire la toilette, retourner l'après-midi faire faire une sieste, retourner le soir pour le coucher. C'est le propre de la personne handicapée, qui demande ces services-là (CLSC2).

1.4 L'évaluation des agences d'aide à domicile qu'utilisent les CLSC

1.4.1 Les évaluations négatives

Les responsables des services de SAD des CLSC1, 2 et 4 considèrent que les services des agences sont déficients sur plusieurs plans. Certaines critiques ont trait au personnel, d'autres, à l'organisation du travail.

La faible qualification des employées

Des critères de recrutement insuffisants

Les responsables de services de SAD opposent souvent les qualifications de leur personnel à celles des employées d'agence pour expliquer leurs insatisfactions face aux services des agences. Les CLSC n'ont aucun contrôle sur les qualifications des employées d'agence et leurs opinions à cet égard sont très nettes :

C'est probablement le manque de formation de leur personnel. J'ai l'impression que des fois, ils se promènent sur la rue puis ils disent : «avez-vous besoin d'un emploi monsieur? Bon, venez travailler». Alors ça moi... c'est vraiment le manque... Ils ne sont pas qualifiés (CLSC1).

D'autres responsables de SAD expliquent combien les critères des CLSC sont différents et surtout plus rigoureux. Elles expliquent que parmi les employées d'agence qui viennent travailler pour les services de SAD, peu d'entre elles pourraient se faire embaucher par le CLSC.

Moi je sais que mon personnel que j'embauche, j'ai des critères très sélectifs. 90% des personnes qui vont à domicile pour le POSILTPH, si j'avais à les embaucher, je ne les prendrais pas parce qu'ils ont pas les qualifications. J'exige un cours de 900 heures d'AFS ou bien l'équivalence en expérience. La majorité de ces gens-là en sont pas là. Pour moi, c'est une difficulté importante (CLSC2).

On va se rendre sur place, et on va dire la personne qui est là elle est pas capable de faire les transferts, ou elle sait pas comment utiliser un lève-personne, ou elle sait pas comment se positionner (CLSC4).

Des gens qui comprennent pas le rôle qu'ils ont à jouer. Puis moi, je fais une grande différence entre une AFS et une préposée aux bénéficiaires. Nous, on a des AFS et on demande une formation. On sait très bien qu'ils vont nous dire qu'ils ont une formation mais dans les faits que c'est faux pour une bonne partie du personnel. Alors on se retrouve avec des gens qui vont donner le bain, etc. mais ils ne changeront pas le lit parce que ça fait pas partie de leur tâche, alors il faut vraiment être très très précis dans l'organisation du service. Il n'y a pas d'initiative, dans beaucoup de cas (CLSC4).

Le manque de conscience professionnelle et les désistements

Selon des responsables de SAD, il est difficile de compter sur les agences car leur personnel n'a pas de conscience professionnelle. Même lorsqu'elles sont impliquées dans un dossier, elles ne cherchent pas à favoriser la continuité et peuvent tout simplement arrêter de donner le service pour aller travailler ailleurs.

Alors on peut avoir du personnel dans un dossier depuis plusieurs mois puis tout à coup la personne, elle se trouve quelque chose de mieux ailleurs alors elle va changer d'emploi. Alors nous on est pris avec ça (CLSC1).

Ce manque de conscience professionnelle peut parfois créer des situations désagréables pour les bénéficiaires qui attendent à domicile:

Les gens ne se présentent pas, le personnel n'y va pas. Alors on a pris des engagements avec des clients - les clients desservis par les agences, c'est des cas qui sont très lourds - et le samedi matin, ils sont dans leur lit et ils peuvent pas se lever tout seul, et là ils attendent quelqu'un, ils attendent, ils attendent. Puis là, à un moment donné, il est 11 heures puis la personne devait être là à 8 heures le matin, elle est pas encore arrivée. Là ils appellent pour avoir quelqu'un parce

que la personne s'est pas présentée et ils ont pas été avisés et ça c'est régulier (CLSC1).

Des lacunes dans l'approche-client

Étant donné ces différences de formation entre le personnel des agences et celui des CLSC, certains responsables estiment que les employés d'agence font de leur mieux. Mais cela est insuffisant car l'approche-client n'y est pas, pas plus que la qualité de service et la sécurité du client.

Ils font tout, il le font avec leurs meilleures connaissances de préposée, une semaine ou deux de services, mais 900 heures c'est complètement différent. Au niveau de la personne âgée, l'approche-client, la qualité de service, la surveillance, la sécurité, c'est complètement différent (CLSC2).

La diversité culturelle des employées

Certains responsables soulignent que les employées d'agence sont souvent d'origine immigrante. Cela peut poser problème d'une part parce que certaines clientèles ont des préjugés à leur égard et, d'autre part, parce que ces employées ne connaissent pas les habitudes des bénéficiaires desservis par les CLSC :

(Les agences emploient) beaucoup de gens de couleur, (ce) qui est plus ou moins apprécié de certaines personnes âgées.(...) C'est des gens qui ont de la difficulté à parler le français, c'est des gens qui s'expriment mal, qui connaissent mal les habitudes de notre clientèle. Donc ça occasionne plein de problèmes (CLSC2).

Des déficiences d'organisation chez les agences

Le manque de communication entre les responsables et les employées

C'est aussi le manque de communication, parce qu'ils vont les appeler par téléphone pour leur donner des routes, leur donner des choses, il y a pas beaucoup de communication entre l'employé... En tout cas, c'est ce que l'employé me dit... (responsables des AFS, CLSC1)

Au service de SAD, on critique également la façon dont travaillent les agences. Au niveau de leur organisation interne, certains responsables du SAD (CLSC1) font ressortir le manque de communication entre les coordonnateurs et les employées. La plupart des informations se transmettent par téléphone.

Le manque de fiabilité des agences

Selon les responsables au sein du SAD, les agences privées ne sont pas fiables. Ce manque de fiabilité se perçoit non seulement par le manque de conscience professionnelle des employées, mais a aussi trait à l'irresponsabilité des responsables d'agence.

L'agence elle-même n'est pas responsable : nous, on va demander des services en début de semaine pour la fin de la semaine... alors là, il faut vraiment talonner l'agence pour savoir si on va avoir une réponse ou on va avoir une réponse mais les gens vont annuler à la dernière minute.(...) Quand on a un problème de remplacement, c'est plus le problème de l'agence ça devient notre problème à nous. Dans ce sens là, ils sont pas responsables. Alors s'ils ont une employée qui peut pas travailler telle journée, ben qu'il la remplace... Alors là ils nous ramènent le problème (CLSC1).

Les responsables du SAD n'apprennent souvent qu'à la dernière minute si elles vont bénéficier ou non du service qu'elles ont demandé. De plus, il arrive maintes fois que le service rendu laisse à désirer, lorsque les agences acceptent par exemple plus de demandes de services qu'elles ne sont capables d'en dispenser et que cela se traduit par des chevauchements d'horaire:

Le chevauchement d'horaire: on en a régulièrement, ré-gu-liè-re-ment. On appelle pour avoir un service mais ce service-là chevauche un autre service déjà planifié: fait qu'il vont dire oui oui j'ai quelqu'un. Ils vont couper le service de l'un pour aller donner le service de l'autre, ils vont arriver en retard à l'autre service. L'autre service va avoir été escamoté en partie et souvent la préposée va dire: écoutez j'avais un autre client j'avais pas le temps d'arriver plus de bonne heure, puis là c'est l'obstination. Dépendant des clients, des fois on ne le sait pas. Puis c'est vraiment en faisant des visites ponctuelles qu'on l'apprend ou qu'on s'en aperçoit. Ça c'est fréquent (CLSC4).

Le refus de services de moins d'une heure

Les responsables de SAD soulèvent aussi le fait que les agences ne soient pas prêtes à fournir des services d'une demi-heure. Il faut alors payer un minimum d'une heure :

Ce sont pas les tâches, c'est plus l'organisation du travail. Les services qui durent une demi-heure, aller lever quelqu'un pour le changer de position, ça ils refusent. Même pour des services d'une heure ils refusent. Fait que souvent quand on a des services, comme un lever avec une installation, c'est pas très long et puis ils vont nous charger une heure et demie alors que ça prend une demi-heure (CLSC4).

Une explication: des conditions de travail médiocres

Si certaines responsables de SAD se plaignent du travail des agences, elles tentent par ailleurs d'expliquer les sources de cette insatisfaction. Selon eux, les employées d'agence sont peu payées et leurs frais de transport ne sont pas assumés par l'agence. Une fois soustraits ces frais de transport, leur salaire est inférieur au minimum. De plus, les employées d'agence, loin d'avoir un horaire de travail régulier, ont des horaires brisés, pouvant travailler tôt le matin et tard le soir.

Si on regarde le personnel, c'est des gens qui sont payés très peu, c'est des gens très peu payés. Ils doivent aussi payer leur déplacement que ce soit l'essence ou... avec un salaire approximatif là, je vais vous le dire : salaire minimum. Salaire minimum, vous enlevez vos frais de déplacement et vous enlevez si vous avez

besoin de gants à domicile, puis que le bénéficiaire les paye pas, faut que la préposée paye ses gants. Il lui reste du 4,50 \$ de l'heure pour des heures, là, des heures vraiment : tôt le matin, tard le soir... (CLSC1).

Prenant en compte ces conditions de travail, les responsables de SAD ont conscience qu'elles ne peuvent exiger des employées d'agences une implication aussi grande que celle de leurs employées:

Ces gens là sont payés au salaire minimum, faut être conscients aussi des conditions de travail. On sait qu'en payant, nous, 10,25 \$, ils reçoivent eux 6,75 \$-6,85 \$. Elles ont à assumer leurs frais de transport, elles se déplacent dans différents milieux. C'est pas favorisant pour que les gens s'impliquent et soient vraiment des intervenants. Puis, je vais être très honnête, on passerait ces gens là en entrevue puis probablement qu'on en retiendrait une sur vingt. Alors on est confronté à une grande incohérence (CLSC4).

Le personnel d'agence n'est pas stable, ce qui rend plus difficile la continuité des services.

Alors il y a beaucoup de roulement de personnel qui se fait, beaucoup. Alors chez nous ça nous cause des problèmes, on n'a pas de continuité, on a des gens non qualifiés (CLSC1).

1.4.2 Les évaluations positives

Les responsables des services de SAD du CLSC3, contrairement à celles des CLSC1 et 2, insistent sur les caractéristiques positives de l'agence avec laquelle elles travaillent. Au CLSC4, qui travaille également avec cette agence, mais non sur le mode d'une relation privilégiée, on souligne également ses qualités, surtout au niveau de la responsabilité.

Une relation privilégiée pour un gage de qualité

Le CLSC3 a une relation privilégiée avec l'agence avec laquelle elle travaille. Cette collaboration date de plusieurs années et s'est consolidée au fil du temps. Pour les responsables du SAD, cette relation a produit une qualité de service dont elles sont satisfaites, tout comme la clientèle d'ailleurs.

(Cette agence donne une bonne) qualité de service parce qu'on l'a développée aussi depuis quatre, cinq ans avec cette agence-là. Parce que le taux de satisfaction, on a fait un sondage l'année dernière, était de 80%. On a beaucoup travaillé avec. Puis l'agence « X », elle nous favorisait par rapport à d'autres CLSC. (...) On n'a pas garanti un nombre d'heures mais ils savaient très bien que c'est avec nous qu'ils ont le plus grand nombre d'heures de service. Ça s'est développé au fil des années (CLSC3).

Bien qu'aucun contrat ne garantisse des heures minimales ni une certaine exclusivité, les responsables au SAD font ressortir que la relation entre les deux parties est claire. Cette agence sait pertinemment que le CLSC lui réserve ses heures de service.

L'intégration des critères des CLSC pour un service de qualité

Selon les chefs de programme et d'équipe du SAD, cette qualité de service, acquise au fil des ans, est due aux efforts particuliers des responsables de l'agence pour respecter les exigences du CLSC. Tout ce qui est dit par le CLSC est pris en compte et suivi à la lettre, ce qui fait que le service rendu par l'agence a plus de chance d'être conforme aux besoins du CLSC.

(Quand on leur dit) notre clientèle a apprécié telle personne, s'ils viennent de l'engager ils la mettent sur la (bonne) liste. Si c'est le contraire (elles en tiennent compte aussi). Je pense qu'elle (la responsable de l'agence) doit avoir un cahier avec les bonnes personnes et les choses à améliorer aux autres et si au bout d'un certain temps ils s'améliorent pas, juste par notre fait de rapporter les choses, ils la mettent (dehors?). Ils prennent en compte ce qu'on leur dit. On a quand même un bon rapport par rapport à ça, ils se fient beaucoup à ce qu'on leur dit (CLSC3).

Une attitude responsable

Une des caractéristiques particulièrement appréciée par les chefs de programme et d'équipe de ce CLSC est l'attitude responsable des responsables de l'agence, contrairement à d'autres agences auparavant testées (et contrairement à celles avec lesquelles travaillent les autres CLSC retenus pour cette étude). Ces responsables jouent véritablement un rôle d'intermédiaires entre les employées et le CLSC. Elles filtrent par exemple les plaintes, et participent activement à la résolution des problèmes :

Si la personne nous rapporte qu'elle s'est fait voler, elle va aller vérifier les faits tout ça et elle va le rapporter, elle va aller au fond de l'histoire puis elle va demander à la personne de s'expliquer, elle va au fond des choses. L'autre agence on ne savait pas nécessairement qu'elle allait au fond des choses (CLSC3).

Le personnel de l'agence

Comme pour celles des CLSC précédents, les responsables du CLSC3 ne sont pas particulièrement satisfaites de la formation des employées de leur agence favorite. Toutefois, cette insatisfaction est largement compensée par la «bonne» approche de l'agence:

(Les employées dans cette agence ne) sont pas mieux formées (que dans les autres (...)). Les responsables sont très collaborateurs, et il y a aucun problème, ils comprennent. (...) (je dirais) qu'ils comprennent c'est quoi du soutien à domicile. Oh oui! on le sent (chef d'équipe acquiesce) (CLSC3).

Alors que le roulement de personnel semble être ce qui pose le plus problème pour les SAD des CLSC1 et 2, la situation paraît différente au CLSC3. Bien qu'il soit difficile d'affirmer que le roulement de personnel est moins important dans leur agence privilégiée, ceci ne semble pas avoir d'effets trop négatifs:

Ça dépend. (...). En moyenne leur personnel va peut-être rester deux ans, après ça il y a des changements. On ne sait pas si c'est plus stable que dans les autres AP, parce qu'on fait comme du cas par cas. Pour l'agence « X », on sait, vu qu'on fait affaire depuis longtemps, d'après les noms qu'elles donnent, c'est des gens récents ou qui sont là depuis 2 ou 3 ans. Il y a une personne, ça fait 5 ou 6 ans, c'est une bonne personne et elle aime ça (CLSC3).

A en croire ces responsables de SAD, l'attitude des responsables de l'agence est particulière parce qu'elles apprécient beaucoup les services du CLSC et qu'elles donnent même des chances de promotion à leurs employées en les encourageant à faire carrière dans les CLSC.

Je sais pas s'il y a une complicité mais il y a quelques personnes qui sont venues faire application ici, qui étaient à cette agence-là. Et souvent ils rapportent (que la réputation du CLSC y est très bonne) et que par rapport au salaire, les responsables (poussent) leurs employées à aller travailler au CLSC. Et si elle fait partie des critères, c'est parfait, (nous, on embauche). Elle leur donne une chance! (CLSC3)

1.5 L'allocation directe (le chèque emploi-service)

Bien que cette forme d'aide à domicile⁷ ne soit pas encore très répandue, plusieurs responsables des SAD l'ont abordée comme une solution de rechange au recours aux agences par les CLSC. Lorsque les relations avec les agences deviennent trop problématiques, certaines tentent d'instaurer le chèque emploi-service. Pour les unes, ce chèque emploi-service représente une façon plus directe de répondre aux besoins des clients, alors que pour d'autres, il permet l'amélioration des conditions de travail des employées d'agence, induisant par le fait même une amélioration de la qualité des services.

Une meilleure adaptation des services aux clients

Parallèlement au recours aux agences privées, les CLSC utilisent de plus en plus le chèque emploi-service qui permet aux usagers d'embaucher eux-mêmes la personne qui va s'occuper d'eux. Les CLSC1 et 2 utilisent le chèque-emploi service pour une dizaine de familles et le CLSC3, pour trois ou quatre cas.

Dès l'implantation du programme, nous, on l'a offert à des clientèles, parce que c'est très aidant, le chèque emploi-service. Parce qu'il y a des personnes, c'est très difficile de leur donner les services aux moments où ils le veulent, de la façon dont ils le veulent. Là on parle de personnes qui vont vivre 40 ans avec un

⁷ Depuis 1984, il existe un programme d'allocation directe en vertu duquel une allocation financière est remise à la personne bénéficiaire pour qu'elle achète elle-même les services dont elle a besoin. Au début, seules les personnes handicapées y étaient admissibles; le programme est devenu accessible à d'autres clientèles de bénéficiaires de soins à domicile, selon des modalités qui varient selon les CLSC. Dans le but de contrôler le travail au noir, le gouvernement a mis sur pied le programme de chèque emploi-service en 1997-98. En vertu de ce programme, l'allocation directe est maintenant versée à une Caisse populaire désignée à laquelle doit s'adresser le personnel embauché par la bénéficiaire pour être payé (Cloutier et al., à paraître).

handicap physique et le programme est là pour répondre aux besoins de ces gens là sans devoir toujours composer avec les contraintes d'un établissement, les contraintes de l'agence. (Les personnes) deviennent employeurs et peuvent embaucher des gens qui leur conviennent tout à fait (CLSC1).

Selon certaines personnes responsables des services de SAD, cette formule du chèque emploi-service est particulièrement appropriée pour les usagers qui ont besoin de plusieurs services par jour et qui ont donc à composer avec un changement de personnel fréquent:

C'est souvent la catégorie de gens qui ont plusieurs services par jour (matin, soir pour les couchers) et eux autres, il y a beaucoup de changement de personnel. Ces gens-là préféreraient le chèque emploi pour avoir leur personnel qu'ils gèrent eux-mêmes (CLSC3).

L'amélioration des conditions de travail du personnel embauché

Pour les deux CLSC les moins satisfaits des services des agences, le chèque-emploi-service fait du client l'employeur direct, et par conséquent son personnel touche un meilleur salaire. Ces meilleures conditions de travail auraient, encore une fois, un impact positif sur la qualité du service rendu.

Éventuellement on va se diriger vers le chèque emploi-service qui est instauré par le ministère. À ce moment-là, on va être à même de recevoir une meilleure qualité de service parce que les gens vont recevoir un meilleur salaire. C'est difficile de recruter une agence parce que nous, on leur donne 10,25 \$ l'heure mais il revient à peine 7 \$ à la personne qui fait le service. Avec le chèque emploi-service ils sont assurés au moins de 9 dollars à peu près. Donc la qualité va être différente (CLSC1).

Le chèque emploi-service est donc perçu comme un moyen intéressant d'alléger le recours aux agences par les CLSC puisque les clients eux-mêmes sont responsables des embauches. Considérée comme facilitant l'adaptation aux besoins des ces derniers, tout en améliorant les conditions de travail des employées d'agences, cette solution est envisagée avec enthousiasme par toutes les responsables. Le programme ne représente qu'une très faible proportion de services par rapport à ceux confiés aux agences, mais ce type de rapport salarié est en forte croissance.

2. LES CONSÉQUENCES DU RECOURS AUX AGENCES PRIVÉES D'AIDE À DOMICILE SUR LES SERVICES DE SAD

Faits saillants

L'organisation du travail du service de SAD avec les interventions des agences d'aide à domicile

- Une fois que le service de SAD a fait sa demande de service, il transmet à l'agence un plan de service qui contient toutes les informations pertinentes sur les clients et les tâches à exécuter. Ce document peut servir de référence pour l'évaluation des services.
- Lorsque le service à donner implique l'utilisation d'un équipement, le personnel de l'agence peut être encadré par les intervenantes-pivots à domicile.
- Les employées des CLSC et des agences sont rarement en contact sauf par le biais de l'intervenante-pivot.
- Certains services de SAD s'arrangent pour que les auxiliaires du CLSC travaillent quelques heures avec les mêmes patients que les employées d'agence pour s'assurer d'avoir les informations pertinentes au suivi car il est rare que les employées d'agence y participent vraiment. Dans d'autres CLSC, seules les intervenantes-pivots assurent ce contrôle.
- L'évaluation de la qualité des services est effectuée de la même manière (par l'intervenante-pivot ou des employées de CLSC). Elle peut aussi l'être par les clients et leurs familles qui font des commentaires (ou formulent des plaintes) sur le personnel d'agence.
- En cas de plainte, les CLSC condamnent assez sommairement les employées d'agences et les agences elles-mêmes, en regard du travail des auxiliaires de CLSC. Un des quatre CLSC a une approche moins draconienne.
- Les CLSC sont responsables de tous les services qu'ils confient aux agences sur le plan de la qualité et de la sécurité du client.
- Cette situation peut être difficile à gérer car les CLSC ne contrôlent pas les qualifications des employées d'agence.

2.1 La transmission des informations du CLSC à l'agence privée d'aide à domicile

Du CLSC à l'agence : la transmission du plan de service

Lorsqu'un CLSC demande un service, le dossier du client reste au CLSC et c'est un plan de service qui est envoyé à l'agence. Il devient le document de référence à la base du travail entre l'agence et le service de SAD :

On ne transfère pas le dossier, on transfère simplement le plan de service. Chaque usager a une personne-pivot, ou une personne significative dans le dossier, un professionnel responsable. Cette personne-là, lorsqu'il y a une demande de service, vient présenter les services au comité de détermination qui est ici où siège une équipe multi. Au moment qu'on a accepté les services soit deux heures, trois heures semaines avec un bain ou deux bains, là, à ce moment-là, l'intervenant-pivot communique avec la coordonnatrice de l'agence ou on faxe un plan de service. Sur le plan de service on connaît le handicap de la personne, tous les besoins de la personnes et tous les services qu'on veut avoir ou qu'on s'attend d'eux sont bien décrits. Donc on s'attend à ce que le service soit rendu tel qu'il a été prescrit (CLSC2).

On ouvre un dossier, on explique tout. Et s'il y a beaucoup de choses à inscrire, on envoie ça par fax, ils reçoivent le plan de service, s'il y a des choses spécifiques à faire et à ne pas faire, on l'inscrit dans le dossier. S'il y a un problème au bout de quelque mois, on va dire : oubliez pas, le plan de service c'était ça (CLSC3).

Certaines responsables considèrent que le caractère écrit de la télécopie permet, en cas de problèmes, de prouver qu'elles ont bien envoyé les demandes de services, d'autant qu'elles en demandent confirmation (CLSC1) :

Je peux parler pour moi parce que... je demande les services. Dès qu'on m'a informée et qu'on m'a dit «oui, on a une personne pour donner tel ou tel service» je donne le nom de la personne, et certaines caractéristiques. Et dès qu'on me donne le nom de la personne, je faxe le plan de soin, le plan d'intervention. Et, en même temps, je faxe les demandes, les heures, les jours et tout ça (CLSC1).

La transmission de l'information à domicile pour des cas spéciaux

Des intervenantes de CLSC pourront avoir un contact direct avec l'employée d'agence sans passer par la coordonnatrice lorsque certains clients ont des besoins plus spécifiques. Généralement, la rencontre se fait à domicile, lors de l'encadrement de l'employée d'agence :

Pour certains dossiers, lorsqu'il y a des équipements à domicile - dans les dossiers POSILTPH, par exemple - l'ergothérapeute va rencontrer toutes les nouvelles employées qui sont impliquées dans les dossiers et elle les oriente en regard des besoins de la personne et de l'équipement qui est en place : lève-

personne, banc de bain, poteau...Elle va leur apporter un enseignement (CLSC1).

2.2 Le suivi

2.2.1 Les contacts entre les employées d'agence et les employées de CLSC

Le suivi et l'évaluation de la qualité sont très difficiles à distinguer l'un de l'autre dans le discours des responsables. En fait, le suivi et l'évaluation sont réalisés par les mêmes personnes, lorsqu'elles ont l'occasion de se rendre à domicile. Dans deux CLSC, c'est l'intervenante-pivot qui, en plus d'encadrer l'employée d'agence, vient vérifier l'état du client et du même coup, évalue la qualité du service rendu. Dans un autre, ce sont les intervenantes-pivots et les AFS qui poursuivent le travail dans les mêmes domiciles que l'agence, qui s'en chargent.

Le rôle central de l'intervenante-pivot

S'occupant du suivi, l'intervenante-pivot (celle-ci est souvent une infirmière, parfois une autre professionnelle) est la personne du CLSC qui se rend le plus régulièrement à domicile. Ce faisant, elle est capable de recueillir les informations nécessaires au dossier en observant l'état du patient de temps à autre. Le suivi s'effectue principalement par l'intervenante-pivot dans les CLSC1 et 2. La plupart du temps, outre son rôle d'encadrement, elle a aussi un rôle dans l'évaluation de la qualité du service. En dehors des rencontres entre ces dernières et les employées d'agences, les contacts entre ces deux mondes sont plutôt rares.

Les employées d'agence et celles de ces CLSC se rencontrent peu. En fait, les premières travaillent dans le cadre de demandes ponctuelles et très rarement dans les mêmes domiciles que ceux des employés de CLSC :

Elles vont pas travailler ensemble. Sauf qu'on peut avoir une demande ponctuelle. Exemple: une journée l'auxiliaire serait absente puis j'aurai pas personne pour la remplacer, ce qui est très rare maintenant, ben là je pourrais appeler l'agence. A part de ça, jamais elles vont se côtoyer (CLSC1).

Le partage des dossiers entre agences et CLSC: le rôle des auxiliaires

Pour les CLSC3 et 4, il n'y a pas que les intervenantes-pivots qui peuvent assurer le suivi et l'évaluation de la qualité, mais les AFS également. En fait ces CLSC procèdent par jumelage de façon à avoir un contrôle sur ce qui se passe à domicile, être certains d'avoir les informations pertinentes sur l'état du patient et contrôler la qualité du service:

Un des éléments, particulièrement en SAD, c'est d'avoir un plan d'intervention interdisciplinaire, qui inclut toutes les interventions de tous les partenaires. Dans la mesure où il y a quelqu'un d'une agence, cette personne-là n'est pas présente, n'entre pas forcément en contact avec le personnel. C'est ce qui fait que maintenant on a toujours du personnel de l'interne dans les cas où il y a des agences, parce qu'on sait pas ce qui se passe, parce qu'on a pas l'information.

Puis c'est normal que ce soit comme ça, parce que le personnel d'agence dans la mesure où il nous avise qu'il y a des changements, qu'il y a une situation qui se détériore ou qui s'améliore, il y a comme une possibilité qu'il perde des heures de travail (CLSC4).

Alors c'est ce qui fait que maintenant on a toujours un jumelage (entre les employées d'agence et de CLSC) parce qu'on n'avait pas l'information. Il y avait des services qu'on avait plus besoin de donner et qu'on poursuivait. D'autres services qui se donnaient, qui étaient donnés de façon non sécuritaire, de façon dangereuse, mais qu'on maintenait parce qu'on voulait pas perdre le service de l'agence, puis qu'on pouvait pas dire qu'on n'était pas d'accord avec. Mais le fait qu'on se présente, on met des cadres qui font que le client il a pas beaucoup de choix (CLSC4)

2.2.2 Le rôle de l'agence

Les limites de la participation de l'agence

Si les responsables du SAD doivent envoyer leur personnel à domicile pour vérifier, c'est que les agences participent peu au suivi des clients:

On demande toujours, surtout aux auxiliaires qui passent énormément de temps dans la vie intime des gens, ils font une collecte de données qui sont absolument indispensables au suivi. Par le biais des gens d'agence, quand on en a, on est content, mais c'est pas facile. Ce souci-là n'est pas toujours présent (CLSC4).

Un seul CLSC fait part d'un rôle d'intermédiaire assuré par l'agence. Mais lorsqu'une situation sort de l'ordinaire, l'employée d'agence fait alors part de la situation à sa supérieure qui se charge de la transmettre aux CLSC :

Nous, au CLSC, on inscrit tous les services qu'on rend chez cette personne-là; dans l'agence, ils font juste prendre le plan de service et le faire. Et automatiquement ils vont le rapporter si une dame a une plaie. La personne qui est compétente à l'agence va le rapporter à sa supérieure en disant : "ça fait trois, quatre fois que j'y vais, il y a une plaie. Là, elle va nous rappeler et nous, le sachant, on va envoyer une intervenante ou l'infirmière qui est dans le dossier (CLSC3).

Pour pallier les lacunes dans le suivi entre le CLSC et l'agence, une des responsables (CLSC3) veut établir un système de communication à domicile, chez les clients:

On a commencé à penser à une feuille à domicile pour connaître, pour que la préposée de l'agence qui va là connaisse plus le bénéficiaire, ses goûts, et puis pour savoir si les services sont vraiment faits. On l'a fait pour une personne en phase terminale, et c'est dans mes projets, dans les prochains 6 mois, de rencontrer les agences pour un programme de suivi plus important. Pour que les bénéficiaires soient satisfaits (CLSC3).

2.2.3 Le rôle des bénéficiaires et de leur famille

C'est souvent le client lui-même ou sa famille qui contribue à évaluer la qualité du service, par exemple :

Une fois qu'on a donné le service, on n'a plus tellement de contact après. Le seul contact qu'on a vraiment c'est avec le client. Les clients ont libre cours de nous appeler ou pas s'ils ne sont pas satisfaits (CLSC2).

On se fie beaucoup aux familles. Alors comme ce sont des cas qui sont lourds, les familles sont en mesure d'évaluer les gens qui vont chez eux et ils font régulièrement des remarques (CLSC1).

Cette évaluation de la qualité se fait particulièrement lorsqu'il y a problème car c'est par le biais de plaintes des clients que le CLSC est mis au courant.

Dans le cas où certaines employées de CLSC se rendent aux mêmes domiciles que les auxiliaires d'agence, les premières sont en mesure de contrôler ce que font les secondes en recueillant habituellement les commentaires des clients:

Ça va être la personne du CLSC qui va nous rapporter des choses que la personne (la bénéficiaire) va dire à cette personne-là. Une auxiliaire du CLSC, lorsqu'elle va aller donner le service à cette personne-là, lorsqu'elle va observer les choses auprès de cette personne, et si le monsieur ou la dame lui dit que la personne qui vient lui donner les services ne vient pas aux bonnes heures, ramasse pas, "fait pas comme vous, pourquoi on n'a pas tout du monde comme vous"... Là, on rencontre l'agence en disant : qu'est-ce qui se passe? Est-ce que le plan de service est observé? Des fois il y a une heure de service, les gens ils restent moins. Par rapport à ça, s'il y a des choses qui sont pas faites, on révisé à nouveau deux ou trois semaines après et si on voit que ça fonctionne pas, là... (CLSC3).

2.3 Les suites d'une évaluation négative et les mécanismes de gestion des plaintes

2.3.1 La procédure en cas de plaintes

La gestion des plaintes est un volet important des rapports des services de SAD avec les agences privées, car elles sont assez nombreuses. Dans certains cas, elles sont consignées par la chef d'équipe qui peut en tenir un historique et ainsi vérifier la qualité du service de l'agence et les types de problèmes qui y sont liés (CLSC1). Ces plaintes proviennent des clients qui expliquent leur cas aux intervenantes-pivots. Même quand c'est la chef d'équipe qui reçoit la plainte, celle-ci la retourne à l'intervenante-pivot (CLSC1). Si cette dernière ne peut être jointe, la chef d'équipe appelle directement l'agence. Par la suite, l'intervenante-pivot est immédiatement mise au courant et doit aller rencontrer la nouvelle employée d'agence :

(Quand on reçoit des plaintes) on les retourne à l'intervenante-pivot sauf que, si je rejoins pas l'intervenante-pivot, souvent aussi je vais faire des retours à l'agence en disant qu'on est insatisfait pour telles ou telles raisons de telle préposée, et que la dame veut pas la ravoir donc ils doivent trouver une autre préposée. Je fais ça aussi sans nécessairement ramener à l'intervenante-pivot sauf qu'après je l'avise puis je lui dis que je change de préposée, si elle veut aller à domicile pour revoir la suivante, réévaluer un peu (CLSC1).

2.3.2 Les types de plaintes

Parmi les plaintes, plusieurs ont trait à des vols, à de la « paresse », ou encore à des caractéristiques physiques (les odeurs corporelles) du personnel d'agence... Dans les cas les plus extrêmes, les clients vont jusqu'à préférer n'avoir aucun service plutôt que ceux du personnel d'agence :

Et les gens, même quand c'est ponctuel, exemple une journée, il y a une auxiliaire qui est absente, et on envoie quelqu'un d'une agence pour prendre la route de cette auxiliaire-là, les gens nous rappellent après et ils nous disent : «j'en veux plus d'agence, j'aime mieux pas avoir de services, madame, envoyez-moi plus d'agence!» C'est frustrant, c'est pas facile (CLSC1).

En fait, cette mauvaise réputation du personnel d'agence s'étend jusque dans les rangs des employées de CLSC qui n'apprécient guère leur embauche dans certains cas :

Et le personnel du SAD, quand la chef d'équipe dit: «là, il va falloir envoyer une agence», il veut pas avoir du personnel d'agence: «oh non! tu vas pas mettre une agence» - c'est toujours ça qu'on entend : «tu vas pas mettre une agence!» (CLSC1).

D'autres plaintes ont trait à la façon dont le service est rendu:

Les gens peuvent dire qu'ils ont fait le service pour une heure de service, sauf que la personne va nous dire qu'elle est pas restée ce temps-là, et nous on a aucun point de repère. Le conjoint ou la conjointe nous dit: "on a pas eu tout le service qu'on devait avoir". On a des programmes de stimulation pour la personne et, à la place, l'employée regarde la télévision... (CLSC3).

2.3.3 Les réactions des services de SAD face aux plaintes

La responsabilité de l'agence ou du CLSC ?

Les réactions face aux plaintes sont assez tranchantes de la part des responsables de programmes de soutien à domicile et elles se soldent aussitôt par un changement d'employée:

Dans le cas de résultats négatifs: c'est assez drastique. Le moindre commentaire d'une auxiliaire et on demande de changer le lendemain. On le tolère pas. Si on a

un rapport négatif de la part du client ou de la part d'un aidant naturel on cesse les services avec cette personne-là. (CLSC2)

Au CLSC3, les responsables n'attribuent pas forcément les plaintes au manque de professionnalisme de l'agence. D'abord, elles relativisent les responsabilités de l'agence en n'excluant pas que les employés de CLSC elles-mêmes puissent aussi donner un service de mauvaise qualité. Ensuite, elles font valoir le contexte, les préjugés des clients qui font que les plaintes doivent toujours être abordées avec circonspection :

En cas de problème, il y a déjà eu des problèmes et dans ces cas, le coordonnateur a demandé d'avoir une rencontre avec la personne qui se plaignait à domicile, avec les auxiliaires qu'il y avait chez cette personne-là, et les coordonnatrices et ils ont essayé de trouver un point d'entente pour un problème litigieux. On essaie de régler les choses (CLSC3).

Quand le problème ne se règle pas après qu'il ait été évalué comme étant du ressort de l'agence, le CLSC3 peut aussi recourir aux grands moyens.

Pour un problème qui se réglait pas, j'ai cessé un paiement. Fait que là, ça va c'est réglé. C'est avec l'agence privilégiée, ils avaient un cas... ils sont pas à l'abri de ça, nous autres mêmes on n'est pas à l'abri même si on a nos auxiliaires, mais c'est correct, on a une très bonne collaboration (CLSC3).

La part des bénéficiaires

Contrairement aux autres agences, le CLSC3 aborde les préjugés des bénéficiaires comme un élément important à prendre en compte lorsqu'une plainte est déposée à l'égard d'une employée. Cela est dû au fait que la moitié des employés d'agence sont des personnes de couleur et que les bénéficiaires n'y sont pas toujours ouverts.

Des fois, les gens trouvent que tout est bien fait mais « elle a les mains noires ». Les personnes acceptent pas les personnes de couleur. À l'agence je pense qu'il y a la moitié des personnes de couleur, des ethnies différentes. Des fois ça fait l'affaire de un, mais les personnes âgées, avec lesquelles on fait affaire à 80%, surtout ont beaucoup de difficultés avec ça (CLSC3).

Parfois, les critiques des employés d'agence sont fondées sur d'autres préjugés :

Les gens vont évaluer [les employées] sur leur couleur ou des fois : [ils nous disent:] «elle, elle a plein de bijoux». [Nous, on leur dit:] «oui mais ça dérange pas ça qu'elle ait plein de bijoux». Si c'est accrochant, oui, ou si ça fait beaucoup de bruit. Mais c'est pas un critère, c'est juste une façon d'être. Nous on prend en note tout ce que les gens vont nous rapporter mais s'il y a pas rien, on va essayer pour une prochaine fois de changer la personne... (CLSC3).

Contrairement aux autres CLSC, le CLSC3 ne se fonde pas uniquement sur la satisfaction du bénéficiaire et adopte une attitude qui prend en compte la complexité du terrain. D'après ce CLSC, les plaintes doivent être considérées prudemment. La satisfaction des bénéficiaires n'est

pas possible à tout prix, étant donné l'éventail de préjugés possibles et les incompatibilités de personnalités:

Des fois c'est difficile, la personne peut bien le faire, mais c'est les atomes crochus. Des fois la personne elle peut faire comme il faut son travail, sauf que la personne elle l'aime pas, ça fait que ça passe mal et elle va toujours dire qu'elle l'a pas fait. Pourtant la personne elle va dire tout le temps j'ai tout fait ce qui était dans le plan de service mais c'est vrai que monsieur ou madame m'aime moins. On n'est pas là pour se faire aimer des gens, on est là pour faire le travail, mais des fois ça devient très problématique; où la personne nous aime vraiment pas, on doit sortir la personne du dossier, ça devient problématique. Mais pour les auxiliaires aussi, si on est la cible de, puis en fin de compte on a tout fait, parce qu'on travaille avec des gens humains qui acceptent pas les personnes de couleur, acceptent pas des personnes étrangères, des fois on a comme pas le choix (CLSC3).

2.4 Les situations de désistement

Ce qui semble poser le plus de problème, c'est le manque de fiabilité des agences privées. Les responsables du SAD trouvent difficile de fonctionner dans ce monde aléatoire, sans moyens de s'assurer que le service commandé sera livré. C'est le cas avec la plupart des agences. Les situations de désistements sont donc un problème majeur. Pour y pallier, la seule solution, à l'heure actuelle, est de s'adresser à une autre agence jusqu'à ce qu'il y ait une réponse positive. Seul le CLSC3 ne soulève pas ce problème car il a une relation privilégiée avec une agence d'aide à domicile en particulier.

2.5 La question de la responsabilité du CLSC

Les responsables du SAD ont souvent l'impression de devoir composer avec des personnes sur lesquelles elles ne peuvent pas vraiment compter autant qu'elles le voudraient. Si cette situation constitue un inconvénient majeur au niveau du service rendu, il est aussi problématique en regard de la responsabilité juridique du CLSC à l'égard des bénéficiaires⁸.

⁸ À l'analyse des articles 80, 100, 101 et 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., CH.S-4.2), il ressort que lorsqu'un service de SAD de CLSC confie une partie de ses interventions auprès des usagers à domicile à des agences privées, il conserve sa responsabilité à l'égard des bénéficiaires et a donc à contrôler la qualité, la continuité, l'accessibilité des soins et services donnés ainsi que le respects des droits et besoins spirituels des personnes, en regard de ce qui a été commandé.

Lorsqu'il s'agit de personnel à l'emploi du CLSC, toute une gamme de mécanismes de contrôle existent, des plus formels (responsabilités de la Direction des services professionnels, code d'éthique, conseils professionnels, procédure de plainte à laquelle peuvent recourir les usagers) aux plus quotidiens, (suivi des dossiers, encadrement du personnel) qui permettent à la direction du SAD de s'acquitter de ses responsabilités. Par contre, lorsque le service confie une partie de ses interventions aux agences privées et à leurs personnels, c'est beaucoup plus flou. Faute d'ententes contractuelles détaillées, les responsabilités de chacun ne sont pas explicitées et donc pas nécessairement bien connues ni comprises clairement par les différentes personnes impliquées (bénéficiaires, employées et responsables de SAD et d'agences).

2.5.1 Les multiples responsabilités du CLSC

La responsabilité de la qualité du service et de la sécurité des clients

(La responsabilité) revient à l'établissement. Nous sommes responsables de la qualité des services. Lorsqu'on donne un client à une agence, on est responsable de l'agence (CLSC1).

Le fait que les employées d'agence ne disposent pas d'autant de qualifications que leurs consœurs des CLSC est problématique pour les responsables du SAD car le CLSC conserve la responsabilité non seulement de la qualité des services mais aussi de la sécurité des clients. Si les CLSC sont assurés du fait que leur propre personnel a reçu une formation appropriée et que les services seront ainsi effectués de façon sécuritaire, ils ne savent pas à qui ils ont affaire lorsqu'ils confient leurs clients aux agences :

Dans le fond leur tâche est réduite au déplacement de la personne, aux soins de base, à l'aide, à l'aide à la nourriture, à faire les repas, à un petit peu d'entretien. Il peuvent peut-être réussir à le faire mais est-ce que notre client est vraiment en sécurité avec ces gens-là ? On le sait pas. On a de la difficulté avec ça (CLSC2).

Les CLSC sont aussi responsables du matériel qui se trouve à domicile. Ils doivent veiller à ce que tout l'équipement nécessaire au service soit en place pour que les employées d'agence puissent s'en servir.

L'aménagement des lieux est assuré par l'intervenante-pivot. Par exemple, s'il faut donner un bain, on va s'assurer que toute la sécurité: barre d'appui, barre de transfert, banc de bain, enlever les portes, ça c'est assuré par l'intervenante-pivot (CLSC2).

Le manque de contrôle

Les CLSC ont la responsabilité du travail effectué par les agences auprès des bénéficiaires. Cette responsabilité est problématique puisqu'ils n'ont aucun contrôle sur la qualification du personnel d'agence :

(On est plutôt) insatisfait par rapport aux agences: on n'a pas de contrôle sur la formation des gens qui sont employés dans les agences. Nous, quand on embauche du personnel, on exige des qualifications. Eux autres, ils prennent des gens qui n'ont pas les qualifications pour répondre à la clientèle (CLSC1).

Si les CLSC n'ont pas de contrôle sur la formation professionnelle de leurs employées par intérim, il en va de même pour leur formation relative aux déplacements sécuritaires. Ils n'ont pas la moindre idée de la façon dont ces employées d'agence respectent les normes de déplacements sécuritaires, même si cet aspect correspond à une exigence de la part des CLSC face aux agences⁹:

⁹ Pour plus de détails à ce sujet, voir la section 4.2 du chapitre 4, pp. 49-55.

Je vais obliger l'agence à respecter les normes de sécurité auprès du client: s'il a brusqué ou mal fait pivoter, ou met en péril la sécurité de notre clientèle, à ce moment là j'arrête les services, mais j'ai pas de gros pouvoir sur la formation de son personnel (CLSC2).

La responsabilité des agences face à leurs employées

La responsabilité d'employeur à l'égard du personnel d'agence relève uniquement des agences et n'est pas du ressort des CLSC :

On a la responsabilité du respect du plan d'intervention, de l'entente qui a été faite avec l'usager, on a la responsabilité de son organisation sécuritaire dans son milieu. La seule chose qui ne nous revient pas c'est la responsabilité administrative dans laquelle est traité l'accident de travail. S'il y a un accident de travail c'est l'agence qui est porteuse du dossier (CLSC4).

2.5.2 Avec le CLSC : la garantie de l'expertise

L'expertise technique

Selon les responsables des services de SAD, le personnel du CLSC possède, contrairement aux employées d'agence, des qualifications qui lui permettent de gérer les cas les plus difficiles :

Il a quelques dossiers POSILTPH où on met en place les services avec du personnel du CLSC, dans les dossiers où c'est très problématique. Des dossiers où l'encadrement est tel qu'il y a une désorganisation alors on met le personnel du CLSC. Pour vraiment assurer une meilleure qualité de services compte tenu de la problématique présentée par l'usager (CLSC1).

Les employées du SAD se voient alors souvent attribuer le rôle de celles qui vont être davantage capables de gérer des problèmes plus difficiles que les employées d'agence.

Il y a des fois où on est vraiment insatisfait des services de l'agence puis des fois le client présente une situation particulière puis je suis obligée d'envoyer une de mes préposées (CLSC2).

L'« approche-client »

Ce qui distingue les employées de CLSC de celles des agences, c'est « l'approche-client » que les premières ont développée au fil de leur formation. Celle-ci garantit aux responsables que les bénéficiaires seront traités de la façon dont ils doivent l'être, garantie qu'ils ne peuvent demander aux employées d'agence :

Et ces (employés d'agence) ils veulent travailler, il y a un certain conflit d'intérêt. A la différence des auxiliaires qui savent que l'objectif c'est de rendre le client autonome, et elles vont le faire parce que pour elles, la valorisation c'est de le rendre autonome et de se retirer et de ne plus avoir besoin d'y aller. Pour les

personnes d'agence, c'est le contraire. Je vous dirais que c'est pas nécessairement conscient là, mais c'est normal (CLSC4).

2.6 Synthèse

2.6.1 Des caractéristiques communes du recours aux agences d'aide à domicile par les CLSC

Les CLSC ont commencé à avoir recours aux agences privées d'aide à domicile il y a dix ou quinze ans afin de pallier leur manque de personnel dans un contexte de demande grandissante. De plus, dans le cadre du virage ambulatoire, le nombre de personnes avec incapacités, se retrouvant à domicile, augmentait fortement. Le recours aux agences représentait alors la solution à plusieurs problèmes: le manque de personnel, la difficulté de recrutement, les contraintes budgétaires.

La mauvaise réputation des agences

Les responsables de CLSC sont toutes d'avis qu'il n'est pas facile de travailler avec les agences privées. Les agences sont perçues négativement à plusieurs niveaux. Selon les responsables du SAD, les employées d'agence ne sont pas qualifiées, et leurs employeurs les recrutent d'ailleurs sans grande sélection. Au niveau même de l'organisation de l'agence, les responsables perçoivent qu'il y a des problèmes car il n'y a guère de communication entre les responsables et les employées et il est impossible de s'y fier étant donné que l'agence n'assume aucune responsabilité (au niveau de la qualité, au niveau des désistements etc.). En fait, les employées, comme les dirigeantes d'agence, sont perçues comme ayant peu de conscience professionnelle. De plus, il y a un tel roulement de personnel qu'il est difficile de créer de la continuité dans le service.

Ce manque de qualification des employés d'agence est d'autant plus lourd pour les CLSC que ceux-ci continuent d'avoir la responsabilité de leurs clients et de la qualité des services fournis. Ils se retrouvent donc responsables d'actions sur lesquelles ils ont peu de contrôle.

Les types de services demandés aux agences impliquent souvent des horaires brisés car les besoins des clients sont généralement ponctuels. Les CLSC aimeraient d'ailleurs pouvoir les commander à la demi-heure près, ce qui n'est pas toujours accepté par les agences. Par contre, les demandes des CLSC ne facilitent pas en retour le recrutement de personnel stable et qualifié.

Les CLSC utilisent à l'occasion l'allocation directe (le chèque emploi-service) estimant qu'elle permet aux bénéficiaires, qui deviennent les employeurs, d'avoir des services selon leurs besoins ce qui entraîne une plus grande satisfaction. Ces CLSC considèrent que lorsque les patients gèrent directement les fonds qui leur sont attribués, ils rémunèrent mieux les employées et le service risque d'être meilleur. L'allocation directe (le chèque emploi-service) est habituellement envisagée comme une douce alternative au recours aux agences et elle dégage aussi le CLSC de toute responsabilité à l'égard du patient et des services qu'il a choisis.

L'organisation du travail: l'enjeu de la transmission de l'information

Le recours aux agences a des impacts importants au niveau de l'organisation du travail de l'ensemble des services d'aide à domicile, en particulier en ce qui a trait à la transmission de l'information induite par une complexité accrue de la coordination de ces services. Lorsqu'une demande de service est acceptée, le SAD envoie un plan de service qui contient toutes les informations nécessaires à la tâche de l'employée d'agence. Ce plan de service est déterminant car il est le document de référence et peut faire office d'entente contractuelle.

La participation des agences est par contre plutôt restreinte dans le suivi des clients, ce qui oblige les CLSC à mettre en œuvre des stratégies leur permettant d'obtenir les informations nécessaires à la tenue à jour des dossiers. Généralement ce sont l'intervenante-pivot ou des AFS de CLSC qui recueillent ces informations quand elles se rendent à domicile. Ce sont elles aussi qui se chargent d'évaluer la qualité du service donné étant les personnes qui sont le plus en contact avec les employées d'agence. Une certaine évaluation de la qualité est aussi communiquée par le bénéficiaire et sa famille à l'intervenante-pivot.

2.6.2 Des perceptions et des choix stratégiques différents

Les CLSC se distinguent entre eux par leurs choix stratégiques au sujet de la distribution de la clientèle aux agences, du nombre d'agences choisies ou encore de leur attitude et du type de relation qu'ils entretiendront avec l'agence.

La clientèle desservie par les agences

Les CLSC1, 2 et 4 ne confient pas tous leurs clients aux agences privées d'aide à domicile. Ils ne leur confient que les cas du POSILTPH. Ils justifient cette décision par le fait que ce programme ne permet pas de couvrir le salaire d'une auxiliaire de CLSC pour le nombre d'heures requises. Le coût des services d'agences sont moindres et les responsables du SAD réalisent ainsi des économies qui leur permettent de donner plus de services.

Ils soulignent que ce choix peut paraître paradoxal étant donné que les cas du POSILTPH sont généralement des cas lourds et qu'il est donc incongru de les confier à un personnel qu'on trouve peu qualifié. Toutefois, lorsqu'ils ont besoin d'une décision clinique, les cas du POSILTPH peuvent bénéficier des services plus qualifiés du CLSC.

Le CLSC3 se distingue des autres par rapport aux services confiés aux agences. Le choix de recourir aux agences se fait en fonction de l'horaire des employés de CLSC dans le but de le compléter et non pas en fonction de la clientèle.

Les relations avec les agences

Trois CLSC travaillent avec six à huit agences (sauf un CLSC qui ne travaille qu'avec une seule agence pour des raisons de facilité de gestion). Une relation conflictuelle entre les CLSC et les agences est perceptible à travers l'opinion très critique que les premiers entretiennent sur le travail des seconds. Les agences sont perçues comme n'étant pas aussi professionnelles que les CLSC et ne pouvant donc égaler sa qualité de service.

Par contre, l'autre CLSC entretient une relation privilégiée avec une agence en particulier, ce qui semble avoir un effet positif sur l'organisation du travail, car si ce CLSC se plaint des agences en général, il ne manque pas de louer celle dont il retient les services. Il est celui qui est le plus satisfait des services qu'il obtient de la part de cette agence. Cette relation privilégiée semble d'ailleurs avoir porté fruit car on note une bonne communication entre les deux parties et une certaine vision commune du soutien à domicile. Il semble également y avoir un respect mutuel entre l'agence, qui entretient une attitude responsable dans les services offerts, et le CLSC qui contextualise les plaintes reçues au sujet du personnel des agences.

3. LES CONSÉQUENCES DU RECOURS AUX AGENCES PRIVÉES DE SOINS INFIRMIERS SUR LES SERVICES DE SAD

Faits saillants

Les caractéristiques du recours aux agences privées de soins infirmiers

- Les CLSC ont eu de plus en plus recours aux agences de soins infirmiers en contrecoup du virage ambulatoire : l'augmentation de la demande de services a occasionné un manque de personnel.
- Certains CLSC travaillent avec plusieurs agences de soins infirmiers tandis que d'autres travaillent avec une seule.
- Les services infirmiers demandés par les CLSC correspondent davantage à des horaires continus (routes), qu'à des horaires brisés.
- La plupart des CLSC perçoivent les agences de soins infirmiers de façon positive à cause de la formation professionnelle des infirmières garante de la qualité des services.
- Les perceptions négatives de certains CLSC à l'égard des infirmières d'agence ont trait à leur manque d'initiative ou d'expérience en SAD.
- Les employées d'agence se rendent au CLSC demandeur où on les met au courant des plans de soins de chaque bénéficiaire qu'elles devront visiter.
- À leur retour au CLSC, elles inscrivent directement les informations dans les dossiers respectifs des patients.
- Si ces procédures de suivi ne semblent pas poser de problème pour la plupart des CLSC, l'un d'eux considère que les infirmières d'agence font moins bien le suivi dans les dossiers.
- La chef de programme et l'intervenante-pivot s'occupent de l'évaluation de la qualité des services; les commentaires des bénéficiaires sont aussi pris en compte.
- En cas de plainte, les CLSC peuvent demander que les infirmières ne travaillent plus pour eux. Le plus souvent ils demandent des réajustements que l'agence accepte.

3.1 Les caractéristiques du recours aux agences privées de soins infirmiers¹⁰

Les informations données par les responsables des services de SAD au sujet des infirmières d'agence et de leur travail l'ont souvent été afin de faire comprendre les différences entre le recours aux agences d'aide à domicile et celui aux agences de soins infirmiers qui leur paraissait moins problématique.

3.1.1 Les raisons du recours aux agences privées: le virage ambulatoire et la pénurie d'infirmières

Le recours aux agences de soins infirmiers par les CLSC est un phénomène plus récent que le recours aux agences d'aide à domicile. Il ne remonte qu'à environ cinq ans. Les CLSC ont d'abord commencé à faire affaire avec des agences privées d'infirmières pour se dépanner, dans le contexte du virage ambulatoire où le manque de personnel pour répondre à la demande s'est fait de plus en plus criant. La pénurie d'infirmières a rendu plus difficile encore le recrutement :

Au niveau des soins, lorsqu'on a recours aux services d'agences, c'est exclusivement dans un contexte de dépannage, de débordement, parce qu'on a pas les ressources suffisantes pour donner les services (CLSC1).

Parce qu'avec la pénurie d'infirmières, avec tout ce qui est virage ambulatoire, c'est difficile de tout assumer à même notre personnel, donc des fois on déborde (CLSC2).

Au CLSC3, toutefois, le recours aux agences est dû à la mise en place du service Info-santé qui a entraîné une hausse importante des besoins en infirmières :

L'élément déclencheur pour un recours plus intensif a été le transfert d'Info-santé dans le CLSC. Il a fallu plus d'effectifs car il fallait du personnel le jour, le soir la nuit et le week-end (CLSC3).

3.1.2 La clientèle confiée aux agences de soins

Les responsables des services de SAD peuvent confier tous les types de clientèle aux infirmières d'agence car elles considèrent que leur formation professionnelle garantit la qualité des services.

Hier, on avait un infirmier d'agence qui travaillait, puis il est venu au CLSC puis je l'ai accueilli, puis j'ai eu aucune préoccupation des services qui seraient donnés aux clients ou des protocoles de soins. Les gens sont formés, ils arrivent avec une formation pour aller à domicile (CLSC1).

Le CLSC3, quant à lui, est plus réservé sur cette question. Il conserve certains services à l'interne au lieu de les donner aux agences :

¹⁰ Ces agences offrent uniquement des soins infirmiers. D'autres agences offrent les deux types de service.

Par rapport au SAD, certaines catégories de clientèles sont traitées par le CLSC lorsqu'il est nécessaire d'avoir un suivi régulier, de la stabilité ou un plan d'intervention précis (CLSC3).

3.2 Le nombre d'agences

Les CLSC1 et 4 travaillent avec plusieurs agences tandis que les CLSC2 et 3 travaillent avec une seule. Ces derniers expliquent qu'ils ont une bonne relation avec l'agence choisie. Ils ont tous deux la même stratégie d'intégration des infirmières d'agence aux formations données en CLSC:

Quand je fais du perfectionnement, ils sont invités dans l'équipe, ils font partie de l'équipe. Le contrat qu'on a avec eux, à 90% on a toujours les mêmes personnes qui viennent ici. Puis on cherche pas à chaque fois, quand on a des besoins (CLSC2).

On travaille avec une agence dont on connaît bien la fondatrice, donc on a déjà des liens. C'est quelqu'un d'assez responsable. Dès qu'on fait des formations, les employées sont invitées, c'est l'agence qui défraie les coûts. Ça améliore notre niveau de qualité (CLSC3).

Je leur donne l'orientation et la formation, à mes frais pour qu'ils soient au niveau de mon personnel. Donc quand j'ai des besoins, ces personnes-là qui viennent travailler ont les compétences de mes infirmières. C'est mon investissement, ça rapporte, c'est intéressant. C'est très bien, les clients font pas la différence entre ce personnel là et mon personnel (CLSC2).

Seul le CLSC2 assume les coûts de la formation de la main-d'œuvre d'agence. Cette responsable du service de SAD est d'ailleurs la seule à définir sa relation avec l'agence comme un partenariat. Il se traduit par une exclusivité des services et par des ententes au niveau du recrutement du personnel d'agence (un recrutement plus «personnalisé»).

(Je ne garantis pas un nombre d'heure minimum), mais je leur ai donné l'exclusivité dans mon service (CLSC2).

Souvent je recrute mon personnel à même ces employées (d'agences). Une fois qu'elles ont travaillé, je les oriente, je leur donne la formation, et à un moment donné je reçois les commentaires de l'équipe me disant (que telle) infirmière fait bien les choses (et qu'il serait intéressant de l'embaucher). Puis je dis (à l'agence) vous embauchez une autre personne, je vais la former et l'orienter à mes frais (CLSC2).

Moi, j'exige de rencontrer les infirmières, deux ou trois, et je les passe en entrevue comme si c'était mon personnel, mais je fais affaire avec une agence (CLSC2).

3.3 Les conditions de travail des infirmières d'agence

La majorité du temps, les infirmières d'agence prennent la route complète de celles qu'elles remplacent (l'ensemble des visites à domicile planifiées pour la journée). Elles font souvent des journées complètes. Il est rare qu'elles aient des horaires brisés :

Non, c'est pour des routes à faire. Souvent elles vont avoir les mêmes patients mais c'est pas comme une auxiliaire qui va avoir un patient qu'elle va faire à toutes les semaines, c'est plus dans un contexte de routes de soins planifiées à l'avance qu'elles doivent assumer (CLSC4).

Pour un des CLSC, le recours aux agences semble se faire sur un autre mode. Certes les infirmières peuvent être appelées à prendre la route des infirmières qu'elles remplacent, mais elles doivent aussi souvent faire des heures de nuit ou de fin de semaine. Ces heures, peu attrayantes pour le personnel de CLSC, ne facilitent pas le recrutement; c'est pourquoi elles sont données aux agences.

Il y a eu une recrudescence en besoins infirmiers, mais le recrutement est assez difficile et les services de nuit ne sont pas (acceptés en priorité) par le personnel infirmier qui va plutôt aller vers des postes de jour. Donc dans ces cas-là, le CLSC fait appel aux agences privées (CLSC3).

3.4 L'évaluation par les CLSC des agences privées de soins infirmiers

Les responsables des services de SAD ne mettent pas les mêmes caractéristiques de l'avant lorsqu'elles décrivent les agences auxquelles elles ont recours. Pour les CLSC1 et 2, l'évaluation est plutôt positive tandis que les CLSC3 et 4 évaluent les agences de manière plus critique.

3.4.1 Une formation reconnue et des compétences en maintien à domicile

Le fait que les infirmières aient une formation professionnelle facilite le travail des CLSC: en faisant appel à une infirmière d'agence, ils savent que celle-ci a des qualifications minimales et qu'elles correspondent à leurs exigences.

Au niveau des infirmières, j'ai pas de restriction, c'est des personnes qui ont la connaissance et aussi la capacité de répondre à tous les services de SAD... C'est une agence qui est spécialisée dans les services aux CLSC au niveau infirmier. Ils font strictement les CLSC. Moi j'en ai passé plusieurs avant d'arriver à celle-là. Moi depuis trois ans je fais affaire là et je n'ai rien à dire d'eux, j'ai un excellent service, excessivement professionnel (CLSC2).

Avec les infirmières c'est (différent d'avec les préposées d'agence)... parce qu'on exige les licences donc au départ, les personnes se présentent avec une licence : donc il y a eu une évaluation, il y a eu des compétences (CLSC2).

C'est une qualité supérieure au niveau des infirmières parce que là on a des gens, la profession comme telle, c'est un titre réservé, infirmière (CLSC1).

De plus l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec est une référence rassurante en ce qu'elle peut être interpellée en cas de problèmes :

Si cette personne-là fait une faute grave au niveau compétence, j'ai toujours recours à l'Ordre des infirmières (CLSC2).

Au niveau du cadre infirmier on a moins de difficulté parce que les infirmières ont quand même un minimum de connaissances et un maximum pour travailler en santé communautaire dans les services de soins à domicile. Le service de soins à domicile c'est de plus en plus complexe, c'est un service spécialisé à cause du virage ambulatoire, de tout le post-hospitalisé, le post-opéré. Donc faut avoir des gens compétents et du côté du soin infirmier, ça va; on n'a pas tellement de difficulté (CLSC2).

3.4.2 Des bonnes conditions de travail pour un meilleur service

Le fait que les agences de soins fournissent des services de bonne qualité va de pair, pour certains CLSC, avec le fait que les infirmières sont relativement bien payées et qu'elles peuvent donc s'investir plus dans le service, contrairement aux préposées d'agence dont les conditions de travail sont reconnues comme étant médiocres.

Les infirmières ont un meilleur salaire (que les préposées d'agences privées) donc ces gens ont une meilleure qualité, nous on reçoit une meilleure qualité de service (CLSC2).

3.4.3 Les critiques des CLSC à l'égard des infirmières d'agence

Pour les CLSC3 et 4, l'évaluation du recours aux agences est plus critique. On estime que les services sont rendus, mais ceci ne signifie pas que la qualité est présente.

Avec les agences, l'acte est fait mais on perd en qualité. En fait les agences, c'est pas l'idéal des choses. C'est un bon dépanneur mais bon. Avec la pénurie d'infirmières et le fait qu'on a des heures défavorables à offrir, qu'on a besoin d'infirmières la fin de semaine, on n'a pas le choix d'aller vers les agences... si c'était des postes de jour... (CLSC3).

Le CLSC4 souligne le manque d'expérience du personnel d'agence. Il considère que le soutien à domicile exige une expérience particulière à laquelle ne sont pas habituées les infirmières qui travaillent en agence :

La vision dans la tête des gens de ce qui se fait au CLSC est une vision simpliste, simplifiée c'est plus poli, des tâches. Mais actuellement la pratique fait que la clientèle qui est desservie à domicile a grand besoin de soins et d'aide et c'est souvent des services très complexes. Alors le personnel qui nous arrive et qui a

peu d'expérience dans le milieu hospitalier et qui se retrouve dans un domicile où là, tu as à organiser à planifier, faire tes soins etc... Dans un contexte où t'es pas dans une chambre d'hôpital, où t'as pas de matériel, où t'as pas un médecin qui est à côté de toi, puis trois infirmières sur le même plancher : c'est pas n'importe qui qui peut faire ça, et puis c'est pas non plus quelqu'un qui n'a pas d'expérience. Nous c'est clair : quelqu'un qui vient de graduer puis qui a un ou deux ans d'expérience, c'est insuffisant pour travailler dans le contexte actuel (CLSC4).

L'expérience du soutien à domicile, c'est aussi avoir l'esprit d'initiative, ce qui ne semble pas être le cas des infirmières d'agence du point de vue des CLSC3 et 4. Celles-ci, ayant souvent peu d'expérience ou uniquement une expérience en milieu hospitalier, sont habituées à travailler au sein d'une équipe et à être encadrées. En soutien à domicile, le travail se fait seule et requiert une certaine autonomie.

On est dans un contexte totalement autonome, seule avec le client, dans un milieu non-structuré avec pas de médecin, et beaucoup de décisions à prendre : avec ça qu'est-ce qu'on fait, pourquoi on le fait, comment on le fait? Ça prend des gens qui ont une bonne assise théorique, académique, scientifique, puis qui sont capables de le vulgariser puis de le transformer pour l'adapter dans un milieu qui change de visites en visites et qui doit correspondre à certains critères de qualité pour qu'on puisse donner les soins adéquats (CLSC4).

Le CLSC3 souligne aussi que le roulement de personnel nuit à la qualité de service des infirmières :

Généralement on est satisfaits; occasionnellement, elles ont été un peu moins compétentes mais c'est souvent à cause de la mobilité du personnel. On n'a pas toujours les personnes habituées à venir sur notre territoire alors ça peut laisser à désirer (CLSC3).

3.5 La transmission des informations aux employées d'agence

Les infirmières d'agence se rendent au CLSC le jour même du service. On les met alors au courant de l'état des bénéficiaires et des tâches qu'elles auront à accomplir. L'agence n'intervient que pour leur assigner leurs horaires de travail.

Pour les soins infirmiers, la personne se présente le matin ou la veille et on lui remet les plans de soins individualisés de chacun des clients et l'assistante, va passer la route avec cette personne-là pour s'assurer qu'elle comprend bien. Ou si elle revient la semaine d'après, ce sera pas nécessairement les mêmes clients, si elle est là pendant toute la semaine, on va démarrer la semaine puis au fil du temps elle va poursuivre. Mais si c'est sur une base ponctuelle on va refaire le même geste ponctuellement (CLSC4).

3.6 Le suivi

Une fois sa route terminée, l'infirmière d'agence revient au service de SAD pour inscrire au dossier les informations recueillies sur l'état du bénéficiaire. Si la plupart des CLSC ne perçoivent aucun problème au sujet de cette organisation du travail, le CLSC3 considère que le suivi n'est pas toujours aussi efficace :

Les suivis ne sont pas faits c'est clair ! Le plan d'intervention n'avance pas, on a plus de besoins et le suivi est moins bien effectué. Ça augmente le travail de l'intervenante-pivot qui a un nombre de clients et qui doit s'assurer que le client est visité. Si l'employée est remplacée, sa consœur doit faire le suivi du «case-load» (CLSC3).

3.7 L'évaluation de la qualité des soins

L'évaluation de la qualité des soins peut être faite par diverses personnes au sein du SAD. Dans le cas du CLSC2, une coordonnatrice clinique s'en occupe en faisant des vérifications auprès de la clientèle:

Au niveau de l'évaluation, j'ai une coordonnatrice clinique qui s'assure de la qualité de service sur l'ensemble des programmes de SAD. Donc ça veut dire que régulièrement cette personne-là va aller vérifier ou faire des «spot check»; on va s'assurer comment ça va à domicile (CLSC2).

Au CLSC3, c'est la chef de programme qui vérifie certains dossiers ou l'intervenante-pivot qui évalue la façon dont les services ont été rendus en recueillant les commentaires des clients. Toutefois, cette évaluation n'est pas effectuée de façon officielle et régulière:

Au niveau de l'évaluation, il n'y a rien de précis. Parfois je vérifie certains dossiers, j'ai les commentaires de la clientèle aussi, l'intervenante a des commentaires aussi, alors on fait des rappels (CLSC3).

3.8 Synthèse

Le recours aux infirmières d'agence est assez récent; il date d'environ cinq ans. Il a été précipité par le virage ambulatoire conjugué à la pénurie d'infirmières. Dans un cas, l'intégration d'un nouveau service (Info-santé) représente l'élément déclencheur. Dans la plupart des cas, les agences de soins ne sont appelées que dans un contexte de dépannage. Sauf pour le CLSC3, les infirmières d'agence font des remplacements d'une journée la plupart du temps, car elles prennent les routes complètes des infirmières de CLSC.

Pour tous les CLSC, les infirmières d'agence ont des qualifications faciles à contrôler étant donné qu'elles ont une formation professionnelle reconnue et qu'elles sont membres d'un ordre professionnel garant de la qualité et de la sécurité des soins. Les problèmes sont davantage dus au fait que les infirmières d'agence n'ont pas suffisamment d'expérience en matière de soutien à domicile, ni assez d'esprit d'initiative, selon certains CLSC. D'autres, par contre, se disent entièrement satisfaits du service des agences. Dans l'ensemble, les CLSC évaluent leurs rapports

avec les agences de soins infirmiers, ainsi que la qualité et la fiabilité des services, beaucoup plus positivement que leurs rapports avec les agences d'aide à domicile.

II - LE POINT DE VUE DES RESPONSABLES D'AGENCES PRIVÉES

4. LES RAPPORTS DES AGENCES PRIVÉES D'AIDE À DOMICILE AVEC LEUR PERSONNEL

Faits saillants

Les caractéristiques des agences d'aide à domicile

- Un roulement de personnel important.
- Une clientèle majoritairement composée de services de SAD de CLSC.
- Les heures de services: surtout aux heures de repas et de coucher/lever/toilette; rarement la nuit.
- Les agences peuvent offrir des services de façon expansive : elles peuvent desservir jusqu'à 30 CLSC, avoir de 150 à 200 employées et couvrir un territoire comprenant plusieurs localités et régions.
- Elles peuvent offrir des services de façon intensive : desservir un CLSC en particulier, avoir autour de 50 employées, limiter leur territoire de service à une localité.
- Travail à temps partiel ou à temps plein avec des horaires brisés.
- Travail sur appel et selon les disponibilités; pas de minimum d'heures garanti.
- Rémunération à peu près au salaire minimum; les déplacements sont aux frais des employées.
- Environ 5% du personnel ont un accident de travail déclaré par année.
- Liens avec l'ASSTSAS, pour la formation des instructrices du PDSB.
- Les CLSC en embauchent à l'occasion.

Les caractéristiques des employées d'agence

- Majoritairement des femmes âgées de 30 à 45 ans.
- Des expériences antérieures et des formations diverses plus ou moins professionnelles (infirmières, AFS, préposées aux bénéficiaires, vendeuses, coiffeuses, PDSB).
- Certaines ont de l'expérience; d'autres viennent travailler en agence pour en acquérir.

4.1 L'offre de services¹¹

4.1.1 Des agences mixtes ou spécialisées en aide à domicile

Certaines agences sont mixtes, c'est-à-dire qu'elles peuvent employer à la fois des infirmières et du personnel d'aide à domicile. C'est le cas de l'AP5, dont il a déjà été question au chapitre 2. Les deux autres agences étudiées n'offrent que des services d'AFS et de préposées aux bénéficiaires (AP3 et AP4).

Ces trois agences comptent entre 50 et 200 AFS et préposées régulières : l'AP3 a 50 employées, l'AP4, 180 employées et l'AP5 en a 130. Ces chiffres désignent le nombre d'employées actives dans l'agence à un moment donné car le taux de roulement est très élevé. L'agence qui emploie 50 employées en embauche presque le double, celle qui en emploie 180 en embauche 270 alors que celle qui en a 130 peut en embaucher presque 200 par an.

4.1.2 La clientèle et les territoires desservis

Pour les agences AP3 et AP4 en particulier, faire du soutien à domicile est une orientation qui s'est imposée au fil des années. Au départ, ces agences desservaient une clientèle plus diversifiée. Mais peu à peu, elles se sont spécialisées. Le soutien à domicile a toujours représenté l'activité principale de l'agence AP5, mais elle s'est diversifiée au fil du temps, desservant d'autres établissements tels que des centres d'accueil ou des hôpitaux. Ces agences ont en commun d'avoir les services de soutien à domicile des CLSC comme clients principaux. Elles se distinguent par le nombre de CLSC avec lesquels elles font affaire et les limites du territoire qu'elles desservent.

Certaines agences peuvent travailler avec une trentaine de CLSC différents (AP4 et 5) sur un territoire qui dépasse largement la localité et la région où est établie l'agence. D'autres agences, par contre, fonctionnent différemment. L'agence AP3 a choisi volontairement de ne pas prendre trop d'expansion et travaille avec un CLSC en particulier :

(Le soutien à domicile) ça demande beaucoup plus de suivi. (...) il faut donner un service beaucoup plus personnalisé et ça demande beaucoup plus d'énergie (que) quand on travaille avec les hôpitaux. (...). Alors nous, on a laissé les hôpitaux pour vraiment se spécialiser (AP3).

Pour cette responsable d'agence, faire du soutien à domicile implique un investissement total qui, seul, peut garantir un service de qualité (AP3). Le territoire d'activités de cette agence est également beaucoup moins étendu que celui des agences AP4 et AP5 et ce, pour éviter de dépersonnaliser les services. L'avantage de se limiter à une localité que l'on connaît bien signifie, pour la responsable, que les services seront de meilleure qualité :

On aurait pu aussi se développer (dans les villes voisines). Mais moi je me dis, quand on est d'(ici), on connaît les gens, on connaît le milieu, c'est une autre

¹¹ Pour un tableau synthétique des caractéristiques d'agences à l'étude, voir à la page 113 de l'annexe méthodologique.

culture aussi. Moi je voulais pas mélanger les choses, alors c'est pour ça qu'on est demeuré petit (AP3).

Les services donnés par les employées d'agences privées correspondent à des besoins ponctuels des bénéficiaires. La plupart des services se donnent au moment des levers et des couchers, des repas et de la toilette.

4.2 La gestion du personnel

4.2.1 Expériences professionnelles et embauche

Comme le suggère la diversité des expériences professionnelles des employées d'une agence privée à l'autre, les formations qu'elles ont reçues le sont tout autant. Il en va de même pour les critères d'embauche qu'utilisent les agences.

Les types de parcours des employées d'agence

Les employées ayant un parcours professionnel ont soit une formation d'infirmière (terminée ou en cours), d'auxiliaire familiale ou de préposée aux bénéficiaires (AP3 et 5). Ce type de parcours est plus fréquent dans les agences AP3 et AP5 que dans l'AP4.

Dans l'AP4, le personnel a plus souvent une expérience non professionnelle. Il se distingue aussi des autres agences par le fait que les employées n'ont pas aussi systématiquement reçu de formation. On y retrouve une majorité de personnes détenant un PDSB pour tout diplôme et un grand nombre de préposées aux bénéficiaires.

(Certaines employées ont) une formation d'auxiliaire familiale. Par contre, elles l'ont pas toutes et c'est même une minorité qui l'ont. La formation qui arriverait comme en deuxième lieu ça serait comme celle qui a pris son cours de préposée aux bénéficiaires. Mais le cours d'un an. Ensuite c'est le cours de préposée abrégé. Ce qui est le plus courant, c'est tout ceux qui ont le cours de PDSB (AP4)¹².

Les critères d'embauche

Les profils de formation des employées qui caractérisent les agences vont de pair avec leurs critères d'embauche. Il n'est donc pas surprenant de constater que les agences AP3 et AP5 accordent plus d'importance aux cursus scolaires que l'AP4.

¹² Les cours de base d'AFS ou de préposée aux bénéficiaires sont tous deux des cours d'un an offerts par le secteur professionnel des commissions scolaires. Le cursus peut varier un peu d'une commission scolaire à l'autre. La qualité de ces deux cours est équivalente et les employeurs s'en disent satisfaits. Par ailleurs, des écoles privées offrent des formations de préposées qui ne durent que de trois semaines à trois mois pour lesquelles les étudiantes reçoivent une attestation. (c'est sans doute ce qui est appelé le cours « abrégé »). Tous ces cours comprennent la formation du PDSB qui dure de 45 à 60 heures (pour plus de détails sur le PDSB, voir la note suivante).

Les exigences : le diplôme et la connaissance des principes du PDSB

Pour les agences AP3 et AP5, avoir reçu une formation en bonne et due forme est une exigence de base à l'embauche. Les responsables et coordonnatrices de ces agences y accordent beaucoup d'importance:

(Nos employées) sortent toutes de l'école. (...) Pour les préposées et auxiliaires familiales (...), on demande un cours, une attestation de l'école où elles ont fait leur cours avec diplôme. Ça nous prend attestation, diplôme, notes de cours, lettre de référence, lettre d'attestation d'un ancien employeur (AP5).

A l'embauche, les employées doivent aussi réussir un certain nombre de mises en situation concernant les déplacements sécuritaires. Dans les cas où les employées auraient certaines faiblesses, une remise à niveau est assurée immédiatement par l'agence:

(Quand on embauche une nouvelle employée, on exige une bonne connaissance) au niveau des déplacements, connaître bien les principes de l'ASSTSAS, des déplacements sécuritaires. Il y a des mises en situation qui sont faites (...) et l'infirmière (qui s'occupe du recrutement) va vraiment évaluer les gens dans des mises en situation au niveau du travail. Aussi au niveau des déplacements, ça c'est bien important, les techniques de bains, les techniques de transfert, de la mise en situation au niveau de l'approche psychologique, donc ça, c'est tout revu. On fait une évaluation à ce niveau-là (AP3).

L'importance de l'expérience

On demande toujours un minimum d'un an d'expérience (quelle que soit l'école de laquelle elles sortent). On demande de l'expérience autant à celles qui ont six mois de cours qu'à celles ayant reçu la formation d'un an d'auxiliaire familiale (AP3).

Les agences AP3 et AP5 disent faire de l'expérience un des critères de base de leur recrutement malgré le fait que dans la présentation du profil des employées, il est précisé que des jeunes étudiantes et diplômées peuvent être embauchées. Ce critère de l'expérience ne serait donc pas toujours appliqué lors de l'embauche de nouvelles recrues.

Parfois des exigences semblables à celles des CLSC

L'agence AP5 définit ses critères d'embauche de façon à correspondre aux normes des CLSC:

(Pour embaucher quelqu'un) ce qui s'est rajouté, il y a pas tellement longtemps, c'est un certificat de bonne conduite (s'obtenant auprès) de la GRC, pour montrer qu'on a pas de dossiers criminels. (...) Ça faisait partie des critères d'embauche du CLSC (qui) nous l'ont soumis. (...) On suit à peu près les mêmes critères que les CLSC, alors on se met à jour. Il y a quelques mois, ils nous ont dit que ça c'était rajouté, alors on le demande. Il faut aussi une photo parce qu'on fait une carte d'identification pour l'employée, quand elle va se présenter, elle est identifiée. Les CLSC (et les centres) font ça aussi (AP5).

Les exigences réelles : le PDSB, un critère parfois négociable

À l'AP4, dont le personnel n'a pas un profil professionnel, on retrouve principalement des préposées aux bénéficiaires et des personnes détenant un certificat de PDSB¹³. Celui-ci constitue d'ailleurs le critère d'embauche principal. Cette exigence répond aux exigences de la CSST et des clients.

Pas de PDSB, pas de travail! (AP4)

Sans PDSB, c'est de plus en plus dur de faire travailler (les employés), autant vis-à-vis de la clientèle qui (l') exige qu'au niveau de la CSST. C'est un cours minimum de 16 heures, c'est pour faire tous les transferts de façon sécuritaire, autant pour l'usager que pour le travailleur, de plus en plus, c'est un «must» (AP4).

Pour la responsable de l'AP4, ce «must» reste tout de même négociable à cause de l'expérience de certaines employées qui travaillent depuis longtemps dans le domaine de l'aide à domicile:

(Il se peut que certains employés n'ait pas de PDSB parce qu') il y a des gens qui sont arrivés après la fermeture des hôpitaux, qui ont 45 ans et ça fait 25 ans qu'ils travaillent dans le domaine. Il y a 25 ans, il n'y avait pas de cours, ils apprenaient sur le tas. Donc t'arrives pas à ces gens là (en disant) : «t'as pas de PDSB, va-t'en chez vous !», parce que souvent, l'expérience en vaut la chandelle. Donc on y va avec le maximum de jugement possible (AP4).

4.2.2 Les conditions de travail

Du travail sur appel

Dans le cadre du travail sur appel, les employées donnent leurs disponibilités, c'est-à-dire qu'elles signalent les jours et les heures pendant lesquelles elles sont prêtes à travailler.

Pas de minimum d'heures garanti

Ce n'est pas parce qu'une employée se dit disponible à temps plein qu'autant d'heures lui seront garanties. Certaines responsables vont même réduire volontairement les heures offertes pour être assurées de pouvoir répondre à la demande occasionnelle.

Si quelqu'un veut travailler 40 heures par semaine et veut pas travailler plus que 40 heures, c'est sûr que je lui donnerai pas 40 heures de clients réguliers, mais 35

¹³ Une des actions de prévention développée par l'Association de santé et sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS) dans le but de diminuer le nombre de blessures du personnel de soins dans le réseau de la santé est la formation aux principes de déplacement sécuritaires des bénéficiaires (PDSB). Une version particulière a été développée pour les soins à domicile des CLSC, dont les contraintes diffèrent de celles rencontrées en milieu institutionnel de soins. Une formation en PDSB est maintenant souvent une exigence d'emploi pour les AFS (Cloutier et al., 1998).

pour me garder cinq heures pour lui donner des occasionnels. Parce que tous les matins, on rentre puis il y a des occasionnels qui rentrent, alors ça me prend des gens disponibles pour les faire. C'est plutôt à ce niveau là qu'il va y avoir des changements (AP4).

Des horaires brisés

Les services donnés par les employées d'agences privées correspondent à des besoins ponctuels des bénéficiaires. La plupart des services se donnent au moment des levers et des couchers, des repas et de la toilette.

Environ 50% des employées des agences étudiées travaillent à temps complet, ce qui signifie qu'elles font en horaire brisé un nombre d'heures équivalent à un temps complet. Il est beaucoup plus fréquent pour les AFS et préposées d'avoir des horaires brisés que pour les infirmières. Les responsables (AP3,4,5) soulignent souvent que ce type d'emploi du temps est inévitable en soutien à domicile :

(Les horaires brisés), quand on parle de soutien à domicile c'est sûr que (c'est inévitable)... Mais on essaie toujours de minimiser ça pour leur donner vraiment des heures qui soient agréables pour eux aussi (AP3).

Le salaire minimum

Il n'y a pas de distinction de salaire entre les AFS et les préposées aux bénéficiaires et ce, malgré la différence de formation entre les deux métiers. Toutes sont payées aux alentours du salaire minimum; le kilométrage ou les déplacements ne sont généralement pas pris en compte sauf exceptionnellement. Les employées de l'AP5, par exemple, peuvent être payées davantage (+3 \$) lorsqu'elles se déplacent pour un cas isolé. Dans le cas de l'AP4, des frais de transport peuvent être défrayés par l'agence quand les employées ont une certaine ancienneté ou, encore, le temps travaillé déclaré peut être majoré de 20% de façon à augmenter indirectement leurs salaires. La seule agence qui n'opte pas pour de telles stratégies est l'AP3 : les salaires des employées de cette agence peuvent aller jusqu'à 7,50 \$ l'heure¹⁴.

4.3 Les caractéristiques du personnel

4.3.1 Des parcours professionnels variés

Les employées des agences étudiées ont de 20 à 60 ans mais celles âgées de 30 à 45 ans sont les plus nombreuses. La plupart des employées sont des femmes (près de 90%).

¹⁴ Par comparaison, les AFS qui sont à l'emploi des CLSC ont un salaire horaire de 14 \$ à 15 \$ l'heure plus divers avantages sociaux.

D'horizons divers

Elles proviennent de différents horizons et ont souvent eu des parcours hétéroclites. La plupart sont issues d'autres agences privées, d'hôpitaux ou de centres d'accueil. Pour celles qui ont quitté à la suite des fermetures de postes, l'agence est un lieu de travail qui leur permet de rester actives. Parmi les retraitées du système de santé que l'on retrouve en agence, il n'y a pas que des AFS ou préposées, mais aussi des infirmières (AP3 et 5). Dans les agences privées, certaines employées sont étudiantes en soins infirmiers ou en ergothérapie et viennent en agence pour acquérir de l'expérience pendant leurs congés (AP4).

L'agence : un lieu de passage.

Si on regarde tous les 18-30 ans, c'est beaucoup une trampoline dans le fond: ils vont à l'école, ils travaillent dans le domaine, en soins infirmiers, ils étudient dans le domaine, en ergothérapie, peu importe. Et ils viennent prendre un peu d'expérience pendant l'été (AP4).

Si une partie des employées sont relativement expérimentées dans le domaine de l'aide à domicile, d'autres viennent travailler en agence dans le but d'acquérir de l'expérience. C'est surtout le cas des employées les plus jeunes, encore étudiantes pour la plupart (en ergothérapie, en soins infirmiers). D'autres sont de jeunes préposées tout juste diplômées. Au sujet des jeunes en particulier, les responsables d'agence s'accordent pour attribuer à l'agence un rôle de tremplin vers l'avenir. Alors que les agences de soins infirmiers et les CLSC semblent être en concurrence pour le recrutement du personnel, les réactions dans les agences de préposées et AFS sont différentes: l'agence est vue comme un lieu de passage où le personnel vient chercher de l'expérience. L'agence AP3, en particulier, fait quasiment office de lieu de stage d'insertion où l'on acquiert de l'expérience.

L'agence : un tremplin vers les CLSC

Les gens viennent prendre de l'expérience ici, ils veulent se faire connaître. (...). Nous, on leur souhaite toujours mieux (que l'agence) dans le fond. Comme la personne qui vient de quitter¹⁵, on est contentes, on est heureuses. Cette personne-là avait une formation de préposée, elle a suivi en plus son cours d'auxiliaire familiale tout le long avec nous. On l'a poussée à suivre son cours en plus parce que maintenant les CLSC engagent avec la formation. Et puis cette personne-là s'est fait engager. On les suit beaucoup dans leur cheminement, quand on peut les aider, on les aide (AP3).

Aux dires de cette responsable, à défaut de fournir un salaire décent aux employées, l'agence fournit plus qu'un travail : elle motive les employées, les pousse à se former et à trouver d'autres emplois. Elle compense les salaires faibles par la valorisation des employées en leur fournissant un cadre de travail très humain.

¹⁵ Avant que débute l'entrevue, une jeune fille est arrivée. La responsable l'a accueillie en la félicitant pour sa place au CLSC4 (qu'elle a choisi plutôt que le CLSC3) et en lui disant qu'elle l'avait fortement recommandée, qu'elle était très contente pour elle.

Parce que nous, on fait toujours notre possible, du mieux qu'on peut, on essaie de valoriser nos employés du mieux qu'on peut. Peut-être qu'on peut pas financièrement mais on essaie de les valoriser autrement (AP3).

Les piètres conditions salariales du travail en agence constituent d'ailleurs une grande préoccupation pour cette responsable qui trouve les CLSC trop exigeants par rapport aux moyens financiers qu'ils mettent en œuvre pour les obtenir:

Moi je rêve du jour où je pourrais payer mes employées un salaire décent. Si les CLSC nous donnaient la même chose que ce qu'ils donnent à leurs employées, tout le monde y gagnerait. (...) Parce que le problème c'est qu'ils veulent pas payer mais ils veulent la même qualité que s'ils payaient leurs employées. Il y a un problème! (AP3)

L'agence : un lieu de travail flexible adapté aux besoins des employées

Pour certaines responsables, l'agence représente ce lieu de brassage d'employées où chacune vient chercher ce qui lui convient. Contrairement à la vision de la responsable de l'AP3, celles-là considèrent que l'agence n'est pas moins bien ou mieux que les milieux auxquels se destinent ou d'où proviennent les employées qui y sont de passage: l'agence est un lieu de compromis pour de nombreuses personnes, ce qui en fait un environnement de travail pertinent dans un contexte précis (pour sortir de la vie active, pour y rentrer, pour la compléter, pour l'accommoder avec d'autres choses etc.). L'agence comme lieu de travail complémentaire à une autre activité principale perd sa dimension précaire; et la flexibilité des horaires devient alors un avantage. Pour les responsables de ces agences, lorsque leurs employées se font embaucher par les CLSC, il n'y a pas lieu de se réjouir autant que le fait la responsable de l'AP3, mais une telle embauche est néanmoins le signe que le personnel de l'agence est de qualité.

4.3.2 L'ancienneté des employées d'agence

Le roulement du personnel

L'ancienneté des employées varie selon les agences mais partout le taux de roulement est élevé. À l'agence AP1, la plus récente, après deux ans d'existence, seulement 30% du personnel recruté au départ y travaille encore. Chez les agences qui existent depuis plus longtemps, (AP3 et AP5), très peu d'employées sont là depuis les débuts. Dans l'une d'elle toutefois, sur 180 employées actuelles, il y en aurait 100 (56%) qui y travaillent depuis cinq ans ou plus¹⁶.

¹⁶ Cette proportion peut paraître très élevée. C'est cependant la seule agence en soins d'hygiène qui prend en compte l'ancienneté dans la rémunération (en déclarant à la hausse le nombre d'heures effectuées et en payant certains frais de déplacement) et qui signale que certaines personnes se sont monté une clientèle avec les années. D'après la personne responsable de cette agence, certaines employées trouveraient leur compte en travaillant pour l'agence car la flexibilité des horaires leur permet d'avoir un autre emploi.

Les perceptions des responsables au sujet du roulement du personnel

Alors que certaines responsables d'agence semblent s'être accommodées du roulement de personnel (AP4), d'autres y voient la source de nombreux problèmes car cela nuit à l'image des agences et crée des difficultés de gestion des services:

Je sais que les agences sont souvent étiquetées: «oh! le personnel des agences, ça roule etc.»... mais c'est un problème pour nous aussi. (...) Les gens voient les agences d'une façon tellement négative. Et je sais pas ce qui a fait qu'on en est venu à ça, je vais vous dire. Ça je trouve ça tellement difficile, je trouve ça lourd à porter. (...) Quelque part, nous, on paie et les patients peuvent payer (pour) ça (aussi), parce que les patients s'attachent puis l'employée s'en va. On n'a pas de pouvoir. Puis, je pense que toutes les agences c'est pareil (AP3).

Ce taux de roulement élevé du personnel et les problèmes de qualité de service proviennent des mauvaises conditions salariales qui caractérisent le travail en agence (AP3) :

(Si les CLSC nous payait mieux les services) nous, on paierait mieux nos employées qui seraient peut-être plus portées à rester dans les agences. S'ils nous donnaient aux environs de 13 \$, comme aux auxiliaires qui commencent en CLSC, je pourrais en donner deux de plus de l'heure à mes employées. Ils feraient quand même des économies et y gagneraient sûrement en qualité (AP3).

4.4 La santé et sécurité au travail

Les accidents de travail

Toutes les responsables d'agence mentionnent que leurs employées peuvent occasionnellement avoir des accidents de travail. La plupart du temps, il s'agit d'entorses lombaires ou cervicales, de tendinites aux poignets et de blessures au dos ou aux genoux. D'après elles, le taux annuel de personnes subissant un accident est d'environ 6%. Trois sur 50 en subiraient à l'AP3 (6%); dix sur 180 à l'AP4 (6%) et quinze sur 220 à l'AP5 (7%)¹⁷.

La gestion des cas de CSST confiée à des firmes spécialisées

Toutes les responsables d'agence sont sceptiques en ce qui concerne le nombre d'accidents déclarés; elles disent constater parfois des irrégularités dans ces demandes d'indemnisation pour incapacité de reprendre le travail :

Moi j'ai des gens depuis onze ans, du mois de juin au mois de septembre, ils sont sur la CSST. C'est évident que c'est louche, mais j'ai pas la compétence de dire que ce médecin qui a rempli ce papier, il a pas d'allure, puis j'ai pas le temps. C'est pour ça que depuis un an et demi, c'est un firme qui s'en occupe, ce qui fait

¹⁷ Pourcentage sur l'ensemble du personnel. Compte tenu du roulement et du fait que le personnel est rarement à temps plein, il faudrait doubler ou tripler ce % pour avoir un estimé plus juste. En CLSC, par exemple, le taux d'incidence des lésions professionnelles des AFS a été de 14,3% entre 1993 et 1995. (Cloutier et coll., 1998).

une grosse différence. Elle vérifie, on les envoie chez le médecin, on fait revérifier les taux de la CSST, on fait changer les partages d'imputation. En un an, j'ai baissé 0,7% mon taux [de cotisation à la] CSST. On s'attend à ce que d'ici les prochains trois ans, il va baisser encore de 2%. Au total, 2,7%, ça paraît (AP4).

Face à ce qui est perçu comme des abus, certaines agences (AP4 et 5) ont confié à des organismes externes la gestion des cas de CSST tandis qu'à l'AP3 on s'en occupe à l'interne. Lorsque survient un accident de travail, la procédure est la suivante:

En cas d'accident, l'employée rapporte l'incident, vient chercher un papier, le remplit dans les 24 heures, va voir un médecin puis retourne à l'agence. La directrice des services professionnels et la mutuelle¹⁸ qui gère vérifient si cette déclaration peut être contestée. Quand c'est l'employée qui fait une mauvaise manœuvre, c'est sa responsabilité (AP5).

Les liens avec l'ASSTSAS

Les contacts des agences avec l'ASSTSAS ont souvent trait à la formation d'un instructeur PDSB pour l'agence. Le certificat de PDSB¹⁹ constitue une condition d'embauche d'après les responsables. De plus en plus, on exige que l'employée l'ait suivi avant de l'embaucher, sinon les responsables s'arrangent pour qu'elles suivent cette formation (d'où l'importance d'avoir des instructeurs sur place).

¹⁸ Selon la CSST, « Une mutuelle de prévention est un regroupement d'employeurs qui choisissent de s'engager dans une démarche afin de favoriser la prévention des lésions professionnelles, la réadaptation et le retour en emploi des travailleurs accidentés, en vue de bénéficier d'une tarification qui reflète leurs efforts. » (<http://www.csst.qc.ca>. Services aux employeurs/mutuelle de prévention/Qu'est-ce qu'une mutuelle). Certaines de ces mutuelles gèrent aussi le dossier de SST de petites ou moyennes entreprises externes, c'est-à-dire qui ne font pas partie de la mutuelle.

¹⁹ Voir la note 13 à ce sujet.

5. LES RAPPORTS ENTRE LES AGENCES PRIVÉES D'AIDE À DOMICILE ET LES SERVICES DE SAD

Faits saillants

Le fonctionnement des agences privées

- Les demandes de services se font par téléphone ou par télécopieur du CLSC vers la coordonnatrice de l'agence.
- Le personnel est réparti chez les clients selon des critères divers: lieu de résidence, préférences et préjugés des clients comme des employées, habiletés.
- La coordonnatrice prévient l'employée et lui donne le contenu du plan de service par téléphone.
- Le suivi se fait surtout à domicile, entre l'intervenante-pivot et l'employée d'agence; les employées ne passent par l'agence qu'en cas de problème.
- Certaines agences se réservent du personnel au cas où il y aurait un imprévu (désistements, nouveaux clients à la dernière minute), d'autres non.
- En cas de plaintes, les responsables d'agence considèrent toujours le contexte de travail des employées.
- Les ententes entre le CLSC et les agences sont rarement écrites. Elles sont souvent unilatérales et concernent la garantie de réponse de la part des agences privées aux demandes de services du CLSC.
- Certaines ententes implicites existent entre les agences et le CLSC concernant les actes délégués. Certaines agences refusent de les effectuer, estimant qu'ils sont du ressort exclusif du travail infirmier tandis que d'autres acceptent.

5.1 La gestion des demandes de service

5.1.1 La transmission de l'information aux employées

Le CLSC fait parvenir sa demande de service à l'agence qui, à son tour, affecte les employées aux différentes tâches à effectuer à domicile. Ceci se fait habituellement par téléphone. En formulant sa demande, le CLSC explique le type de tâche à effectuer et donne les informations pertinentes sur le patient. L'agence se charge ensuite de transmettre ces informations à l'employée.

Pour (transmettre l'information aux) préposées, ça se passe par téléphone. Nous, on a reçu le plan de service puis on donne tous les renseignements par téléphone, le plus possible parce que c'est mieux d'en avoir trop que pas assez, des fois (AP5).

Dans certains cas, les employées sont au courant de leur emploi du temps à venir jusqu'à un mois à l'avance (AP3), dans d'autres, elles l'apprennent aux quinze jours lorsqu'elles viennent chercher leur paye. Cela ne vaut pas pour les fins de semaine où il y a plus d'imprévus; les employées sont alors mises au courant par téléphone à la dernière minute (AP4).

5.1.2 Les critères de répartition des employées

Une fois que le CLSC a fait sa demande de service, les responsables d'agence affectent les employées dont les disponibilités correspondent. Toutefois, le fait d'être disponible ne constitue pas le seul critère d'attribution du travail. Plusieurs autres facteurs sont également pris en compte : il peut s'agir du lieu de résidence, des préjugés des employées ou des clients les uns envers les autres ou des habiletés diverses du personnel.

Une répartition selon la distance entre le lieu de résidence et le lieu du service

Les distances parcourues par les employés constituent un élément important de la gestion des ressources humaines de ces agences (3,4 et 5). C'est pourquoi le lieu de résidence représente le premier critère pris en compte dans la répartition des employées. Aucune des agences étudiées n'exige de ses employées qu'elles aient une voiture. La plupart du temps, les distances pour se rendre aux domiciles sont parcourues à pied ou en transport en commun. Aussi, les responsables n'ont d'autres choix que de tenir compte de cette contrainte. A ce sujet, les agences privées présentent deux façons de faire.

La responsable de l'AP3 explique que les difficultés de transport de ses employées ne doivent pas les empêcher de travailler. Elle adapte donc les services aux possibilités de déplacement des employées de façon à ce qu'elles n'aient pas à parcourir de grandes distances, ni trop de cas à visiter dans les limites de temps imparties.

Il y a des (employées) qui sont en autobus. On essaie de leur donner un client ou deux maximum dans le même secteur. On essaie qu'ils puissent marcher d'un coin de rue à l'autre. On essaie de pas pénaliser: les gens qui veulent travailler, il faut leur donner une chance aussi (AP3).

Dans cette perspective, les responsables peuvent refuser des services qui impliquent que leurs employées aient à parcourir de longues distances pour un service de courte durée:

Si j'ai un dossier, par exemple, qui est loin et que je sais que ma petite madame qui est disponible voyage en autobus. Je m'excuse, mais je ne l'enverrais pas aussi loin pour aller coucher un patient. Non! Ça, faut regarder la condition humaine, c'est fondamental, pour moi c'est important. Ce que j'aimerais pas qu'on me fasse je le fais pas aux autres, c'est ma devise. Alors j'essaie d'arranger le mieux possible (AP3).

Au lieu d'adapter individuellement les services aux employées, d'autres agences organisent les services par secteurs. Les employées résidant dans tel coin de la ville se verront attribuer des services que dans ce périmètre. Les distances prises en compte en regard du lieu de résidence de l'employée créent une sectorialisation importante.

On fonctionne par secteurs pour améliorer les temps de réponses aux urgences ou pour que les gens aient pas à se déplacer (pour que) les gens (ne) perdent (pas) des heures en transport en commun. C'est des heures qui pourraient être travaillées et payées. Donc, c'est pour le bien-être de tout le monde. Par exemple, (...) vous demeurez à tel endroit, vous allez travailler autour (de ce secteur)(...) (à cause du) transport en commun et pour pas vous faire courir. (Sinon) vous allez travailler pour moi 3 jours. Donc, c'est aussi pour mon bien-être à moi (AP4).

Selon les habiletés des employées

Au moment d'envoyer les employées à domicile, les responsables tiennent également compte des habiletés de chacune afin que le service soit rendu le plus adéquatement possible.

Si on me prévient d'avance, (...) moi je cédule la bonne employée chez le bon bénéficiaire à qui elle va donner des services. Parce qu'on connaît notre monde. On sait qui peut aller chez telle clientèle ou chez telle autre clientèle. (On peut dire:) «elle, elle a moins d'aptitude pour ce genre de clientèle-là». (AP5)

J'ai déjà refusé (d'offrir des services). Quand un cas a certaines particularités et que je sais que l'employée disponible a pas l'expérience nécessaire (...). Je vais vraiment envoyer quelqu'un qui, je sens, va bien "fiter" dans ce dossier là. J'enverrais pas (une personne) juste pour envoyer quelqu'un comme ça. Non, là je suis très honnête par rapport à ça (AP3).

Selon les préjugés de chacun

Si les distances représentent un inconvénient physique et objectif à considérer lors de la répartition des employées, une contrainte plus subjective ajoute à la complexité de la situation. Les employées ont leurs préférences en matière de clientèle mais aussi leurs peurs et leurs préjugés face à certains types de bénéficiaires, comme les personnes atteintes du sida. Certaines employées refusent catégoriquement de se rendre au domicile de ces personnes (AP5).

De leur côté, les bénéficiaires ont aussi leurs exigences concernant les employées qui se présentent à leur domicile. D'après les responsables, il est difficile de ne pas en tenir compte car lorsqu'elles ne sont pas satisfaites, il est souvent plus difficile pour l'employée de donner le service:

C'est sûr qu'à la base j'essaie de respecter au maximum (les représentations sociales des patients), parce que si quelqu'un veut des services mais qu'elle veut pas d'Haïtien... Tu peux en envoyer, mais elle va assez lui mener la vie dure, la pauvre fille ou le pauvre gars, que lui ou elle sera pas bien dans son milieu de travail... C'est dur parce que (les clients) sont chez eux et tu envoies quelqu'un qu'elle veut pas. Tu peux dire: «c'est ça ou t'as pas de service» (et la cliente aura pas le choix d'accepter) mais elle va assez lui mener la vie dure que c'est à ton employé que tu donnes du trouble et lui, il en mérite pas (AP4).

5.1.3 Le suivi des cas : procédures et difficultés

Le triangle employées / agence / CLSC

Le suivi direct se fait entre les employées d'agence et le personnel du CLSC :

Le personnel de la route va connaître beaucoup plus le personnel du CLSC que moi. (...) Ils vont parler à l'infirmière qui vient chez Mme Unetelle pour changer sa sonde. Quand elle arrive pour changer la sonde de Mme, l'auxiliaire est là, donc il y a beaucoup de choses qui doivent s'échanger là, qui ne me passent pas non plus entre les mains. Généralement quand ça va bien, moi je n'en entends pas beaucoup parler. L'auxiliaire va en parler avec l'infirmière, l'ergothérapeute ou la travailleuse sociale. Il y a quelqu'un du CLSC qui se promène quand même sur une base assez régulière. Mais là encore, ça dépend des CLSC (AP4).

Le suivi des clients ne passe par l'agence que lorsque les employées sont face à un cas problématique²⁰: dans ce genre de situation, l'employée téléphone à la responsable d'agence qui communique avec le CLSC.

Toutes les employées de la route relèvent du bureau. Donc, pour toutes les situations qui sortent de l'ordinaire, que ce soit un client qui a un point de pression ou autre, (elles appellent l'agence) (AP4).

Les employées vont aussi rapporter à l'agence toutes les difficultés rencontrées dans l'accomplissement des tâches. Si l'employée a besoin de plus de temps qu'auparavant pour rendre son service, cela peut indiquer une détérioration de l'état du patient. Une fois avertie, l'agence à son tour met au courant l'intervenante-pivot du CLSC.

²⁰ L'agence AP4 a déjà effectué le suivi, par le biais de l'envoi au CLSC d'une feuille simple pour chaque dossier, mais la formule a été abandonnée à la suite de l'insatisfaction de certains CLSC. Dans la plupart des cas, le suivi ne se fait que lorsqu'il y a problème; il y a alors contact entre l'employée et l'agence, puis entre l'agence et la personne responsable au CLSC.

Mettons, ça fait trois jours qu'on y va puis (le bénéficiaire) est toujours à jeun ou alors il est en état d'ébriété. Tout ce qui est anormal, (les employées nous le) communiquent. À partir de là, dépendamment de la situation, les procédures vont être différentes (AP4).

Une fois que les responsables d'agence sont au courant des situations problématiques à domicile, leur rôle est de communiquer l'information aux CLSC ou aux services d'Info-santé lorsque le CLSC est fermé.

Des attentes hétéroclites de la part des CLSC

Selon les agences, les attentes des CLSC peuvent être très différentes; cela dépend de la façon dont ils conçoivent leur relation avec l'agence. Alors que certains peuvent favoriser le partenariat, d'autres n'accordent pas de crédibilité à l'information provenant des agences et de leurs employées; ils ne leur reconnaissent pas les qualifications nécessaires pour intervenir dans le suivi.

(D'une part) il y a cette idée qui est perçue de la part des CLSC qu'on travaille pour le même but, en coalition, main dans la main. Et d'autre part, il y a l'idée qu'on est vraiment des sous-traitants, que notre travail s'arrête à ce qu'on nous dit de faire, on doit pas en faire plus. Il faut savoir avec quels CLSC on travaille et de quelle façon. Il y en a qui sont plus intéressés à savoir ta version, il y en a d'autres qui la veulent pas: "je t'ai demandé d'aller faire un bain. Monsieur est propre, merci, on veut pas d'autres questions, le reste ça te regarde pas, tu n'as pas la compétence de le juger". Il y en a, c'est clairement ça. Il y en a d'autres pour qui c'est important d'avoir ton feed-back, la majorité (AP4).

À ce sujet, la responsable d'AP4 est bien consciente des différences de qualification entre ses employées et celles du personnel des CLSC; elle ne prétend d'ailleurs pas à la même expertise. Ce qu'elle affirme pouvoir offrir, c'est un autre type d'expertise, complémentaire à celle des CLSC, basée sur l'expérience de terrain, l'observation directe du bénéficiaire :

On travaille tous pour le même but, que ce soit en privé ou en gouvernemental, (ce qui compte) c'est le soutien à domicile, le bien-être des gens qui y sont, suivre au maximum pour savoir si la personne est apte ou non (à demeurer à domicile). Les gens de chez-nous n'ont pas cette compétence. Par contre, ils peuvent remarquer en étant là 30 à 40 heures par semaine parfois chez la même personne: "écoute il y a quelque chose qui a changé, je sais pas quoi mais, mais avant il savait où il s'en allait, là il dit qu'il a mangé puis son assiette est sur le comptoir". Il dira pas qu'il est apte ou non à vivre à domicile mais il dira qu'il y a un problème, ce qui est nouveau.

5.1.4 Les désistements

Pour toutes les agences, les désistements posent un problème majeur car il faut remplacer l'employée prévue par une autre. Certaines agences s'organisent en conséquence pour pouvoir répondre aux services de dernière minute (rationalisation des distances et réservation du

personnel). D'autres semblent fonctionner sans grande marge de manœuvre et disent arriver à «se retourner sur un dix cents».

Les marges de manœuvre

Certaines agences se laissent une marge de manœuvre pour pallier ces désistements. Au lieu d'employer à 100 % les disponibilités des employées, une responsable d'agence choisit de se garder du temps en cas d'urgence.

Tous les changements se confirment par téléphone. Il y a peut-être 35 à 40% de changements et souvent c'est en plus. Tout le monde a une disponibilité de 10 % pour prendre des occasionnels. Si quelqu'un veut travailler 40 heures par semaine et veut pas travailler plus que 40 heures, c'est sûr que je lui donnerai pas 40 heures de clients réguliers, mais 35 pour me garder cinq heures pour lui donner des occasionnels. Parce que tous les matins, on rentre puis il y a des occasionnels qui rentrent, alors ça me prend des gens disponibles pour les faire (AP4).

D'autres agences ne se donnent pas de marges de manœuvre et les cas de désistements y sont envisagés comme une difficulté majeure. A chaque fois, ces désistements amènent les responsables à « se retourner sur un dix cents » pour réussir à remplacer la personne qui s'est décommandée. La responsable de l'AP3 déplore ces désistements, non seulement à cause des problèmes qu'ils peuvent occasionner au niveau du remplacement, mais aussi et surtout à cause du désengagement professionnel dont ils témoignent.

Je comprends (que les gens ne viennent pas en agence pour y rester), mais je me dis au moins si la personne s'engage (à faire un service). (Ça arrive que des employés disent à la) dernière minute: "bon, ça me tente plus, moi je m'en vas"... La notion d'engagement, puis rester, c'est moins présent aujourd'hui. Ça, on voyait pas ça il y trois ans. Ça a changé beaucoup. Il y a comme un changement au niveau de l'engagement des gens. Maintenant les gens appellent: "je suis malade je peux pas rentrer, j'ai une grippe". Avant on voyait pas ça (AP3).

La rationalisation des distances

A l'intérieur d'une même AP, les remplacements peuvent être plus ou moins difficiles à effectuer selon les zones desservies. Ceci est le cas pour les agences fortement sectorialisées comme l'AP4. Le temps de réponse de l'agence peut être de 20 à 30 minutes dans les zones où une grande quantité de services est habituellement donnée (car il y a davantage d'employés disponibles). En revanche, le temps de réponse est plus long dans les secteurs où il est rare d'avoir des services car la liste de rappel des employés qui y gravitent est moins fournie.

5.1.5 La gestion des plaintes : le rôle de l'agence

En cas de plaintes, le CLSC s'adresse d'abord aux responsables d'agence qui les transmettent à leurs employées.

Si on reçoit une plainte d'un bénéficiaire, généralement lui, il va appeler son intervenant qui va m'appeler pour faire la plainte (AP4).

Les responsables d'agence abordent habituellement ces plaintes avec une certaine distance critique et essaient d'en saisir le contexte.

Un environnement de travail inadapté à l'employé

Une des façons de contextualiser la plainte consiste à examiner l'environnement de travail des employées. Il se peut que ce soit la raison pour laquelle l'employée ne fournit pas un bon service. Lorsque les responsables estiment que c'est le cas, elles tentent de clarifier la situation. Elles peuvent aller jusqu'à replacer les employées dans un nouvel environnement de travail (AP3).

Je pense que s'il y a une critique d'un client, c'est que l'employée n'était pas bien là-dedans. On essaie de changer. Des fois ça s'arrange, des fois c'est juste des problèmes de perceptions, des fois c'est juste des incompatibilités, toutes sortes de choses. Mais on s'arrange. Ça va jusqu'à changer l'employée pour une autre mais... des fois ça s'arrange, on essaie d'arranger ça à l'amiable, il y a rien de mieux de que la communication (AP3).

Des plaintes dues aux préjugés des clients

À l'égard des plaintes formulées par les CLSC et leurs patients, les responsables d'agence tiennent à valider les différentes versions car elles estiment que les plaintes peuvent être basées sur des préjugés et donc ne pas être fondées.

C'est sûr qu'on travaille avec des êtres humains qui ont des visions différentes. Moi j'ai déjà eu des gros problèmes parce que j'ai envoyé un roux quelque part et la madame, elle est pas capable de sentir les roux. Pour elle, c'est effrayant. Donc c'est sûr, elle a appelé son intervenante-pivot pour se plaindre. Mais ça a pas de poids. Même chose pour une personne qui veut pas avoir quelqu'un de couleur (AP4).

Il y a tout le temps (des plaintes non fondées). Comme récemment j'ai un employé, ça fait huit ans qu'il travaille pour moi, on l'accusait de vol. Faut faire attention, c'est une accusation de vol. Puis moi, c'est un employé en qui j'ai pleinement confiance. Il faut que tu saches faire la part des choses. Des fois on va dire telle auxiliaire a fait telle affaire, mais toi tu la connais ton auxiliaire. Bon t'as le bénéfice du doute mais tu vérifies pareil. Mais tu finis par savoir. C'est sûr qu'on n'a pas toujours des commentaires agréables, des critiques agréables, mais on le vérifie (AP5).

Les problèmes de communication

Les responsables d'agences d'aide à domicile congédient rarement leurs employées en cas de plainte (ou le font à reculons). Il leur semble difficile de trancher face au manque de clarté de certaines situations qui seraient dues à un problème de compréhension entre les personnes concernées et un client. La contextualisation de la plainte représente une ligne de conduite si

forte que même dans les cas que les responsables considèrent les plus graves, elle demeure valable:

(Par exemple) j'arrive le matin, je cogne à la porte ça répond pas. Je vous ai vu hier, vous m'aviez dit que vous passiez, que vous viendriez chercher (votre mère qui est la cliente), je vais pas plus loin. Puis dans le fond, elle était à terre dans le fond de l'appartement. Oui c'est grave. Parce que dans le fond, il faut que (la parente) appelle, qu'elle le mentionne, qu'on raye (le service), parce que dans le fond on peut pas laisser une porte sans réponse sans savoir pourquoi. Mais de l'autre côté pour faire ouvrir cette porte-là.... On essaie de retracer (si la personne est sortie), on fait venir la police, défoncer la porte, la madame est pas là. La fille, elle revient, elle nous engueule et elle dit: "je l'ai dit à votre auxiliaire hier". "Non, c'est pas de même que tu me l'as dit, tu m'as dit peut-être que tu viendrais la chercher". Ça a pris des proportions. Dans le fond, elle l'a fait sa job. Puis si elle le fait pas, c'est pas mieux, il y a tellement.... Donc c'est pour ça que je dis oui, éventuellement, ça doit mener à un congédiement parce que pour moi c'est ce qu'il y a de plus grave. Parce que moi, c'est ce qui peut m'occasionner le plus de problème. Par contre, il y a tellement d'humains autour de ça et de situations (AP4).

Les responsables des agences considèrent rarement que le manque de compétence de leurs employées pourrait être à l'origine des plaintes. À leur avis, ce sont des circonstances qui pèsent sur le travail d'auxiliaire et de préposée qui sont en cause. Le fait de travailler avec des êtres humains nécessite tellement d'adaptation des uns et des autres, de conciliation, estiment-elles, qu'il faut relativiser les plaintes.

5.2 Les ententes entre les agences et les CLSC

5.2.1 Des ententes contractuelles rares et unilatérales

Aucun contrat légal ne semble régir les relations entre les agences et les CLSC. On est dans le domaine de l'entente contractuelle, souvent unilatérale selon les responsables des agences AP4 et 5, ou de l'entente verbale. Les termes de ces ententes ont trait, par exemple, à l'engagement à répondre aux besoins des CLSC (AP3); à une garantie de couverture des employées par les assurances; à l'interdiction d'annuler un dossier à moins d'un pré-avis de trente jours; à l'engagement d'accepter de la nouvelle clientèle etc...(AP5). Une responsable d'agence précise qu'elle ne refuse jamais les cas difficiles (personnes incarcérées ou psychiatriquées) et qu'elle n'hésite jamais à prendre une clientèle délicate. En revanche, il lui arrive de refuser d'offrir des services lorsqu'elle se rend compte que les CLSC lui donnent systématiquement les mêmes cas difficiles:

À un moment donné, quand tu t'aperçois qu'un client t'appelle pour te donner un dossier qui a fait le tour des agences et que plus personne n'en veut et on sait que toi, tu vas le prendre. (Ça marche) une fois, deux fois, puis à un moment donné "non, j'en veux pas". J'ai toujours pris des cas qui était très problématiques, j'ai pas de problème avec ça. Pour un client qui est avec nous, sur une base régulière,

il n'y a pas de problème, même si c'est un nouveau client qui nous arrive avec ça; c'est un nouveau défi. Par contre, quand tu te rends compte que ces clients te transfèrent rien que ces cas-là, ben qu'ils appellent leurs intervenants réguliers (AP4)!

Certains termes des ententes contractuelles explicitent quels sont les tarifs horaires en vigueur dont les CLSC doivent s'acquitter :

Quand (les CLSC) décident de signer une entente, c'est qu'ils sont d'accord avec ce qu'on demande. On demande pas énormément, on se plie plus aux exigences qu'eux peuvent se plier aux nôtres (AP5).

Si les responsables d'agence ne semblent pas étonnés du manque de précision des ententes qui les lient aux services de SAD, c'est que leur fonctionnement repose sur des normes implicites entre les deux parties:

(Au sujet des exigences entre CLSC et agences, les responsables de SAD) ils n'en parlent pas, je vous avoue honnêtement. Dans le fond, ici on existe depuis '84 et on travaille avec les mêmes gens. Des fois, (les gestionnaires) vont changer de CLSC mais c'est toujours le même monde qui gravite autour, on parle d'un monde très fermé, le même monde, les mêmes gens... Je pense qu'il y a une confiance qui s'établit plus qu'autre chose, je crois (AP4).

5.2.2 Des attentes implicites au sujet des actes délégués²¹

En s'adaptant aux besoins des CLSC, les agences peuvent être amenées à faire effectuer des tâches spécifiques et délicates comme les actes délégués qui sont habituellement (mais pas depuis toujours) effectuées par des infirmières. Toutefois, ce ne sont pas tous les CLSC qui ont de telles attentes. En effet, face aux actes délégués comme le curage rectal, le gavage ou l'irrigation vésicale, les responsables de soutien à domicile peuvent défendre des positions différentes. De leur côté, ce ne sont pas toutes les responsables d'agence qui acceptent ce genre de tâches. Ces deux perspectives traduisent des visions différentes de la relation de travail avec le CLSC.

Il y a comme deux grandes positions: il y a certains CLSC qui nous font déléguer des actes sans problème et ça ne leur cause aucun problème. (...) Par contre, il y a des CLSC qui disent: "nous, nos filles en font pas, donc on n'accepte pas que vous en fassiez". Ce CLSC, quand il y a des personnes handicapées, ils

²¹ La Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., c I-8) et le Code des professions (L.R.Q., c. C-26) encadrent de façon très serrée la délégation d'actes habituellement réservés. Un règlement particulier sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers en précise les principes généraux, les conditions locales, l'application du règlement (dont les responsabilités du directeur/directrice ou responsable des soins infirmiers de l'établissement), la liste des actes ainsi que les personnes habilitées à poser ces actes, et les conditions de surveillance prescrites. Aucune référence à ces dispositions juridiques n'apparaît cependant dans les ententes entre les CLSC et les agences privées. La loi 90, adoptée en 2002, en a modifié la teneur et assoupli considérablement les dispositions.

s'arrangent avec la famille (qui) s'arrange pour faire les curages. Nous, on n'embarque pas dans ça. Puis on fournit pas d'infirmières pour le faire, puis il n'y a pas d'auxiliaires qui va le faire. Mais jusqu'à quel point ça prône le soutien à domicile, ça... Je pense que ça va vraiment avec la direction de chaque CLSC, mais je dirais que la majorité tendent vers les actes délégués (AP4).

Le respect des mêmes règles qu'au CLSC

Pour certaines agences (AP3 et 5), ce qui n'est pas permis «à l'interne», au CLSC, ne l'est pas non plus pour leurs employées. À leur avis, les actes délégués représentent une déviation à la règle suivie par le CLSC. Quand le CLSC demande que les auxiliaires d'agence ou les préposées effectuent ces tâches, les responsables d'agence disent n'accepter qu'à condition que la responsabilité complète en incombe aux CLSC.

Nous, on va pas s'amuser dans les plates-bandes de ce qui s'appellent actes infirmiers. (...) Et moi quand on me demande, je suggère une infirmière ou une infirmière auxiliaire, je vais pas suggérer une préposée ou une auxiliaire familiale (AP5).

Non, non! Aucune employée ne fait d'actes médicaux. Si le CLSC demandait quoique que ce soit, on lui demanderait de nous signer des papiers puis... Mais on en fait jamais, c'est pas compliqué, on n'accepte pas (AP3).

C'est délicat ça, parce que c'est (hésite). (...) Le CLSC peut m'appeler dans un cas particulier et ils vont me le demander. On va accepter dans la mesure où le CLSC en prend la pleine responsabilité et (en insistant) on me le confirme par écrit, par la responsable ou la chef de programme du CLSC, autrement je ne le fais pas. Puis l'employée est supervisée par une infirmière, on est très très (pointilleux) parce que c'est délicat (AP5).

Les responsables de ces agences font ressortir que les tâches qu'ont à faire leurs employées se limitent strictement à ce que le CLSC demande. Pour les responsables, le rôle des employées de l'agence est défini par le plan de soins qu'elles doivent suivre à la lettre. En ce sens, les responsables estiment que leurs employées sont tout à fait capables de faire les mêmes tâches que celles effectuées par les AFS de CLSC, en suivant le plan de soin. Elles refusent cependant de prendre des décisions que leurs consœurs du CLSC, elles, pourraient peut-être prendre :

C'est sûr que les gens du CLSC ont une certaine attitude que nous, nous n'avons pas. Le CLSC peut avoir une initiative différente de celle d'une agence. Parce qu'une agence, il faut s'en tenir au strict minimum. (...). C'est toujours eux qui ont le gros bout du bâton, comme on peut dire. Nous, on se trouve toujours plus limitées et c'est correct comme ça parce que notre responsabilité s'en tient au plan de soins et puis les CLSC ont leurs champs d'activités. C'est le respect de tout ça qui fait que justement les liens sont bons, puisqu'il y a un respect mutuel (AP3).

A la différence du personnel de CLSC : le contournement de règles par certaines agences

L'AP4 affiche une position différente de celle des agences AP3 et AP5 à l'égard des CLSC. Non seulement cette agence ne cherche pas à fonctionner selon les normes du CLSC mais elle participe à leur contournement, en collaboration avec les responsables du SAD. Le positionnement de ce type d'agence est le résultat d'un arrangement entre le CLSC et l'agence. Le CLSC procède à un relâchement de ses règlements qui permet à l'agence d'élargir le champ de ses activités:

Il y a beaucoup de choses que nous on fait et que eux (les employés de CLSC) font pas par actes délégués. Nous, ça dépend des CLSC. Je veux pas m'avancer, pour la majorité, je crois, les auxiliaires font aucun acte délégué. Elles sont toutes liées par une convention collective, (donc elles ont pas le droit de faire) un acte infirmier qui serait délégué à un auxiliaire familiale ou un préposée, ce qui s'est toujours fait dans le milieu, mais ce qui se fait pas, je suis à peu près convaincue, nulle part en CLSC.

Si je regarde au niveau du gavage, au niveau du curage rectal, ce sont souvent des choses (que les CLSC) nous font faire (...). Parce qu'eux, s'ils le prennent à l'interne, il faut envoyer une infirmière le faire, parce qu'ils ne peuvent pas déléguer ces actes-là, alors que nous, on accepte de les déléguer. La majorité de mon personnel est formé pour ces tâches-là, donc eux vont le faire (AP4).

Pour la responsable de l'AP2, le fait que les actes délégués ne puissent être effectués par des AFS des CLSC, n'empêche pas qu'ils le soient au sein de l'agence. Elle n'est pas convaincue qu'il s'agisse là d'actes qui devraient être réservés aux infirmières car, à son avis, ils ne requièrent pas une grande expertise :

(Quand les employées font des actes délégués) il y a une supervision initiale qui est faite par les infirmières. On peut être honnête, c'est pas sorcier non plus. Par contre, initialement, ça prendrait une infirmière pour le faire. Je peux pas vous dire exactement la loi qui gravite autour, là (AP4).

Par contre, il arrive que leurs employées aient des réticences :

On a eu certaines difficultés avec quelqu'un qui vient de prendre son cours d'auxiliaire familiale qui a été un an sur les bancs d'école à se faire dire ce qu'il fallait qu'ils fassent et ce qu'il fallait pas qu'il fasse sur papier, et puis quelques stages en CSLC ou en agences, ça dépend des endroits finalement. Puis, quand il arrive sur le terrain, puis que tu lui dis: "tu serais disponible pour une formation pour les curages?". Là, il dit: "mais j'ai pas le droit de faire ça, on me l'a dit". "Oui, mais là t'es dans la réalité". Donc, on peut avoir un peu plus de réticence, mais c'est la grosse minorité. La majorité des gens savent dans quoi ils s'embarquent. Puis, c'est la façon de fonctionner. (AP4)

La responsable de l'AP4 justifie sa position, favorable aux actes délégués, par la prise en compte de la réalité du terrain. Le respect du protocole des CLSC par rapport aux actes délégués serait

plutôt paradoxal étant donné que le type de clientèle, souvent réservé aux agences, exige ce type de tâches :

C'est sûr, quand on arrive dans un secteur où la majorité des usagers au niveau des projets POSILTPH (...) sont paraplégiques, quadraplégiques, ils (ont) à peu près tous (besoin) de curages rectaux. Donc, jusqu'à un certain point ça serait stupide d'envoyer trois fois par semaine, des infirmières chez les usagers pour donner ces soins-là quand on sait comment ça marche, ça coûterait le triple du tarif horaire. À la base j'ai l'impression que c'est pour ça qu'ils délèguent les actes, c'est une question financière (AP4).

5.3 Des caractéristiques communes

Toutes les agences qui emploient des AFS et des préposées connaissent un roulement de personnel important; ainsi, les agences doivent embaucher environ 40% de plus de personnes que le nombre habituellement en emploi. Les agences étudiées sont toutes spécialisées en soutien à domicile et travaillent principalement avec des CLSC. Les services offerts le sont sept jours sur sept et à différents moments de la journée.

S'il y a des employées de tous les âges dans ces agences, la majorité ont de 30 à 45 ans. On y retrouve une forte majorité de femmes (environ 90 %). Ces employées ont souvent acquis leur expérience de travail dans d'autres agences, dans des centres d'accueil ou encore dans des hôpitaux. Certaines employées sont d'ailleurs des retraitées de ces milieux de travail. Des employées sans expérience y travaillent aussi: il s'agit souvent d'étudiantes de divers domaines de la santé ou de jeunes diplômées qui viennent y acquérir de l'expérience. À ce sujet, les responsables trouvent même une vocation aux agences en mettant de l'avant leur rôle de tremplin vers la vie active, leur rôle complémentaire pour les employés travaillant ailleurs et de milieu de transition pour les retraités.

Cette diversité des employées se perçoit également au niveau de leur formation professionnelle qui peut en être une d'auxiliaire familiale, de préposées aux bénéficiaires; plusieurs n'ont suivi que le PDSB. Dans certaines agences, on estime que l'absence de formation peut être compensée par une expérience pertinente.

L'agence agit souvent à titre d'intermédiaire entre le CLSC et l'employée: le CLSC envoie le plan de service à l'agence et le responsable ou coordonnateur en informe l'employée par téléphone. Pour le suivi, les employées se rapportent à l'agence qui envoie ou transmet les informations aux intervenants des CLSC. La plupart du temps ce type de suivi ne se fait que lorsqu'il y a un problème particulier. De façon plus courante, lorsqu'il n'y a pas de problèmes spécifiques, le suivi se fait à domicile quand les intervenantes et les préposées s'y rencontrent. En cas de plainte, l'agence a un rôle d'intermédiaire: les patients formulent généralement leurs plaintes aux intervenants des CLSC et ces derniers en font part à l'agence. Les responsables d'agence les transmettent ensuite aux employés: tous les responsables ont la même attitude en ce qui concerne les plaintes, ils tentent de «voir les deux côtés de la médaille» afin de s'assurer de leur fondement.

Les rapports entre les agences et les CLSC ne sont pas régis par des contrats légaux. Lorsqu'il y a ententes, ce qui est plutôt rare, elles sont de type contractuel, généralement unilatéralement à l'avantage des CLSC. Ces derniers exigent habituellement que le service soit rendu, que les agences acceptent toute nouvelle clientèle. Certains demandent aux agences d'effectuer des actes délégués, ce qui n'est pas accepté par toutes les agences.

5.4 Des caractéristiques spécifiques et des orientations différentes

Les agences privées se différencient cependant entre elles par leur mode de fonctionnement ainsi que par le type de relation qu'elles entretiennent avec les CLSC.

Des orientations différentes

Leur orientation et leur taille distinguent les agences les unes des autres. La taille des agences, le choix de poursuivre ou non leur expansion sont liés au type d'orientation préconisée. Ainsi, l'AP3 se distingue des agences AP4 et AP5 dans sa façon d'envisager le soutien à domicile, car elle prône une approche plus personnalisée, qui implique de ne travailler qu'avec un nombre restreint de CLSC sur un territoire de service local, ce qui permet une meilleure connaissance de la clientèle, à son avis. L'importance du service personnalisé ne s'applique pas qu'au service à la clientèle. Au niveau de la gestion du personnel, on y retrouve les mêmes caractéristiques: valorisation des rapports interpersonnels, épanouissement, motivation, primauté de l'amélioration des conditions de travail.

Sur chacun de ces points, les AP4 et AP5 se distinguent non seulement au niveau de la taille, puisqu'elles ont de trois à quatre fois plus d'employées que l'AP3 et desservent jusqu'à une trentaine de CLSC sur un vaste territoire, mais aussi dans leurs rapports plus impersonnels avec leurs employées.

Des rapports différents avec les CLSC

Les sous-traitants : le modèle « professionnel »

Toutefois, en ce qui a trait aux relations avec les CLSC, les agences AP3 et AP5 se distinguent de l'agence AP4. Les agences AP3 et AP5 fonctionnent selon le principe de la sous-traitance professionnelle. Elles se conforment aux règlements des CLSC et ajustent leurs propres exigences et lignes de conduites sur les leurs. Cette adhésion au modèle du CLSC se perçoit dans plusieurs domaines, dont les exigences à l'embauche. La règle est imposée et il leur est difficile d'y déroger. Au niveau des profils de la formation des employées, il y a d'ailleurs plus d'AFS et d'infirmières à la retraite (formation professionnelle) que dans l'agence AP4 qui adhère à un modèle radicalement opposé.

L'adhésion au modèle du CLSC se perçoit aussi dans la façon d'envisager la relation avec ce dernier en se limitant strictement aux demandes de service et en acceptant d'avoir un rôle de subordonné. Si, par exemple, le CLSC leur demande de sortir des sentiers battus (actes délégués), ces agences ne refusent pas mais exigent que le CLSC demandeur en endosse la responsabilité.

Les partenaires : le modèle «expérientiel»

L'orientation de l'AP4 s'oppose au modèle de la sous-traitance professionnelle. L'AP4 revendique plutôt un statut de partenaire avec les CLSC. Ces différences s'expriment sur plusieurs points : exigences à l'embauche, formation ou relation avec le CLSC. À l'embauche, cette agence valorise davantage l'expérience des personnes que leurs diplômes. Dans ses relations avec les CLSC, le problème majeur de cette agence est de faire reconnaître les qualifications de son personnel (dénigrées par certains CLSC). À ce sujet, la responsable de l'agence reconnaît volontiers qu'elles ne sont pas les mêmes que celles des employées de CLSC. Toutefois, elle fait valoir que la connaissance directe du patient et l'observation de son état à domicile (expérience) par ses employées peuvent constituer des informations intéressantes pour les CLSC et renforcer leur partenariat.

L'AP4 se distingue également des agences AP3 et AP5 dans son attitude à l'égard des règlements des CLSC, car sa façon de fonctionner permet souvent au CLSC de contourner des règles qu'il fait respecter à son propre personnel. Contrairement aux agences du type précédent, l'AP4 a intégré les actes délégués à son fonctionnement et toute employée est susceptible d'effectuer ce genre de tâche. Les employés reçoivent même une formation pour les actes délégués. Pour la responsable de l'AP4, le fait que les CLSC fassent faire les actes délégués par l'agence constitue une économie pour ces derniers, car, sinon, ils auraient à rémunérer une infirmière. Outre le fait qu'elle garantisse une clientèle à l'agence, on peut supposer que cette attitude scelle la relation de complémentarité et de partenariat entre l'agence et les divers CLSC avec lesquels elle fait affaire.

6. LES RAPPORTS DES AGENCES PRIVÉES DE SOINS INFIRMIERS AVEC LEUR PERSONNEL

Faits saillants

Les caractéristiques des agences privées de soins infirmiers

- Environ 50 employées actives.
- Un roulement de personnel important.
- Une clientèle de CLSC (de 70 à 90%) pour le service de SAD et parfois pour le service d'Info-santé.
- Jusqu'à 30 CLSC peuvent être desservis par une même agence
- Le territoire desservi peut couvrir plusieurs localités et régions.
- Les heures de service sont soit identiques à celles du CLSC pour le SAD ou complémentaires, quand les infirmières sont de garde au service d'Info-santé à la fermeture des CLSC.

Faits saillants

Les infirmières d'agence

- Presqu'uniquement des femmes, âgées de 30 à 45 ans.
- Surtout une formation technique de CÉGEP.
- Elles travaillent à temps partiel à l'agence et souvent dans une autre institution.
- Elles travaillent sur appel et selon leurs disponibilités.
- Elles ont peu d'ancienneté dans l'agence.
- Elles n'ont pas de minimum d'heures garanti mais les heures de disponibilité sont souvent toutes travaillées.
- Les périodes travaillées correspondent généralement à des journées complètes.
- Elles ont le statut de salariée et reçoivent de 16 à 21 \$ de l'heure + le kilométrage.
- L'expérience est un atout mais pas une exigence, compte tenu de la pénurie d'infirmières.
- Des formations sont assurées par les agences (suivi des nouvelles et formation ponctuelle) ou parfois en partenariat avec les CLSC.
- La répartition des infirmières d'agence se fait selon plusieurs principes : assurer la continuité avec les CLSC, considérer leurs habiletés en regard de la tâche demandée et prendre en compte les préférences des employées.
- Il y a peu d'absentéisme et aucun accident de travail déclaré.
- Les infirmières d'agences sont souvent embauchées par les CLSC.

6.1 L'offre de services

6.1.1 Des agences mixtes ou spécialisées en soins infirmiers

Services infirmiers ou mixtes

Certaines des agences dont il est question dans cette partie offrent uniquement des services de soins infirmiers tandis que d'autres proposent également des services d'aide à domicile. Parmi ces dernières, l'AP2 compte, en plus des infirmières, quelques AFS et préposées (à peine 10% de son effectif total qui se consacrent exclusivement à une clientèle privée). Elle ne fournit donc pas de services d'aide à domicile aux CLSC. L'AP5, quant à elle, offre les deux types de services (soins et aide) mais le nombre d'infirmières qui y sont employées est environ quatre fois moins important que celui des AFS et des préposées.

Bien que certaines agences soient mixtes au niveau des services offerts et du personnel, c'est seulement ce qui a trait aux infirmières sera pris en compte ici, les préposées et AFS ayant fait l'objet du chapitre quatre. Les agences qui se consacrent aux deux types d'activités figurent donc dans les deux parties du rapport, pour être abordées tantôt sous l'angle des soins infirmiers et tantôt sous l'angle de l'aide à domicile.

Un roulement de personnel important

Chacune des agences étudiées compte l'équivalent d'environ 50 infirmières à temps plein. Comme le roulement du personnel est très important, les agences en embauchent presque le double pour que ce nombre soit maintenu. Les infirmières ont généralement peu d'ancienneté à l'agence. Parmi les agences établies depuis plus de 15 ans, aucune n'y travaille depuis le début. À l'AP1, en place depuis deux ans, seulement 30% du personnel y travaille depuis l'ouverture de l'agence.

6.1.2 La clientèle

Une clientèle diversifiée

La clientèle de ces agences ne se limite pas aux CLSC. Elle comprend des associations de promotion de la santé pour lesquelles les agences tiennent des kiosques d'information, des compagnies de matériel spécialisé pour lesquelles les infirmières agissent à titre de formatrices dans les hôpitaux, des pharmacies pour des opérations de dépistage, des entreprises pour les périodes de vaccination etc. (AP2). Le personnel des agences peut aussi servir à remplacer du personnel de centres hospitaliers, de centres d'accueil, ou agir à titre d'infirmière scolaire ou d'entreprise (AP5). L'agence la plus récente (AP1) n'a pas une clientèle aussi diversifiée. Ses responsables envisagent d'ailleurs un élargissement de leur clientèle aux services privés à domicile.

Les besoins «criants» des CLSC

Malgré cette diversité, les CLSC demeurent la clientèle préférée des agences; ils représentent 70 à 90% de leurs activités. Les CLSC ont « de nombreux et criants besoins » comme le souligne

une responsable qui précise que c'est après avoir ciblé leurs besoins, que son agence a vu le jour (AP1).

En règle générale les agences travaillent avec un nombre important de CLSC. Les AP2 et AP5 en desservent chacune jusqu'à une trentaine. L'AP1, plus modeste, en dessert environ une dizaine en tout, mais entretient des liens privilégiés avec un CLSC en particulier qui constitue son principal client.

Les agences peuvent travailler pour plusieurs services d'un même CLSC (Info-santé, SAD). Les agences AP1 et AP2 peuvent fournir du personnel pour ces deux types de services. Seule l'AP5 ne s'occupe pas des services d'Info-santé et se consacre exclusivement au soutien à domicile.

Lorsque les agences travaillent avec les CLSC, deux types d'emploi du temps s'offrent aux infirmières: soit qu'elles assurent les services de garde à la fermeture du CLSC soit qu'elles remplacent les employées des CLSC pendant les heures d'ouverture du CLSC.

Dans le premier cas, les agences complètent les activités du CLSC; les agences sont de garde dès 20 heures jusqu'à huit heures le lendemain matin pour assurer les heures de visites demandées par le biais d'Info-santé (AP2) ou pour en assurer les services téléphoniques (AP1). Dans le cas du soutien à domicile, les employées d'agence travaillent pour le CLSC comme si elles en étaient elles-mêmes employées : les quarts proposés alors sont généralement de huit heures à 16 heures, heures d'ouverture des CLSC.

Des territoires étendus

Une même agence peut couvrir un territoire étendu et cela, même dans les cas où les agences ne travaillent qu'avec un nombre restreint de CLSC: ceux-ci ne sont pas nécessairement situés dans les mêmes localités ou les même régions que l'agence. Il arrive que les infirmières aient à faire plus de 50 km pour effectuer leur route.

6.2 La gestion du personnel

6.2.1 Formation, compétence et embauche

La licence d'infirmière

Avoir sa licence d'infirmière constitue le premier critère d'embauche pour les agences. Les infirmières d'agence sont toutes membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et ont obtenu leur licence à la suite d'un baccalauréat (niveau universitaire), d'un diplôme d'études collégiales (DEC) ou encore d'un certificat obtenu à l'Université ou au CÉGEP.

(Quand on embauche des infirmières), on vérifie tout le temps si leur licence est en règle avec l'Ordre des infirmières (AP5).

Les infirmières d'agence sont pour la plupart diplômées de CÉGEP. Ces infirmières ont suivi une formation principalement technique ce qui les différencierait des infirmières de CLSC, plus souvent bachelières. Seule l'AP5 aurait un nombre d'infirmières bachelières à la hausse, ce qui

serait attribuable aux exigences des CLSC. Cela aurait pour conséquence que les techniciennes, qui correspondent moins aux critères de sélection des CLSC, se retrouvent principalement en centre hospitalier ou en agence. Pour les agences, cette situation n'est pas à déplorer car à leur avis les compétences de ces infirmières sont très comparables à celles des infirmières bachelières.

Maintenant dans les CLSC, ils cherchent beaucoup des infirmières bachelières. (...). Donc les personnes qui n'ont pas de bacc. vont se retrouver dans les hôpitaux ou dans les agences. Par contre ces personnes vont être aussi compétentes, sinon plus parfois, dans certains cas, qu'une personne qui est bachelière (AP1).

Une des raisons pour lesquelles la formation de technicienne est tout aussi intéressante que la formation universitaire provient de la nature même du travail confié aux infirmières d'agence qui ne s'appuie pas sur des connaissances universitaires:

(...) Une infirmière qui vient du CÉGEP ou une infirmière qui vient de l'université, pour moi c'est la même chose car elles font le même travail. C'est pas un travail de bachelière particulièrement. C'est un travail d'infirmière. Il y a pas de programme à monter ici (...). Une fille qui vient du CÉGEP est parfaitement compétente pour faire du soin à domicile parce qu'elle a quand même une approche globale. Elle est très bonne en technique, elle est capable d'aller chercher les besoins du client, elle est capable d'évaluer son client. (...) C'est un problème d'infirmière, point à la ligne (AP2).

Aux yeux de cette responsable, une formation universitaire n'apporterait rien de plus en regard des tâches que doivent effectuer les infirmières d'agence.

La formation assurée par l'agence

Lorsque les agences embauchent des nouvelles recrues, elles les jumellent et font superviser la nouvelle infirmière par une plus ancienne jusqu'à ce que cette dernière soit d'avis que ce suivi est suffisant.

A chaque fois qu'on embauche un nouvel employé c'est sûr qu'on le «bookera» pas tout de suite dans les CLSC, il faut qu'il ait fait sa formation: (...) on l'envoie avec une autre infirmière faire ce qu'il va avoir à faire pendant une journée. On se réfère beaucoup à la personne qui le forme : «d'après toi, il est bon ? Il est prêt à partir? Si tu penses que t'es pas correct OK, on va t'en donner une autre» (AP1).

Une fois cette formation de base terminée, d'autres peuvent être organisées selon différentes modalités:

On a toujours des formations préparées sur papier, des petites choses faciles à lire; une page ou deux pas plus, très pertinentes, « up to date ». Ce qui fait la force de nos filles d'ailleurs, c'est qu'elles sont bien formées (AP2).

Les employées peuvent aussi recevoir des formations selon leurs besoins. Par exemple, des remises à niveau peuvent être offertes aux infirmières dont les clients se sont plaints. Mais la plupart du temps, les mises à jour se font par petits groupes. Les agences ont généralement l'équipement nécessaire à la formation sur place.

Certaines agences ont des ententes avec les CLSC afin que leur personnel profite des formations qui sont données par l'établissement (AP1 et AP5). Ce partenariat entre agences et CLSC existe lorsque les responsables d'agence démontrent un intérêt à suivre l'évolution de ce qui se fait au CLSC. Elles soulignent d'ailleurs l'avantage qu'il y a à envoyer leur personnel suivre ces formations. De cette façon les responsables des CLSC font connaissance avec les infirmières des agences et les reconnaissent par la suite lorsqu'elles viennent assurer un service, ce qui permet de créer une continuité :

Ils aiment ça que ce soit les mêmes personnes qui y retournent et puis de voir les mêmes visages ça les sécurisent aussi et ça c'est légitime parce que, dans le fond, on fait de la sous-traitance et ils veulent avoir une personne habilitée, qu'ils soient sûrs (AP1).

Quand c'est pour les CLSC, des fois on a des affiliations. On va demander: « peux-tu former un groupe de personnes? » Parce qu'eux autres aussi des fois embauchent du personnel : donc (...) on leur dit voulez-vous en même temps former notre personnel? Ça peut être seulement un groupe pour nous ou le CLSC va avoir déjà prévu une formation; donc on va envoyer du monde pour se faire former en même temps (AP1).

Selon les responsables de ces agences, les infirmières qu'elles emploient sont capables de faire toutes les tâches qui leurs sont demandées et qu'effectuent celles des CLSC. Il se peut que certaines soient sélectionnées en fonction de leurs habiletés. Mais en général, ce partenariat garantit aux agences la possibilité de satisfaire autant que possible les CLSC en rendant le service selon les normes de ces derniers. Dans une lettre de recommandation jointe à un dossier fourni par un CLSC, on peut lire qu'une responsable de CLSC vante les mérites de l'agence AP5 dus à un étroit partenariat qui lui a permis de répondre « comme il se doit » aux demandes de services du CLSC. Une autre lettre de recommandation, d'une agence partisane du partenariat, précise que grâce au développement conjoint d'une expertise fondée sur des connaissances solides et des relations cordiales, la qualité des services rendus aux bénéficiaires était élevée.

Cette formule de formation en partenariat avec des CLSC ne vaut pas pour toutes les agences car elle implique, d'une part, qu'elles soient conviées par un CLSC et d'autre part que les infirmières estiment avoir besoin de ces formations. Or, selon la responsable de l'AP2, les CLSC ne sont généralement pas très enclins à leur faire partager leurs formations :

(Les CLSC ne) sont pas trop forts pour nous inviter (avec un soupir)... Des fois! Mais ce qui arrive plus souvent qu'autrement, c'est que mes filles forment les filles de CLSC. Comme souvent, on va être demandées pour aller avec une fille du CLSC faire de l'enseignement sur une pompe (AP2).

Pour cette responsable, le savoir-faire ne se trouve pas du côté des CLSC mais plutôt de celui de ses propres infirmières. La relation de partenariat ne va donc pas toujours dans le même sens :

Si vous allez questionner dans des CLSC avec lesquels je travaille, vous allez vous faire dire que les filles de (mon agence) sont en avance sur d'autres. On est même souvent en avance sur eux autres (...). Mes filles, moi, connaissent tous les gadgets, tout ce qui sort bien avant les filles de CLSC parce que je suis à l'affût de ça, je cherche à leur montrer de nouvelles choses, qu'elles soient pas innocentes sur la route (AP2).

Selon la responsable de l'AP2, ses infirmières sont non seulement capables d'effectuer les mêmes tâches que leurs consœurs des CLSC mais peuvent même en faire davantage et l'enseigner.

6.2.2 Les conditions de travail des infirmières d'agence²²

Du travail sur appel à temps partiel

Toutes les infirmières d'agence travaillent sur appel à temps partiel. Elles font part de leurs disponibilités, c'est-à-dire qu'elles signalent les jours et les plages de temps pendant lesquels elles sont prêtes à travailler. Ces disponibilités ne sont pas irréversibles : l'agence contacte l'infirmière pour lui demander si elle est intéressée à travailler et celle-ci accepte ou refuse. Il n'y a pas de temps minimum requis pour les disponibilités : l'infirmière peut être disponible pour aussi peu qu'une journée par semaine.²³ Bien qu'une employée n'ait aucune garantie minimale d'heures de travail, près de 100% du temps de disponibilité est généralement travaillé (AP1 et 2).

Certaines agences peuvent garantir des emplois à temps plein à certaines infirmières, mais en échange de leur polyvalence. Il arrive, en effet, que des responsables proposent à certaines infirmières de travailler les fins de semaine, pour répartir les infirmières et faire du travail de bureau, en échange de quoi un temps plein leur est garanti (maximisation des ressources humaines).

(...) Au fur et à mesure que j'ai besoin d'aide dans le bureau, on peut prendre certaines personnes et dire : «tu vas avoir une fin de semaine de garde et nous on va te garantir ton temps plein». Avoir une fin de semaine de garde ça veut dire avoir la ligne de la compagnie (...), répondre aux CLSC qui ont besoin des infirmières, (...) envoyer les infirmières un petit peu partout s'ils ont besoin de personnel (...). Donc c'est des postes à temps plein qu'on peut offrir pour que (les

²² Une seule des agences dont il est question ici embauche aussi du personnel qui donne des services d'aide à domicile; dans ce chapitre, il sera question uniquement du personnel infirmier de cette agence, AP5.

²³ En attendant de rencontrer la responsable d'AP2, il a été possible d'observer le processus de ré-embauche d'une infirmière ayant déjà travaillé pour l'agence quelque temps auparavant. Celle-ci a précisé qu'elle ne pouvait disposer que d'une journée par semaine comme disponibilité pour l'instant. La responsable n'y a vu aucun problème mais a précisé qu'elle ne serait appelée que pour cette journée. Elle lui a donc conseillé de prévenir l'agence chaque fois qu'elle pourrait offrir plus de disponibilité.

infirmières) acceptent le poste. On leur dit : «on te garantit ton 35 heures par semaine». On a deux personnes présentement comme ça (AP1).

La rareté des infirmières intéressées à travailler à temps plein pour une agence

La plupart des infirmières d'agence ne se déclarent pas disponibles à temps plein car il est rare que l'agence constitue leur seul employeur.

J'en n'ai pas (d'infirmières) qui travaillent à temps plein... Ah oui, j'en ai quelques-unes, trois ou quatre, mais toutes les autres travaillent à temps partiel : elles ont déjà un poste à temps partiel ailleurs. Il y a des temps où elles sont disponibles à temps plein, d'autres où elles sont disponibles à temps partiel (AP5).

À l'agence AP1, presque un quart de ses employées sont à temps plein (10/40) et à l'AP2, environ 15% (8/50). Quant à l'agence AP5, moins de 10 % des infirmières à son emploi sont à temps plein.

La route : des horaires en continu

Si la demande l'exige, il se peut que des infirmières aient des horaires brisés, mais cela arrive rarement d'après les responsables d'agence. La plupart du temps, les infirmières d'agence font des journées complètes car elles « prennent les routes » de celles des CLSC, effectuant alors, à la place des infirmières de CLSC, un itinéraire quotidien complet au cours duquel elles visitent des patients à domicile. La plupart du temps, ce circuit est programmé de façon à ce que les visites à domicile puissent s'enchaîner. C'est pourquoi, lorsque les employées d'agence remplacent les infirmières de CLSC, elles le font pour la journée complète.

Les conditions salariales

Les infirmières d'agence ont toutes un statut de salariée. Aux dires de la responsable de l'AP2, le gouvernement aurait obligé les agences à salarier leurs employées au lieu de les considérer comme des travailleuses autonomes. Ce changement aurait entraîné des coûts importants pour les agences.

Les salaires sont différents selon l'expérience mais aussi selon les périodes de la journée travaillées. Globalement, les salaires vont de 16 à 21 \$ l'heure selon l'expérience²⁴ et le quart travaillé (soir, nuit, jour). Les distances sont prises en compte dans les conditions de travail des infirmières car leurs tâches en soins à domicile exigent de nombreux déplacements. L'agence AP2 précise que dans les cas où leurs employées doivent se rendre chez des patients isolés (cas par cas), il y a une compensation au niveau du kilométrage (+ 3, 10 \$). Avoir une voiture est une exigence implicite car les responsables des agences imaginent mal les infirmières faire du soutien à domicile sans ce moyen de transport à cause des nombreuses visites, du poids et du volume de ce qu'elles ont à transporter et des distances à parcourir.

²⁴ Par comparaison, les infirmières à l'emploi de CLSC ont un salaire horaire de 12 \$ à 26 \$ (douze échelons pour les techniciennes) et de 17 \$ à 30 \$ (18 échelons pour les bachelières), selon l'ancienneté et l'expérience.

6.3 Les caractéristiques des infirmières employées par les agences

Les infirmières d'agence ont entre 20 et 60 ans, la majorité se situant entre 30 et 45 ans. À l'AP1, par exemple, l'âge maximum ne dépasse pas 50 ans. Le métier d'infirmière est très féminisé; dans les agences 90 % sont des femmes (AP1).

6.3.1 L'expérience professionnelle

Des trajectoires et des objectifs professionnels très variés

Les expériences professionnelles des infirmières d'agence sont très diversifiées. Pour celles qui terminent leurs études, le travail en agence constitue souvent une première expérience professionnelle. Selon la responsable de l'AP1, ces jeunes infirmières sont souvent peu intéressées par la réalité hospitalière et préfèrent faire du soutien à domicile. Pour d'autres, déjà sur le marché du travail, l'agence représente un emploi complémentaire. Pour celles qui sont à la retraite, le travail en agence constitue une façon de continuer à travailler à temps plein.

Outre les jeunes finissantes, les infirmières d'agence comptent souvent plusieurs années d'expérience acquises en milieu hospitalier ou centre d'accueil. C'est souvent le cas des retraitées qui viennent travailler en agence privée. Certaines employées ont acquis leur expérience professionnelle dans d'autres agences privées, mais elles continuent rarement de travailler dans l'agence antérieure quand elles sont embauchées dans d'autres. La responsable d'AP1 explique que ses employées peuvent travailler n'importe où ailleurs, en plus de l'agence, sauf dans une autre agence afin d'éviter les conflits d'horaires (AP2).

L'expérience : une exigence souvent théorique

Si en théorie les responsables s'accordent pour faire de l'expérience un critère d'embauche, en pratique les choses se passent autrement. Les responsables d'agence admettent plus ou moins facilement que certaines de leurs employées manquent d'expérience. Mais en présentant le profil de leur personnel, elles expliquent que l'agence emploie de jeunes infirmières tout juste diplômées qui viennent y acquérir de l'expérience.

La pénurie de personnel infirmier à laquelle les responsables d'agence sont confrontées les a forcées à assouplir certains de leurs critères d'embauche.

On peut pas se permettre d'être exigeants avec les infirmières de ce temps-ci, je vais vous dire bien franchement! (...). Les infirmières (...), il y en a qui sortent des écoles et qui viennent chercher de l'expérience ici. C'est sûr qu'elles acquièrent une bonne expérience. (...) C'est sûr qu'il y a des grands besoins (alors) on les prend immédiatement (au sortir de l'école). C'est sûr que les critères d'embauche sont tout de même plus... (hésite), (...) à ce niveau-là on est devenu un peu plus (souples) étant donné que la demande est beaucoup plus grande et qu'on a besoin de personnel (AP5).

L'expérience est donc devenu davantage un atout qu'une véritable exigence, compte tenu du contexte. Les exigences qui ont trait à l'expérience sont parfois mises de côté par les responsables

d'agence principalement parce que l'expérience peut avoir été acquise dans des milieux de travail très différents de celui du soutien à domicile. Celles-ci estiment qu'il vaut mieux accorder plus de poids à l'attitude des candidates et s'assurer qu'elles ont « l'esprit soutien à domicile ».

C'est au niveau de l'attitude, plus que de l'expérience parce qu'elles peuvent avoir une expérience hospitalière qui est pas nécessairement la même chose qu'une expérience en soin à domicile. (...) Alors une fille qui vient travailler pour moi juste pour avoir sa paye, elle n'a pas l'attitude qui faut. Si la fille est prête à faire l'effort de travailler de façon un petit peu différente, je dirais de façon plus humaine, plus ouverte, avec plus de disponibilité, pas au niveau du temps, mais au niveau de ses qualités, c'est ça qui est important (AP2).

6.4 La santé et sécurité au travail

D'après les responsables, il n'y a pas ou peu d'accidents du travail dans les agences de soins infirmiers. Une coordonnatrice d'agence mixte attribue cet étonnant résultat au fait que les infirmières, contrairement aux préposées, n'auraient pas de tâches physiquement exigeantes (déplacements, etc.) à faire.

Les agences souscrivent toutes à la CSST et certaines font partie des mutuelles²⁵. La santé et la sécurité au travail sont traitées par un employé spécifique de l'agence ou par une firme externe. Dans une des agences, une affiche de la CSST à l'entrée est à la vue de tous. Quant à l'absentéisme, il serait principalement attribuable à des causes courantes de maladie ou de maternité mais non à des conditions de travail, comme c'est le cas pour les lésions professionnelles.

²⁵ Voir la note 18, p. 56.

7. LES RAPPORTS ENTRE LES AGENCES PRIVÉES DE SOINS INFIRMIERS ET LES SERVICES DE SAD

Faits saillants

Le fonctionnement des agences privées de soins infirmiers

- Les demandes de service de la part des CLSC se font par téléphone ou par télécopieur.
- Les responsables d'agence informent les infirmières par téléphone de l'endroit où elles doivent se rendre.
- Les infirmières prennent connaissance du dossier et assurent le suivi du patient directement au CLSC et non par le biais de l'agence privée.
- C'est seulement en cas de problèmes, ou quand le CLSC est fermé, que les infirmières d'agences passent par la responsable de leur agence.
- Les infirmières sont réparties en fonction de leurs habiletés et de leurs préférences personnelles concernant le lieu de travail et de leurs habiletés, surtout lorsqu'il y a des demandes particulières.
- La cause principale de refus de service de la part des agences est le manque de personnel. Celles-ci fonctionnent souvent à la limite de leurs capacités. Les désistements de dernière minute posent souvent problème.
- En cas de plainte au sujet de leur personnel, les responsables d'agence leur donnent toujours une seconde chance à moins qu'il s'agisse d'une faute professionnelle grave. Dans ce cas, le congédiement est immédiat.
- Les ententes officielles ou tacites entre CLSC et agences privées sont souvent imposées par les CLSC et ont trait à la garantie de la réponse aux services.
- Lorsqu'un CLSC recrute des employées d'agences pour des postes réguliers, il est souvent prévu dans l'entente officielle qu'il doit verser une compensation financière aux agences.

7.1 La gestion des demandes de service

7.1.1 La transmission de l'information aux employées

Nous, ils vont nous appeler, ils vont nous dire: «on a une route complète ou une demi-route». On dit (à l'infirmière): «es-tu intéressée, il y a une route, c'est-à-dire un quart de travail qui nous a été demandé de 8 h à 4 h?» Ils (CLSC) vont lui donner la liste des clients à voir puis ce qu'il y a à faire. Puis (les infirmières) partent puis elles reviennent avec le CLSC (AP1).

Une fois les demandes de services reçues, les responsables de l'agence communiquent par téléphone aux infirmières la date du service et les coordonnées du CLSC où elles doivent se présenter. Une fois sur place, les infirmières d'agence sont mises au courant de la route, du dossier, des bénéficiaires et des tâches à effectuer. Les informations sont donc prises à la source auprès des demandeurs de service; l'agence ne joue donc qu'un rôle de répartition des tâches auprès des infirmières. Seule la responsable de l'AP2 fait part de ses interventions auprès des CLSC pour protester contre l'insuffisance des informations transmises.

Moi j'ai déjà eu une engueulade avec une fille dans un CLSC parce qu'elle donne à mes filles que de l'information partielle. (Quand on demande pourquoi, au CLSC ils répondent:) "Parce qu'on voulait pas que vous vous en occupiez". Mais peut-être que ça aurait été pertinent, je suis pas sûre, moi, que d'amener une situation comme ça à l'Ordre des infirmières que ça aurait passé. C'est de la non-information et c'est dangereux. (AP2).

7.1.2 Les critères de répartition des infirmières

Privilégier la continuité

Au moment d'envoyer les infirmières dans les CLSC, certains éléments peuvent être pris en compte par les responsables. Par exemple, le personnel peut être sélectionné de façon à créer des habitudes, des continuités entre la salariée et le CLSC afin de créer une certaine stabilité. Ce choix prend souvent en compte les préférences des employées pour certains CLSC.

On essaie de toujours envoyer le monde à la même place. C'est rassurant aussi pour les CLSC de voir toujours arriver la même personne, ils la connaissent, savent qu'elle sait comment fonctionne le CLSC, comment ça marche. (Certaines) personnes peuvent (avoir des bonnes relations avec) plusieurs CLSC et d'autres veulent aller juste à une place. C'est toutes des petites contraintes avec lesquelles on doit jouer (AP1).

Des habiletés particulières requises à l'occasion

Au moment d'envoyer les infirmières dans les CLSC, les habiletés de chacune sont aussi prises en compte. La plupart des infirmières d'agence peuvent effectuer les tâches qu'effectuent les infirmières de CLSC, mais exceptionnellement, certains cas exigent des infirmières avec des compétences particulières. Les CLSC préviennent souvent les agences lorsqu'il y a une tâche

plus spécifique à effectuer et elles sont sélectionnées en conséquence. Il peut s'agir de l'utilisation de matériel spécifique requérant une formation (une pompe à calibrer par exemple). Il peut également être question de remplacements hors du SAD comme en services courants (ce qui prend une formation particulière) ou en Info-santé (où le bilinguisme est un atout majeur).

Les responsables d'agence précisent toutefois qu'elles préfèrent refuser le service plutôt que d'envoyer une infirmière non habilitée à le faire :

On refuse des services si on a pas de personnel, mais autrement non. Sauf s'il y a quelque chose de spécial et que les personnes habilitées sont déjà sorties: on ne les prend pas juste pour boucher un trou! (AP1)

Une des difficultés de la gestion du personnel

Pour les agences AP1 et AP5, l'une des contraintes de gestion d'une agence est l'impossibilité de satisfaire tout le monde, c'est-à-dire les CLSC, les bénéficiaires et les infirmières en tenant compte des préférences et des disponibilités de chacun.

Le plus difficile c'est plus de contenter tout le monde, des fois ça devient un méchant casse-tête. Des fois tout le monde est disponible cette journée-là puis pas le lendemain, mais c'est le lendemain que tu t'adonnes à en avoir besoin. Puis aussi les caractères de chacun sont différents; il y en a qui veulent pas aller (dans certains CLSC) pour telle ou telle raison. C'est des difficultés majeures (AP1).

7.1.3 Le suivi des cas : procédures et difficultés

Aux heures ouvrables des CLSC

Normalement l'agence n'intervient pas dans le suivi des bénéficiaires par les infirmières : lorsque celles-ci travaillent pour le CLSC, le suivi se fait directement dans le dossier du bénéficiaire dont est responsable une intervenante-pivot au CLSC.

Quand (les infirmières de l'agence) travaillent au CLSC, c'est pas compliqué, elles font partie du CLSC pour cette journée-là. Donc elles ont accès au dossier, donc il y a un suivi qui est fait qui est automatique (AP2).

Nous, on les voit pas ces personnes-là (les infirmières de l'agence). Elles vont accepter le quart de travail qu'on leur donne puis après ça, elles se rapportent au CLSC (pour le suivi) (AP1).

La responsable de l'agence AP2 rapporte toutefois que ce suivi ne va pas toujours de soi parce qu'il arrive que les compétences des infirmières d'agence soient dénigrées par les infirmières de CLSC. À son avis, le CLSC se prive d'une expertise nouvelle et d'informations intéressantes; cela nuirait au suivi qui perdrait de son efficacité :

(Comme si elle s'adressait aux responsables de CLSC) «Puis prend en compte le rapport que (mes infirmières) vont te faire sur ton client parce que ça vaut la peine!» C'est pas parce que c'est la fille d'agence qui l'a dit que c'est de la

merde. Ça peut être très pertinent parce qu'elle le voit avec des yeux neufs. Pour moi c'est un dialogue, c'est pas un monologue. J'ai des exigences face au CLSC, donnez-nous l'information pour qu'on travaille, puis respectez mon personnel. Il y en a : "oh! c'est juste la fille de l'agence!" C'est pas vrai: c'est une professionnelle, j'ai ben de la misère avec ça (AP2).

En dehors des heures ouvrables et pour les cas problématiques

Lorsqu'elles travaillent en dehors des heures d'ouverture du CLSC, les infirmières envoient un formulaire²⁶, en guise de note au dossier, à l'agence qui l'enverra à son tour au CLSC (AP2) :

Et quand c'est des cas de soir, les gens n'ont pas accès au CLSC. Alors les filles remplissent une feuille spéciale de l'agence et nous la font parvenir très rapidement le lendemain ou le surlendemain et nous, on faxe très rapidement au CLSC. Donc le CLSC est au courant (AP2).

Lorsqu'il y a un cas particulièrement problématique, les infirmières appellent l'agence (souvent la directrice) qui va se charger d'entrer en contact avec les centrales (Info-santé) ou les responsables dans les CLSC.

Si (l'infirmière) travaille en CLSC, j'ai pas d'affaire là, mais si c'est des cas de soir puis qu'il y a une problématique elles vont m'appeler avant pour savoir, puis c'est souvent moi qui vais entrer en contact avec les centrales ou les responsables des CLSC (AP2).

7.1.4 Les désistements

Dans ces agences de soins infirmiers, les responsables tentent de sensibiliser les infirmières pour qu'elles fassent les quarts qu'elles ont acceptés afin d'éviter les situations de désistement. Au dire des responsables, les cas d'absentéisme ne sont pas nombreux, principalement à cause de la conscience professionnelle qui caractériserait les infirmières, par opposition aux préposées (AP2), mais aussi parce que ces infirmières travaillent dans le privé et que les journées d'absence pour maladie ne sont pas rémunérées (AP1 et 2).

Mes filles sont très conscientes que si elles sont absentes, ça nous met dans le trouble (AP2).

Notre personnel est averti, aussi, que s'il accepte dans cette période-là : « s'il vous plaît faites-le » (AP1).

Pour toutes les agences, les désistements constituent un problème majeur car trouver des remplaçantes n'est pas toujours facile :

²⁶ Sur cette feuille figurent les informations suivantes: l'identification du patient et de ses problèmes de santé (diabète, allergies, problèmes cardiaques etc.) et l'identification du CLSC. Il y a aussi un espace pour les remarques de l'infirmière (une ligne maximum) avec la date et l'heure.

(En cas de désistement des infirmières), on les remplace. On passe à la suivant sur la liste. Si ça arrive qu'il y en a pas parce qu'on est pris à la gorge, comme là, pendant le temps des Fêtes, ça va être dur à remplacer (AP1).

C'est seulement lorsqu'il n'y a plus de personnel disponible que les agences vont refuser de donner des services :

(On refuse un service) quand on n'a pas de personnel pour le faire, c'est la seule raison. On ne refuse pas parce que c'est un cas (spécial) : on est là pour tous les patients, pour tous les cas. Un patient qui a le sida, on l'a jamais refusé, un patient psychiatisé non plus (AP2)!

Pour pallier les désistements ou lorsqu'il n'y a plus d'employées disponibles, il n'est pas rare que les responsables aient à donner elles-mêmes les services :

(En cas de désistement), on est dans la merde (rires). Oui, parce qu'on est toujours à court de personnel, on travaille toujours à la limite de nos possibilités. Bien des fois c'est des journées qu'on appelle « à guichet fermé ». Il y a des appels qui rentrent mais on peut pas les assumer : « je regrette mais j'en ai plus de filles ». Quand il y en a une qui est cédulée et qu'un matin elle ne rentre pas, on a un problème, parce que j'en ai pas de « back up ». Puis quand il y en a : "je peux pas y aller, j'ai pas réservé de gardienne, ou mon mari a pris l'auto". On s'arrange avec le CLSC ou bien des fois, c'est la directrice, donc moi, qui va dépanner. Moi je suis toujours le « back-up » universel : j'en fais encore beaucoup (AP2).

Une des agences se distingue des deux autres concernant le refus de prendre certains cas, ceux que les CLSC refusent pour leurs propres employées :

Ce qui est clair entre nous et le CLSC, par contre, c'est que si (la responsable au CLSC ne veut pas envoyer une de ses infirmières parce que c'est dangereux pour elle (mais) se dit: «c'est pas grave, on va envoyer une fille de l'agence le faire» : ça fonctionne pas! (AP2)

7.1.5 La gestion des plaintes : le rôle de l'agence

Une seconde chance avant le congédiement

Lorsque les bénéficiaires ou le CLSC ont une plainte à formuler à l'égard d'une infirmière, ils s'adressent en premier aux responsables d'agence. Celles-ci la transmettent ensuite à l'infirmière concernée.

Moi je donne toujours la chance au coureur (en cas de plainte) dans le sens que je vais en discuter avec l'infirmière qui est en cause. On va réajuster au niveau de l'attitude. Si c'est au niveau de la technique on va lui réassurer une mini-formation. (...) A moins que ce soit une faute professionnelle très grave, ce qui est jamais arrivé. En général on essaie de donner une deuxième chance au coureur

sauf qu'après deux fois, ça passe plus. Quand ça revient toujours la même plainte, la même critique, merci beaucoup bonjour, ça correspond pas à nos normes (AP2)!

Ben ça peut être des plaintes sans gravité mais comme il faudrait juste qu'elle fasse attention à telle chose. C'est pas vraiment des plaintes donc là on rencontre la personne et ont lui dit le CLSC aimerait mieux que tu fasses ça comme ça etc... C'est sûr que si c'est des choses bien graves ça peut aller jusqu'à des congédiements (AP1).

Les réactions des responsables se font en deux temps. D'abord, elles tentent de comprendre la situation en prenant en compte le témoignage de l'infirmière, son environnement de travail et le type de tâche qu'elle devait effectuer. De leur point de vue, il peut simplement s'agir d'une mauvaise répartition des employées, l'infirmière en cause pouvant exceller dans un autre domaine, à d'autres types de tâches. Puis, elles envisagent différentes solutions. Il peut s'agir de lui attribuer un autre type de tâche (AP1). La remise à niveau (formation) de l'infirmière concernée constitue une autre possibilité. Bref, les responsables donnent une seconde chance à leurs employées. Si le problème se reproduit par la suite, cependant, l'infirmière risque fort d'être congédiée car les agences tiennent à respecter les normes de qualité qu'elles se sont fixées (AP2) afin de demeurer compétitives (AP1).

L'AP2 considère que les CLSC sont plus sévères envers le personnel d'agence qu'envers le leur, comme s'ils étaient en concurrence avec les agences au lieu d'être partenaires.

(Au niveau des plaintes) les CLSC sont vite sur la gachette dans le sens qu'ils nous en passent pas trop trop, ils sont assez exigeants : ce qui pour eux autres passent régulièrement avec leur personnel, avec nous autres ça passe pas. (...) Je le sais pas (pourquoi), c'est une attitude générale. C'est deux mondes différents. Malgré (le fait) qu'on travaille en partenariat, on dirait qu'il reste une petite graine de compétition (AP2).

7.2 Contrats et ententes

7.2.1 La rareté des contrats

Les agences privées et les services de SAD des CLSC n'ont pas toujours de contrat pour régler leurs rapports. Parmi les agences étudiées, une seule détenait un contrat avec un CLSC, rédigé par un avocat. Dans ce contrat légal, l'agence a fait inscrire certaines exigences de façon formelle. Ainsi, il y est précisé que les honoraires doivent être payés dans les 30 jours, après quoi, les intérêts courent.

Les autres agences ont plutôt des ententes contractuelles sommaires écrites sans valeur légale ou de simples ententes verbales. La plupart des responsables d'agence reconnaissent que ces ententes sont souvent unilatérales et que les exigences qui y figurent sont davantage celles des CLSC que les leurs. Dans leurs formes légales ou implicites, les engagements que contiennent ces ententes sont d'ordre assez général, ayant trait à l'engagement à fournir du personnel

compétent, à le superviser et à le former, à l'engagement à répondre aux besoins des CLSC, ou à l'engagement de la part du CLSC à régler les honoraires dans un délai imparti, par exemple.

7.2.2 Le recrutement des infirmières d'agence par les CLSC

Le fait que les infirmières d'agence travaillent en CLSC peut faciliter leur embauche, surtout dans un contexte de pénurie d'infirmières où le recrutement devient de plus en plus difficile. Certaines responsables précisent d'ailleurs que le travail en agence fait souvent partie d'une stratégie personnelle des infirmières dans le but d'obtenir un poste en CLSC.

C'est sûr que le recrutement est difficile, il n'y en a pas d'infirmières. Souvent quand j'arrive à m'en trouver des bonnes, des exceptionnelles, je me les fais voler par les CLSC. Je veux dire, c'est facile pour eux : ils ont la chance d'expérimenter. Ils prennent une de mes filles, ils l'évaluent, ils regardent comment elle travaille, elle va bien dans l'équipe, elle gère bien ses cas : « tiens, on va l'engager ». Pour eux c'est facile, beaucoup plus facile que d'engager une parfaite inconnue (AP2).

C'est pourquoi l'une des dispositions les plus importantes de l'entente contractuelle entre les deux parties, pour les agences, a trait à l'interdiction faite aux CLSC d'embaucher leur personnel à moins de verser une somme équivalente aux frais de formation de l'employée à l'agence. Les responsables d'agence se sentent ainsi protégées à l'égard de ce qui était ressenti comme une injustice à cause de la concurrence en matière de recrutement.

(Lisant un passage du contrat) «Le CLSC s'oblige et s'engage envers nous de ne pas embaucher notre personnel» entre autre(s); c'est un article auquel on tient beaucoup parce que sinon ça serait pas juste. Nous, on embauche une personne, on la forme, cette personne là nous coûte des sous pour se faire former donc c'est plus ou moins juste ou équitable. Si jamais ça devait arriver, on a prévu un genre de pénalité à payer par le CLSC qu'on juge à peu près équivalent au montant de la formation de la personne (AP1).

Même lorsqu'il n'y a pas de contrat écrit, il y a tout de même des compensations (AP2). Lorsque l'infirmière passe à l'emploi du CLSC, l'agence continue de facturer le CLSC pendant quelque temps.

Il a fallu qu'on réagisse à ce moment-là (au fait que les CLSC embauchaient notre personnel). Et on s'est donné le temps de réagir. On a dit au CLSC, quand vous embauchez une de nos filles, pendant 10 semaines on continue à vous facturer, on continue à payer notre fille comme si de rien était, pendant ce temps on va essayer de trouver quelqu'un d'autre, la former etc.. Puis au bout de 10 semaines elle vous appartient totalement. Par contre ce sont eux qui gèrent l'horaire de la fille et c'est sur une base de 35 heures semaine. C'est pas l'idéal mais bon (AP2).

Le recrutement des infirmières d'agence par les CLSC représente une contrainte pour les agences car les responsables d'agence y voient un cercle vicieux qui complique leur tâche : privées de

leurs employées les plus performantes, les agences se trouvent confrontées à la difficulté de répondre aux besoins de ceux qui sont la cause même de leur manque de personnel expérimenté. Les CLSC continuent d'avoir des critères d'excellence mais ce sont eux qui ont privé les agences de celles qui pouvaient leur permettre de satisfaire à ces exigences.

On n'empêche personne de se trouver un autre emploi. Par contre on dit au CLSC que si eux, ils nous prennent tout notre monde et qu'après ça ils ont des demandes, nous on peut plus fournir (AP1).

Juste à titre d'exemple, l'année passée au mois d'avril j'en ai perdu dix (infirmières) dans le même mois. Alors dix dans un mois, quand tu perds ça pour une agence comme la nôtre qui n'est pas si énorme que ça pour le nombre de CLSC qu'on a à couvrir, ça donne un méchant coup. (...) (Comme si elle s'adressait aux responsables de CLSC) Moi je me force à vous trouver du monde compétent, vous venez me dire qu'on est la meilleure agence, puis vous m'engagez mon personnel : vous me coupez l'herbe sous les pieds! Comment voulez-vous après ça que je vous envoie l'esprit tranquille du personnel, je vais vous envoyer mon meilleur monde? Ben non, après ça vous allez me le reprendre (AP2)!

7.3 Les rapports différenciés des agences avec les CLSC

Des différences dues à l'âge de l'entreprise?

Quelques différences distinguent les agences les unes des autres dans leurs rapports avec les CLSC. En premier lieu, la formalisation de leurs rapports est très variable. En effet, une seule agence est liée aux CLSC par un contrat écrit et légal, rédigé par un avocat, alors que les autres agences ne sont liées que par des ententes implicites. Cette dernière se distingue aussi des autres agences par son type de clientèle qui n'est pas aussi diversifiée que celle des autres agences. De plus, l'agence en question garantit à certaines infirmières des heures minima en échange de leur acceptation de faire du travail de bureau, pratiquant ainsi la polyvalence.

Il se peut que ces différences soient attribuables à la durée de vie de cette agence qui n'existe que depuis deux ans, alors que les autres agences sont beaucoup plus anciennes. On peut aussi faire l'hypothèse que les liens de la jeune agence avec les CLSC, moins ancrés par une longue tradition de service, ne puissent encore permettre un fonctionnement aussi implicite qu'entre les CLSC et les autres agences. Par ailleurs, la jeune agence, aux premières étapes de son développement, n'a peut-être pas encore pu diversifier beaucoup sa clientèle. L'une des responsables de cette agence a d'ailleurs fait part de son projet d'amorcer prochainement cette diversification en rejoignant également une clientèle privée. En ce qui concerne le troc de temps plein contre travail de bureau, le fait que la jeune agence ne soit en place que depuis peu pourrait aussi expliquer qu'elle n'a pas encore recruté tout son personnel de bureau et qu'elle fonctionne un peu comme une entreprise familiale, avec toute la flexibilité que cela comporte. Une autre hypothèse à ce sujet a trait aux conséquences du lien privilégié avec un des CLSC avec lesquels cette agence travaille. Il se pourrait que cette agence, sans avoir l'exclusivité du CLSC en question, assure la majorité de ses demandes de services, ce qui occuperait une bonne partie de son personnel.

Des différences d'orientation par rapport aux CLSC

Les différences les plus importantes entre les agences proviennent toutefois davantage de la façon dont elles se situent par rapport aux CLSC dans leurs relations de travail que de leur structure ou de leur organisation. Ces différences apparaissent au sujet de la formation, des difficultés d'ajustement rencontrées dans la gestion des agences ou, encore, de la communication (transmission de l'information et suivi) entre l'agence et le CLSC.

L'intérêt porté aux formations en partenariat avec les CLSC est plus prononcé chez les responsables des agences AP1 et AP5 qui y voient une façon de se rapprocher des exigences des CLSC et d'assurer une continuité dans le service. La responsable de l'AP2 estime, pour sa part, que ses employées n'ont pas besoin de ces formations puisqu'elles sont souvent à la fine pointe du progrès et dispensent elles-mêmes des formations aux employées de CLSC.

En ce qui a trait aux difficultés rencontrées en termes de gestion d'agence, les responsables des agences AP1 et AP5 évoquent uniquement des causes internes, telles que la difficulté de satisfaire toutes les employées en fonction de leurs exigences et de leurs préférences. La responsable de l'AP2 fait ressortir des difficultés toutes autres, liées au suivi des patients. À son avis, les CLSC dénigrent l'information qui provient des infirmières d'agence et, d'autre part, leur cachent des informations pertinentes au moment de la demande de service, ce qui nuit à la qualité professionnelle des soins. L'ensemble de ces différences témoignent d'orientations assez différentes par rapport aux CLSC. Alors que les agences AP1 et AP5 se définissent comme sous-traitantes par rapport aux CLSC, l'AP2 revendique un statut d'experte.

Pour les AP1 et 5, le CLSC est le modèle de base pour les agences qui se considèrent avant tout comme des entreprises de sous-traitance. Elles considèrent que leur rôle est de répondre aux besoins du CLSC le mieux possible. C'est pourquoi ces agences vont souvent faire valoir les exigences des CLSC dans leurs activités et leur organisation. Au niveau de la répartition du personnel, les responsables précisent qu'il faut choisir les infirmières de façon à rassurer les CLSC (AP1). Au niveau des exigences de recrutement d'infirmières, certains responsables cherchent à harmoniser leurs critères avec ceux des CLSC (l'AP5). Les formations en partenariat avec le CLSC permettent aux agences d'avoir une meilleure connaissance de leurs clients et de se conformer à leur façon de faire :

C'est la même chose que les employées du CLSC, il faut faire exactement la même chose et respecter le même code d'éthique, le même protocole, c'est la même, même chose (AP5)

On n'est pas des faiseuses de pansements puis des patcheuses de bobos. On est des infirmières capables de faire des évaluations globales.

Contrairement aux agences AP1 et 5 qui se considèrent sous-traitantes, l'AP2, qui s'attribue un statut d'experte, ne calque pas sa façon de fonctionner sur celle des CLSC ni ne les prend comme référence ultime. La responsable de l'AP2 insiste sur le fait que les CLSC feraient mieux de prendre en compte les avis de son personnel plutôt que de les dénigrer. Elle fait part des difficultés de gestion au niveau de la relation avec les CLSC qui, estime-t-elle, lui cachent également de l'information. À son avis, cela nuirait au travail de ses employées et n'est pas une

façon professionnelle d'agir, alors que les autres agences ne font pas état de telles difficultés. Pour celles-ci, ce qui est le plus difficile dans la gestion d'une agence, c'est d'arriver à satisfaire toutes les employées en tenant compte de leurs exigences.

III - SYNTHÈSE ET CONCLUSION

8. SYNTHÈSE ET CONCLUSION

8.1 Synthèse

Au cours des chapitres précédents, on a pu constater que de nombreux points caractérisent les modalités de recours aux agences privées par les services de soutien à domicile des CLSC, selon ce qu'ont expliqué les responsables de services de SAD et d'agence rencontrés. Plusieurs font l'unanimité, d'autres pas. Un bref rappel des points principaux précède la conclusion de ce dossier.

8.1.1 *Les agences d'aide à domicile du point de vue des CLSC : les points communs*

Les raisons du recours aux agences privées

Les CLSC ont recours aux agences depuis 10 ou 15 ans pour l'aide à domicile. Ce recours s'est cependant intensifié avec les transformations récentes du système de santé. En encourageant le soutien à domicile, le virage ambulatoire a fait monter en flèche la demande de personnel aidant. Bien que les CLSC aient souvent embauché du personnel afin de répondre à la demande, leurs effectifs demeurent souvent insuffisants. Pour pallier le manque de personnel, l'embauche de nouvelles auxiliaires familiales et sociales (AFS) n'est pas toujours possible car les incertitudes liées aux budgets dont disposent les responsables des services de SAD rendent difficile l'ouverture de postes permanents. Trois des agences étudiées offrent des services d'aide à domicile.

Un volume considérable d'heures de services et des horaires brisés

Les CLSC confient une grande part de leurs services aux agences. Dans un des CLSC à l'étude, environ une quarantaine de cas sont confiés au complet aux agences, ce qui représente les services d'une quarantaine de personnes (environ l'équivalent d'une dizaine de temps complets). Dans un autre, les services confiés aux agences représentent l'équivalent de 20 temps complets. L'équivalent de 25 employés à temps complet travaillent pour le SAD d'un troisième CLSC. Cela représente environ trois fois plus d'employées (environ 75) afin de combler toutes ces heures. Dans le dernier, les heures confiées aux agences, par année, équivalent au temps de 28 temps complets.

Bien que les heures soient calculées en équivalent temps complet, il est rare que les employées d'agence travaillent à temps plein, de jour, la semaine et en horaire continu. Au contraire, les employées d'agence ne sont souvent appelées que pour quelques heures. Chez certains bénéficiaires comme les personnes handicapées, il peut y avoir deux ou trois services au cours de la même journée (le matin, l'après-midi, le soir).

Plus d'heures de service à cause du faible taux de rémunération des employées d'agence

Dans un contexte où les contraintes budgétaires ne permettent pas aux responsables d'embaucher des AFS supplémentaires, l'achat de services aux agences a l'avantage, pour les responsables de revenir moins cher sur une base horaire (environ 50 % du coût d'une AFS salariée au CLSC).

Une évaluation très critique de la qualité des services du personnel d'agence

Étant donné le faible niveau de formation et le taux élevé de roulement des employées d'agence, les CLSC estiment qu'elles font de leur mieux. Cela est toutefois insuffisant à leurs yeux, car ni la qualité de service, ni la sécurité du bénéficiaire, ni l'approche client ne sont satisfaisants. On critique également la façon dont travaillent les agences. Certains soulignent le manque de communication interne entre les responsables d'agence et leurs employées.

Les CLSC considèrent généralement que les agences privées ne sont pas très fiables. Cette lacune renvoie à la fois au manque d'engagement professionnel de la part des employées et à l'irresponsabilité des responsables d'agence. Il serait difficile de se fier aux agences, faute de conscience professionnelle de la part de leur personnel. Même lorsqu'elles sont dans un dossier particulier, les employées ne chercheraient pas à favoriser la continuité et il arrive qu'elles arrêtent tout simplement de donner le service pour aller travailler ailleurs.

Les responsables de SAD affirment que souvent, elles ne peuvent savoir avant la dernière minute si elles vont bénéficier ou non du service commandé à une agence. La façon dont le service est rendu laisse aussi souvent à désirer parce que les agences acceptent parfois plus de demandes de services qu'elles ne peuvent en dispenser. Cela peut se traduire par des services non rendus, des chevauchements d'horaires ou, encore, des périodes de service écourtées.

On reconnaît toutefois que les employées d'agence sont très mal rémunérées. De plus, leurs heures de travail sont souvent brisées et très dispersées. Compte tenu de ces conditions de travail, les responsables de SAD ont conscience de ne pouvoir exiger une implication aussi grande de leur part que de celles des employées de CLSC.

Au niveau de l'organisation du travail de l'ensemble des services d'aide à domicile, le recours aux agences a de grandes implications, en particulier en ce qui a trait à la transmission de l'information, à cause d'une complexité accrue de la coordination de ces services. Quand la demande de service est acceptée, le CLSC envoie le plan de service qui contient toutes les informations nécessaires à la tâche de l'employée d'agence. Ce plan de service constitue le document de référence et, implicitement, fait souvent office d'entente contractuelle au niveau des cas particulier.

Si les responsables du SAD sont obligés d'envoyer de leur personnel à domicile pour évaluer la situation, c'est que les agences participent peu au suivi des clients, estiment les responsables de SAD. Le suivi et l'évaluation de la qualité sont réalisés par les mêmes personnes, le plus souvent les intervenantes-pivots et parfois des AFS. De temps à autre, à domicile, elles recueillent les informations nécessaires au suivi du dossier en observant l'état du patient. Le bénéficiaire lui-même et sa famille contribuent souvent à évaluer la qualité des services reçus des agences. Mais

cette évaluation de la qualité s'exprime souvent lors de situations problématiques, et prend alors la forme de plaintes.

La gestion des plaintes est un volet important du recours aux agences privées par les CLSC car elles sont assez nombreuses. Certaines plaintes ont trait à la façon dont le service est rendu alors que d'autres portent sur des comportements inappropriés de la part du personnel d'agence. Parfois, la non acceptation des employées d'agence peut être fondée sur des préjugés à leur égard. Dans les cas les plus extrêmes, les bénéficiaires vont préférer n'avoir aucun service plutôt que ceux d'une agence. Les réactions face aux plaintes de bénéficiaires sont assez tranchantes de la part des responsables de SAD; elles se soldent par une demande de changement d'employée auprès de l'agence.

Le fait que les employées d'agence ne disposent pas d'autant de qualifications que leurs consœurs des CLSC constitue un problème majeur pour les responsables du SAD. C'est, en effet, le CLSC qui demeure responsable non seulement de la qualité des services mais aussi de la sécurité des bénéficiaires confiés au personnel d'agence. N'ayant aucun contrôle sur la formation, l'expérience et la sélection des employées d'agence, ils n'ont aucune garantie quant à la qualité du service.

L'utilisation du programme d'allocation directe aux bénéficiaires (le chèque emploi-service)

Plusieurs responsables des SAD considèrent l'allocation directe comme une solution intéressante autre que le recours aux agences par les CLSC. Pour certains, le chèque emploi-service, qui permet aux bénéficiaires d'embaucher eux-mêmes la personne qui va s'occuper d'eux, représente une façon plus directe de répondre aux besoins des bénéficiaires; elle serait particulièrement approprié pour ceux qui ont besoins de plusieurs services par jour. D'autres estiment que ce programme permet d'accorder de meilleurs conditions de travail aux personnes rémunérées pour faire le travail, ce qui, indirectement, permettrait également une amélioration de la qualité des services. Lorsque les relations avec les agences deviennent trop problématiques, certains responsables de SAD recourent au programme d'allocation directe (le chèque emploi-service) pour une partie de leurs bénéficiaires. Bien que cette forme de rapport salarial pour le personnel d'aide à domicile ne soit pas encore très répandue, elle est en forte croissance.

La santé et la sécurité du travail

La responsabilité à l'égard des employées d'agence n'est pas du ressort des CLSC. En cas d'accident du travail, la responsabilité en incombe donc uniquement à l'agence qui est leur employeur.

8.1.2 Les agences d'aide à domicile du point de vue des CLSC : les différences entre CLSC

Les stratégies de recours aux agences

Les CLSC se distinguent entre eux par les choix stratégiques qu'ils font tant au sujet du nombre d'agences choisies et de la distribution de la clientèle aux agences qu'au sujet du type de relation qu'ils entretiennent avec les agences.

Deux des CLSC ont recours aux services de six à huit agences privées d'aide à domicile. Les deux autres ne travaillent qu'avec une seule. Trois CLSC ne confient que les cas "POSILTPH"²⁷ aux agences privées d'aide à domicile. Ils justifient ce choix par le fait que ce programme ne permet pas de couvrir le salaire complet d'une auxiliaire de CLSC pour le nombre d'heures requises auprès de personnes handicapées à long terme. L'autre CLSC se réfère à des critères différents pour décider d'utiliser les services des agences privées. Son choix de recourir aux agences se fait plutôt en fonction de l'horaire régulier des AFS du CLSC dans le but de le compléter le soir et les fins de semaine.

Alors que les autres CLSC sont plus critiques à l'égard des agences et ont des rapports plus tendus avec elles, un des quatre CLSC a une relation privilégiée avec l'unique agence avec laquelle il travaille. Cette collaboration date de plusieurs années et s'est consolidée au fil du temps. Pour les responsables du SAD, cette relation a amené une qualité de service dont elles se disent satisfaites, tout comme les bénéficiaires.

Bien qu'aucun contrat ne garantisse des heures minimales ou une certaine exclusivité, les responsables du SAD font ressortir que la relation entre les deux parties est claire. Cette agence sait pertinemment que le CLSC lui réserve ses heures de service. Cette qualité de service se serait développée au fil des ans parce que les responsables de l'agence font des efforts particuliers pour respecter les exigences du CLSC. Tout ce qui est demandé par le CLSC est pris en compte et suivi à la lettre.

Évaluation positive de certaines caractéristiques des agences

Les responsables de deux services de SAD, contrairement au deux autres, insistent sur les caractéristiques positives de l'agence avec laquelle elles travaillent (la même), surtout en ce qui a trait à son sens des responsabilités. Contrairement à d'autres agences, les responsables y jouent leur rôle d'intermédiaires entre les employées et le CLSC et participent activement à la résolution des problèmes.

Les responsables d'un service de SAD qui reçoivent également des plaintes de bénéficiaires au sujet de leur personnel, ne les attribuent pas forcément à son manque de professionnalisme. Elles relativisent la responsabilité de l'agence (la seule avec laquelle elles travaillent) en prenant davantage en compte le contexte. Cela implique que la satisfaction des bénéficiaires n'est pas le seul critère à prendre en compte à prendre en compte.

8.1.3 Les agences de soins infirmiers du point de vue des CLSC : les points communs

Le recours aux agences de soins infirmiers est plus récent qu'à celles d'aide domestique; il date du milieu des années 90. Il a été précipité par le virage ambulatoire conjugué à la pénurie d'infirmières. Le service d'Info-santé, nouveau, a parfois été l'élément déclencheur. Trois des agences étudiées offrent des soins infirmiers.

²⁷ Programme d'organisation des services intensifs long terme pour personnes handicapées.

La demande de services

Dans la plupart des cas, les agences de soins ne sont appelées que dans un contexte de dépannage. Sauf pour un CLSC, les infirmières d'agence sont habituellement demandées pour faire des remplacements d'une journée, car elles prennent les routes complètes des infirmières de CLSC. Il est rare qu'elles aient à faire des heures brisées. Les CLSC, sauf un, leur confient tous les types de cas. Les responsables de l'agence communiquent les demandes de services reçues aux infirmières. Celles-ci sont mises au courant du travail au CLSC; l'agence ne joue donc qu'un rôle de répartition des tâches auprès des infirmières et n'intervient pas dans le suivi des patients. Ce sont les infirmières qui font le suivi directement dans le dossier du bénéficiaire dont est responsable une intervenante-pivot au CLSC.

Une évaluation assez positive

Pour les CLSC, les infirmières d'agence ont des qualifications évidentes à cause de leur formation professionnelle reconnue et de leur appartenance obligatoire à leur ordre professionnel. Généralement les CLSC se disent satisfaits du service des agences. Dans l'ensemble, ils évaluent leurs rapports avec les agences de soins infirmiers, ainsi que la qualité et la fiabilité des services obtenus, beaucoup plus positivement que pour les soins d'aide à domicile.

8.1.4 Les agences de soins infirmiers du point de vue des CLSC : les différences entre CLSC

Les stratégies de recours aux agences

Deux CLSC travaillent avec plusieurs agences tandis que deux autres travaillent avec une seule. Ces derniers expliquent qu'ils ont une bonne relation avec l'agence choisie. Ils ont tous deux la même stratégie d'intégration des infirmières d'agence aux formations données en CLSC. Un seul CLSC définit sa relation avec l'agence comme un partenariat. Cela se traduit par une exclusivité des services, des ententes au niveau du recrutement du personnel d'agence et un recrutement plus «personnalisé».

Dans un des CLSC, le recours aux agences semble se faire sur un autre mode que pour les autres. Bien que les infirmières puissent être appelées à prendre la route des infirmières qu'elles remplacent, elles doivent aussi souvent faire des heures de nuit ou de fin de semaine. Ces heures, peu attrayantes pour le personnel de CLSC, ne facilitent pas le recrutement; c'est pourquoi le CLSC les donnent aux agences.

Certaines évaluations négatives

L'évaluation du recours aux agences est plus critique pour deux CLSC. Leurs réserves ont trait au fait que les infirmières d'agence n'ont pas toujours assez d'expérience en matière de soutien à domicile, ni assez d'esprit d'initiative. Ils estiment que les services sont rendus, mais sans que la qualité soit toujours présente. À leur avis, le roulement de personnel nuit à la qualité des soins infirmiers.

8.1.5 Les rapports des agences d'aide à domicile avec leur personnel et avec les CLSC, du point de vue des agences : les points communs

L'offre de services

Les agences desservent surtout les CLSC; seule la plus grosse, mixte, dessert également d'autres établissements du réseau de la santé. Les services donnés par les employées d'agences privées correspondent le plus souvent à des besoins ponctuels des bénéficiaires. La plupart des services se donnent au moment des levers et des couchers, des repas et de la toilette.

Pour toutes les agences, les désistements posent un problème majeur car il faut remplacer l'employée prévue par une autre. Certaines agences s'organisent en conséquence pour pouvoir répondre aux services de dernière minute. D'autres agences ne se donnent pas de marges de manœuvre et les cas de désistements y sont envisagés comme une difficulté majeure.

Les conditions de travail

Environ 50 % des employés d'agence travaillent à temps complet; elles n'ont pas pour autant des horaires réguliers. Leurs heures de travail sont équivalentes à un temps complet, mais leurs horaires sont brisés. Ce type d'horaire est considéré inévitable en soutien à domicile.

Les employées qui donnent des services d'aide à domicile sont habituellement rémunérées au taux du salaire minimum; le kilométrage ou les déplacements ne sont généralement pas pris en compte. Une seule agence bonifie la rémunération en tenant compte de l'ancienneté. Le taux de roulement est très élevé, ce qui nécessite l'embauche de près du double d'employées que celles qui sont effectivement à l'emploi de l'agence.

Les caractéristiques du personnel

L'âge des employées d'agence va de 20 à 60 ans; mais plus nombreuses sont celles âgées de 30 à 45 ans. La très grande majorité des employées sont des femmes (près de 90%). Elles proviennent de différents horizons et ont souvent eu des parcours professionnels hétéroclites. Si une partie des employées est relativement expérimentée dans le domaine de l'aide à domicile, d'autres viennent travailler en agence dans le but d'acquérir de l'expérience. Pour certaines responsables, l'agence représente un lieu de brassage d'employées, un lieu de compromis pour de nombreuses personnes où chacune vient chercher ce qui lui convient; ce qui en fait un environnement de travail pertinent dans un contexte précis, souvent temporaire.

Ententes contractuelles et gestion des plaintes

Les ententes contractuelles écrites pour régir les relations entre les agences et les CLSC sont rares; elles sont souvent unilatérales, du point de vue des responsables d'agence, imposant essentiellement des obligations aux agences. Si les responsables d'agence ne semblent pas étonnés du manque de précision des ententes qui les lient aux services de SAD, c'est que leur fonctionnement repose sur des normes implicites entre les deux parties.

En cas de plaintes, le CLSC ne les adresse pas directement à l'employée d'agence, mais d'abord aux responsables d'agence qui vont les leur transmettre. Généralement, ces plaintes sont abordées avec une certaine distance critique par les responsables d'agence qui essaient d'en saisir le contexte. Les responsables des agences considèrent rarement que le manque de compétence de leurs employées pourrait être à l'origine des plaintes. À leur avis, ce sont des circonstances qui pèsent sur le travail d'auxiliaire et de préposée qui sont en cause. Le fait de travailler avec des êtres humains nécessite tellement d'adaptation des uns et des autres, de conciliation, estiment-elles, qu'il faut relativiser les plaintes.

La santé et la sécurité du travail

Le taux annuel de lésions professionnelles dans ces agences serait d'environ 6 % d'après les responsables. Compte tenu du roulement et du fait que le personnel est rarement à temps plein, ce taux est certainement inférieur à la réalité. En CLSC, par exemple, le taux d'incidence des lésions professionnelles des AFS était 14,3 % entre 1993 et 1995. Les responsables se disent sceptiques à l'égard de certaines déclarations d'accidents; considérant qu'il y a abus, deux des trois agences ont confié la gestion des cas qui relèvent de la CSST à des firmes externes.

Les contacts des agences avec l'ASSTSAS ont surtout trait à la formation d'instructeurs PDSB qui pourra donner ou compléter la formation des employées à l'agence même.

8.1.6 Les rapports des agences d'aide à domicile avec leur personnel et avec les CLSC, du point de vue des agences : les différences entre agences

L'offre de services

Des trois agences offrant des services d'aide à domicile, une seule est mixte, c'est-à-dire qu'elle emploie à la fois des AFS ou préposées et des infirmières (environ 10%); elle compte 130 employées. Les deux autres n'offrent que des services d'AFS et de préposées aux bénéficiaires; l'une est de petite taille (50 employées) alors que l'autre en compte 180. Les deux plus grosses agences travaillent avec une trentaine de CLSC différents sur un territoire qui dépasse largement la localité et la région où est établie l'agence. L'autre agence travaille avec un CLSC en particulier; son territoire d'activités est beaucoup moins étendu que celui des autres agences.

Les critères d'embauche

Les profils de formation des employées qui caractérisent les agences vont de pair avec leurs critères d'embauche. Deux agences accordent plus d'importance aux cursus scolaires. Leur personnel a donc habituellement une formation formelle d'infirmière, d'AFS ou de préposée. L'expérience est aussi un de leurs critères de base, bien que la pénurie de main-d'œuvre les amène à solliciter des jeunes étudiantes et diplômées. Le certificat de PDSB constitue aussi souvent une condition d'embauche.

Les actes délégués

En s'adaptant aux besoins des CLSC, les agences peuvent être amenées à faire effectuer des tâches spécifiques et délicates comme les actes délégués. Pour deux des agences, les actes délégués représentent une déviation aux règles observées en CLSC. Quand un CLSC demande que les auxiliaires d'agence ou les préposées effectuent ces tâches, les responsables d'agence n'acceptent qu'à condition que la responsabilité complète lui incombe. L'autre agence, favorable aux actes délégués, justifie sa position par la prise en compte de la réalité du terrain. Le respect du protocole des CLSC par rapport aux actes délégués serait plutôt paradoxal, estime cette agence, étant donné que le type de clientèle, souvent réservé aux agences, exige ce type de tâches.

8.1.7 Les rapports des agences de soins infirmiers avec leur personnel et avec les CLSC, du point de vue des agences : points communs et différences

L'offre de services

Trois des agences à l'étude offrent des services de soins infirmiers. Deux sont spécialisées en soins infirmiers tandis que l'autre propose également des services d'aide à domicile. Chacune des trois agences compte l'équivalent d'environ 50 infirmières à temps plein. Comme le roulement du personnel est très important, les agences en embauchent presque le double pour que ce nombre soit maintenu. Les infirmières ont généralement peu d'ancienneté à l'agence.

Pour toutes les agences, les désistements constituent un problème majeur car il faut trouver des remplaçantes, ce qui n'est pas toujours facile. Ceux-ci sont rares, principalement à cause de la conscience professionnelle des infirmières mais aussi parce que les journées d'absence pour maladie ne sont pas rémunérées, estiment les responsables.

La clientèle de ces agences ne se limite pas aux CLSC. Outre d'autres types d'établissements du réseau de la santé, elle comprend des associations de promotion de la santé, des compagnies de matériel, des pharmacies, des entreprises et des écoles. Malgré cette diversité, les CLSC demeurent la clientèle préférée des agences; ils représentent 70 à 90% de leurs activités. En règle générale les agences travaillent avec un nombre important de CLSC (de dix à trente CLSC, selon la taille de l'agence). Les agences peuvent travailler pour plusieurs services d'un même CLSC tels Info-santé et le service de SAD. Lorsque les agences travaillent avec les CLSC, deux types d'emploi du temps sont possibles pour les infirmières: soit elles assurent les services de garde à la fermeture du CLSC ou elles remplacent les employées des CLSC pendant les heures d'ouverture du CLSC. Une même agence peut couvrir un territoire assez étendu.

Le personnel infirmier et ses conditions de travail

Les infirmières d'agence sont généralement des femmes de 25 à 40 ans qui ont toutes une licence active de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; elles ont plus souvent une formation technique plutôt qu'universitaire. Elles ont un statut de travailleuse à temps partiel sur appel et travaillent habituellement des journées complètes. Leur salaire est comparable à ceux des CLSC. La plupart d'entre elles ne travaillent pas qu'à l'agence mais conjuguent leurs activités à d'autres

emplois à titre d'infirmière. À l'embauche, outre la licence d'infirmière, les agences exigent de l'expérience, exigence plutôt théorique compte tenu de la pénurie d'infirmières.

Les ententes contractuelles et la gestion des plaintes

Les agences de soins infirmiers ont habituellement des ententes contractuelles sommaires écrites ou de simples ententes verbales. Ces ententes ont surtout trait aux engagements, de la part des agences, à fournir du personnel compétent et à répondre aux besoins des CLSC. De la part du CLSC, ces engagements concernent le règlement des honoraires dans un délai imparti et le respect de certaines conditions lors de l'embauche d'infirmières à l'emploi des agences. Dans un contexte de pénurie d'infirmières, l'une des dispositions les plus importantes des ententes a trait aux conditions que doivent respecter les CLSC lorsqu'ils embauchent des infirmières déjà à l'emploi des agences.

En cas de plainte au sujet d'une infirmière, elle est transmise en premier aux responsables de l'agence qui en discutent avec elle. Les responsables donnent habituellement une seconde chance à leurs employées, après quoi c'est le congédiement.

La santé et la sécurité du travail

D'après les responsables, il y a peu ou pas d'accidents du travail dans les agences de soins infirmiers et l'absentéisme serait principalement attribuable à des causes courantes de maladie ou des grossesses. Les agences souscrivent toutes à la CSST et certaines confient la gestion des dossiers de SST à des firmes externes.

Quelques différences

Quelques différences distinguent les agences les unes des autres. Les plus importantes ont trait à la façon dont elles se situent par rapport aux CLSC dans leurs relations de travail. L'intérêt porté aux formations en partenariat avec les CLSC est plus prononcé chez deux agences qui se définissent comme sous-traitantes. Elles y voient une façon de répondre aux exigences des CLSC et d'assurer une continuité dans le service. L'autre agence, qui revendique un statut d'experte dans ses rapports avec les CLSC, fait ressortir des difficultés dans le suivi des patients attribuable au manque de collaboration des CLSC.

Alors que les autres agences ne sont liées que par ententes implicites, une des agences est liée aux CLSC par un contrat écrit et légal. Cette agence a une clientèle moins diversifiée que celle des autres agences.

8.2 Conclusion

8.2.1 *Le cercle vicieux du manque de financement*

Dès 1979, la première politique de soutien à domicile du Ministère de la santé et des services sociaux désignait les CLSC comme maîtres d'oeuvre de ces services, tout en précisant que l'État ne pouvait répondre à tous les besoins. Il renvoyait, du même souffle, aux ressources « communautaires » définies comme ressources complémentaires et, implicitement, bénévoles. Lévesque et Vaillancourt (2000) soulignent comment ce double mandat a coincé les CLSC entre deux dynamiques. D'une part, celle d'un déplacement des ressources vers des institutions plus légères, telles que les CLSC et les services communautaires, et d'autre part, celle qui a découlé des compressions budgétaires; une logique d'efficience face à une logique de réduction des dépenses de l'État. Ces logiques ont intensifié le virage ambulatoire qui vise notamment à réduire l'achalandage et les durées de séjour en centre hospitalier de courte durée. C'est dans ce contexte que dès les années 80, les CLSC des régions les plus urbanisées ont dû recourir aux agences privées, n'ayant pas les ressources financières pour répondre à la hausse de la demande de SAD avec leur seul personnel (Mucci, 1986). Le financement est demeuré public mais depuis 1984, selon Lévesque et Vaillancourt, la distribution des ressources et services relève à la fois du secteur public, du marché, des organismes communautaires et des aidants « naturels » puisque la majorité des fonds publics supplémentaires en santé vont aux établissements hospitaliers (Auger et coll., 2001).

Avec la dernière tentative de réorganisation des soins de santé, le nouveau mode d'organisation — visant à ce que le réseau devienne un réseau intégré de soins et services apte à assurer la continuité des soins aux bénéficiaires — a introduit des changements importants. Les CLSC occupent dorénavant une place encore plus centrale, toujours à titre de maîtres d'oeuvre de cette coordination élargie à davantage de soins et services dispensés par toute une gamme d'établissements et d'organismes publics, privés et communautaires. Les trois mécanismes de base qui assurent théoriquement cette coordination sont le guichet unique en CLSC (un mode de coordination), la gestion des cas en CLSC (une approche) et le plan de services individualisé, également établi en CLSC (un outil de planification). C'est dans les services de SAD qu'ils sont davantage implantés.

Nous avons pu remarquer au cours des précédents chapitres comment, du rôle central dévolu aux CLSC et de leurs capacités restreintes à l'assumer, découlent plusieurs défis majeurs pour les SAD qui manquent de moyens pour les relever. Le recours aux agences privées, dont l'intensité varie beaucoup selon les régions, rend notamment plus complexes les problèmes d'ajustement entre des équipes et des individus hétérogènes, ainsi qu'entre des temporalités et des lignes d'action interdépendantes mais différentes. De plus, le déploiement de moyens pour coordonner le travail dans une organisation complexe, rendu plus ardu déjà par la dispersion des lieux de travail et la grande variabilité des tâches, devient problématique avec l'ajout de la sous-traitance des agences privées. La réalisation d'un réseau intégré passant par la continuité des soins et services devient dès lors plus difficile à atteindre.

Le recours aux agences privées aiguise ainsi certaines contradictions, ce qui se répercute à tous les niveaux organisationnels des services de SAD et fait en sorte que les CLSC considèrent

certaines orientations privilégiées et certains choix organisationnels comme de moindres maux; il ne s'agit pas de solutions car les inconvénients demeurent et sont souvent sources de problèmes supplémentaires. On parle donc plutôt d'un cercle vicieux qui engendre des dépenses d'énergie, de temps et de ressources financières considérables sans mettre fin aux contradictions d'origine.

8.2.2 Certains enjeux majeurs de l'essor du recours aux agences privées de soins par les CLSC

À l'examen, dans le milieu où a été réalisée cette étude, le recours aux agences privées par les services de SAD apparaît comme une contrainte majeure à laquelle ils ne peuvent échapper. Les principaux enjeux générés par ce fait ont trait d'un côté à la qualité des soins et services, à la transmission de l'information et au contrôle des soins et services donnés aux bénéficiaires, et d'un autre côté à la responsabilité et au contrôle, par les services de SAD, des soins et services ainsi que la santé et la sécurité du travail des personnels d'agence. Plusieurs de ces enjeux ont déjà été soulignés dans les travaux antérieurs sur la question (Nahmiash et Reis, 1992; Le Masson et coll., 1999; MacAdam, 1999).

La qualité des soins et services

Les services de SAD soulignent qu'en faisant appel aux agences d'aide à domicile, ils doivent composer avec un personnel beaucoup moins qualifié pour assurer les mêmes services. Les responsables remettent en question la qualité des services d'agence, la considérant comme une source de dégradation des services de SAD. Ce lien direct de cause à effet entre le manque de professionnalisme des agences et la mauvaise qualité des services qu'elles offrent, représente, de leur point de vue, une première dimension de l'enjeu entourant la qualité des services.

Les responsables de SAD opposent souvent la qualité de la formation de leur personnel à la médiocrité de celle des employées d'agence. Celles-ci ne sont pas soumises à des critères de sélection aussi exigeants et n'ont pas toujours reçu une formation professionnelle adéquate. Les responsables de SAD reprochent aux agences et à leurs employées leur manque d'engagement et de conscience professionnelle tout en reconnaissant que les conditions de travail médiocres ainsi que le taux de roulement de ces dernières ne sont certainement pas étrangers à la piètre qualité des services donnés. Du côté des agences, on insiste sur les exigences contradictoires des services de SAD qui, malgré les économies réalisées en salaires, veulent obtenir la même qualité de service. Ces constats rejoignent les conclusions de MacAdam (1999). Celle-ci considère que les principaux enjeux stratégiques concernant les ressources humaines dans le secteur des soins à domicile au Canada ont trait à un consensus sur les normes de formation du personnel (réglementé ou non), au niveau des salaires et des avantages sociaux, aux liens entre le marché de l'emploi des services de soins à domicile et celui, plus large, en soins de santé ainsi qu'à une image plus positive de ces emplois comme choix de carrière.

Face à un bilan aussi négatif sur le recours aux agences, les responsables de SAD soulèvent d'elles-mêmes le paradoxe que représente le fait de continuer à les solliciter. Dans un contexte d'insuffisance budgétaire chronique, de pénurie de personnel qualifié et d'augmentation de la demande de services, le recours aux agences représente, au mieux, un piètre compromis. À leur avis, de cette tentative de répondre à une demande croissante, tout en respectant les budgets alloués, il résulte bel et bien une dégradation de la qualité des services.

Le recours aux agences semble avoir également d'autres fonctions paradoxales : ainsi, une responsable de SAD qui prend le temps de sélectionner soigneusement de nouvelles AFS en espérant trouver la perle rare, apprécie, malgré les inconvénients que cela implique, de pouvoir recourir aux agences pour combler les manques du moment.

La transmission de l'information et la continuité des soins et services

La circulation de l'information est une dimension majeure de toute activité de travail collective; elle l'est encore davantage lorsque cette activité doit composer quotidiennement avec des facteurs qui introduisent beaucoup de variabilité comme dans les soins à domicile ainsi qu'avec le fait que les activités de travail se réalisent dans des lieux différents. Il arrive souvent que dans les services de SAD, plusieurs lacunes fassent obstacle à une circulation fluide de divers types d'information et que celles-ci soient insuffisantes, incomplètes ou dépassées. Il a été observé, par exemple, que très peu d'information était directement transmise des infirmières-pivots aux AFS concernant la dégradation d'un cas, situation qui pourrait avoir des conséquences sur la SST des AFS. Inversement, les AFS ne semblent pas pouvoir transmettre rapidement des informations sur la fragilité d'un aidant chez une cliente à risque, par exemple. Cette situation s'expliquerait par un certain nombre de facteurs internes aux services de SAD, dont l'absence de lieux d'échanges et l'absence d'outils de suivi qui permettraient de transmettre des informations plus poussées et de façon efficace. Les contraintes de temps, qui font en sorte que les AFS et les infirmières ne vont chercher que les informations ponctuelles nécessaires au suivi à court terme, y sont aussi pour beaucoup (Cloutier et al., 2003).

Outre le fait que ces obstacles existent souvent à l'intérieur des services de SAD et des agences elles-mêmes, le recours aux agences accentue encore les difficultés organisationnelles des SAD en y ajoutant la coordination entre deux organismes distincts. La transmission de l'information constitue donc un enjeu important de l'essor du recours aux agences tant en ce qui a trait à sa circulation qu'à sa fonction de contrôle des soins et services et de l'état des bénéficiaires.

Une des premières étapes, lorsqu'un service de SAD fait affaire avec les agences, est la transmission du plan de service. Or les problèmes de communication commencent déjà à s'y manifester, selon les responsables de SAD. Certains reprochent aux agences de mal transmettre à leurs employées les informations qui y figurent et estiment que les employées d'agence ne transmettent pas toujours les informations des domiciles vers le service de SAD, selon les normes établies. Ces informations sont pourtant cruciales car elles sont nécessaires au suivi des bénéficiaires et peuvent influencer la révision du plan de service pour l'adapter à leurs nouveaux besoins. Selon les SAD, non seulement les employées d'agence ne disposent pas des connaissances nécessaires pour assurer un suivi efficace, mais elles ne seraient pas motivées à le faire; le suivi ne se ferait alors que dans des situations particulièrement problématiques. Pour contrer ces difficultés, les SAD comptent exclusivement sur leur propre personnel, le plus souvent les intervenantes-pivots déjà surchargées qui voient s'ajouter plusieurs tâches à leurs fonctions, telles que celles de former les employées d'agence, évaluer leur travail et contrôler l'état des bénéficiaires.

Par contre, certaines agences se plaignent que les services de SAD ne leur transmettent pas toujours une vision globale des problèmes des bénéficiaires qu'elles doivent servir. Elles affirment également que les SAD ne sont pas toujours réceptifs aux commentaires des employées

d'agence qu'ils estiment généralement incapables d'assurer le suivi. Elles se plient toutefois à la façon de faire de leurs clients et acceptent que ce soit le SAD qui contrôle le service et délimite les tâches des employées d'agence.

Il y a donc des attentes ambivalentes et contradictoires en ce qui a trait à la transmission de l'information, tant de la part des services de SAD que des agences. Ces difficultés s'ajoutent aux obstacles déjà présents à l'intérieur de ces organismes (Cloutier et al., 1998 et 2003). Et cela constitue finalement un problème de taille en regard de l'objectif de continuité des soins et services pour les usagers du réseau.

La responsabilité et le contrôle des soins et services par les services de SAD

Le recours aux agences privées soulève également la question de la responsabilité juridique du CLSC en regard des activités de soins et services à domicile et de la sécurité des bénéficiaires. Cet enjeu est particulièrement problématique car les CLSC ont peu de contrôle sur ces activités lorsqu'elles sont exécutées par des employées d'agence. Les responsables de SAD considèrent difficile d'être responsables des services offerts par les agences, compte tenu que leurs employées sont mal formées et ne connaissent pas forcément les règles de déplacement sécuritaire. Ils estiment que si les employées d'agence sont généralement capables d'exécuter toutes les tâches des AFS de CLSC, la façon dont elles les accomplissent, en termes de qualité des services et de sécurité des bénéficiaires, laisse souvent à désirer. Par ailleurs, afin de réaliser des économies, certains CLSC confient aux employées d'agence des services de ressort infirmier, se portant plus ou moins responsables de déléguer certains actes infirmiers à du personnel qu'ils considèrent autrement comme peu qualifié.

L'exercice d'une responsabilité réelle de la part des services de SAD tend donc à se réduire sous l'effet du manque de qualifications du personnel. Elle se limite à la qualité du service et à la sécurité des bénéficiaires, qui sont rarement évaluées sur la base d'un suivi régulier par la responsable du dossier au CLSC. Ce sont souvent les bénéficiaires eux-mêmes et leurs proches qui en font rapport au SAD, la plupart du temps pour se plaindre de situations insatisfaisantes.

La santé et la sécurité du travail du personnel d'agence

Les tâches accomplies par les AFS font de leur travail un emploi à risque, au même titre que certains emplois reconnus dangereux comme celui de bûcheron. Il y a lieu de supposer que le piètre fonctionnement des mécanismes de SST qui a déjà été mis au jour (Cloutier et coll., 1998 et 2003), en regard des personnels des services de SAD en CLSC, n'aide guère à réduire les risques de lésions professionnelles. Dans les agences, les procédures pour traiter les cas de lésions professionnelles sont encore plus déficientes et la difficulté s'accroît en raison des statuts d'emploi et du roulement du personnel. Le recours à des firmes externes ou à des mutuelles par certaines agences a, du reste, l'inconvénient de centrer les interventions sur la réparation dans une perspective individualiste, sans égard pour l'organisation du travail ou les conditions de travail. La question de la santé et la sécurité du travail des personnels d'agence, et celle des procédures appropriées et efficaces d'intervention dans ces milieux, constituent donc un autre enjeu associé à l'essor du travail en sous-traitance par les services de SAD.

Des enjeux qui dépassent le niveau local

Plusieurs aspects des enjeux que nous venons d'évoquer ont pour effet de polariser les services de SAD et les agences les uns contre les autres autour de questions telles que le recrutement des meilleures employées d'agence qui prive les agences de leur personnel qualifié, la pénurie de main-d'œuvre qualifiée et les conditions de travail du personnel d'aide à domicile. Les causes ne sont cependant pas inhérentes à ces organismes. Il serait nécessaire d'intervenir à un niveau plus macroscopique pour modifier cette situation (Bernier et coll., 2003). Par ailleurs, à l'intérieur d'un même territoire, les stratégies d'un CLSC ou d'une agence — tel qu'un contrat d'exclusivité entre un CLSC et une des meilleures agences (ce que l'ensemble des CLSC ne pourraient faire, faute de personnel qualifié) — ont des effets sur les autres partenaires, comme par exemple de les priver des meilleurs éléments. Les dimensions systémiques de cette situation mériteraient d'être explorées en concertation par les services de SAD d'un même territoire.

OUVRAGES CITÉS

- Association des CHSLD et des CLSC (1998). *Les changements dans le secteur de l'aide à domicile*, 33 pages + annexes.
- Auger, C., Trudeau, J-B., Archambault, A., Lamarche, P., (2001). *Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*, Rapport au Ministère de la santé et des services sociaux, Conseil de la santé et du bien-être, Québec.).
- Bernier, J., Vallée, G. Jobin, C. (2003). *Les besoins de protection sociale des personnes en situation de travail non traditionnelle*. Rapport final. Québec : Gouvernement du Québec.
- Cloutier E. , David H., Ledoux É., Bourdouxhe M., Teiger C., Gagnon I., Ouellet F. (2003). *Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des AFS et des infirmières des services de soins et de soutien à domicile*, Rapport de l'étude de cas 1, 157 p. dactylographiées + annexes.
- Cloutier E., David H., Teiger C., Prévost J. (1998). *Santé, sécurité et organisation du travail dans les emplois de soins à domicile*. Montréal, IRSST, R-202, 125 p. dactylographiées + annexes.
- Contandriopoulos, A., P., Denis, J., P., Dubois, C., A. et al., (2000). *La place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins*. Rapport présenté au Conseil de la santé et bien-être, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal.
- CSST (2002). *Services aux employeurs/mutuelle de prévention/Qu'est-ce qu'une mutuelle*, <http://www.csst.qc.ca>
- Dumont-Lemasson, M., Donovan, C., Wylie, M., (1999). *Programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile: Une synthèse pour le Canada*, Santé Canada avec la collaboration du Groupe de travail sur les soins continus du Comité consultatif fédéral-provincial - territorial des services de santé.
- Houle, G. (1986). *Histoires et récits de vie : la redécouverte obligée du sens commun..* In D. Desmarais et P. Grell : *Les récits de vie : théorie, méthode et trajectoires types*. Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Lévesque, B., Vaillancourt, Y. (1998). *Les services de proximité au Québec : de l'expérimentation à l'institutionnalisation*. <http://www.unites.uqam.ca/crises/C98/9812a.htm>
- Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., CH. S-4.2) dernière modification : le 20 juin 1998.

MacAdam, M, (1999). *Les questions relatives aux ressources humaines dans le secteur des soins à domicile au Canada: Point de vue stratégique*, Groupe chargé des politiques au Développement des soins à domicile, Santé Canada.

Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec, Comité pour la révision du cadre de référence sur les services à domicile (2000). *Pour une politique de soutien à domicile des personnes ayant des incapacités et de soutien aux proches : Rapport*, 71 p. dactylographiées + annexe.

Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec (1994). *Les services de soins à domicile de première ligne, cadre de référence*, 21 p.

Mucci, Fernand (1986) *Le maintien à domicile et les agences privées*, 15^e réunion annuelle scientifique et éducative de l'Association canadienne de gérontologie, 9 p. dactylographiées.

Nahmiash, D., Reis, M., (1992). *Étude exploratoire des services privés de soins à domicile*, Santé et Bien-Être Social, Canada.

Pires, A. P. (1987). Deux thèses erronées sur les lettres et les chiffres. *Cahiers de recherche sociologique*, 5 (2).

Strauss, A. L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge : Cambridge University Press.

IV – ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE

1. MÉTHODOLOGIE

1.1 L'échantillon

Afin de mener à bien cette étude exploratoire sur le recours aux agences privées par les CLSC plusieurs entrevues ont été menées auprès de personnes occupant des postes de responsabilité dans les services de SAD de CLSC et dans des agences privées de services à domicile et de soins infirmiers d'une région. Une étude sur l'organisation du travail des services de SAD avait déjà été réalisée dans cette même région (Cloutier et al. 1998). Elle est à l'origine de cette préoccupation.

Le but de cette étude étant de poser les premiers jalons de connaissance du recours aux agences privées dans les CLSC, le choix des personnes-ressources à l'intérieur de ceux-ci s'est imposé. La raison pour laquelle le choix s'est porté tout d'abord sur les responsables des services de SAD et d'agences privées est justifiée par leur vision plus globale de la situation en termes organisationnels. Si le choix des personnes avait été celui des auxiliaires familiales et sociales susceptibles d'être en contact avec les employées d'agence, leur regard plus microsociologique n'aurait pas permis de saisir certains des enjeux entourant le recours aux agences²⁸. Par ailleurs, les ressources financières limitées pour réaliser cette étude²⁹ ne permettaient pas d'ajouter des entrevues avec un échantillon d'employées de CLSC ou d'agence et leurs syndicats.

1.2 Les informatrices-clés

Les responsables de services de SAD

Nous avons sollicité des personnes ressources dans les services de SAD de quatre CLSC différents pour les interroger à titre d'informatrices-clés³⁰. Ces personnes, étant généralement responsables du service ou des programmes d'aide à domicile ou de soins infirmiers, ont accepté de répondre elles-mêmes aux questions ou ont permis le contact avec d'autres responsables en mesure de le faire. Dans la moitié des cas, les responsables de programme ont tenu à être accompagnées de certaines de leurs collègues du service afin de fournir des informations plus complètes. Les autres responsables de service ont répondu aux questions seules.

Huit personnes de ces services ont été interviewées. Ces entrevues ont généralement été menées face à face dans les bureaux des répondantes. Une seule entrevue a été réalisée par téléphone. En tout, quatre responsables de service, trois chefs d'équipe d'auxiliaires familiales et sociales et une responsable des infirmières et de la santé physique ont été interviewées. De par le type d'échantillon même, généré à partir de la liste de toutes les agences auxquelles les services de

²⁸ Comme le statut des informatrices-clés importe seulement en regard des salariées exécutantes, qui n'ont fait l'objet d'aucune investigation dans le cadre de ce projet, ces personnes aux responsabilités diverses seront traitées, de façon plus homogène, soit d'informatrice-clé, soit de responsable pour bien les distinguer de l'ensemble des salariées sans autre responsabilité que leur propre travail.

²⁹ Cette étude descriptive a été réalisée grâce au soutien financier du Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP) de l'Université de Montréal et de l'Institut de recherche Robert Sauvé en santé et sécurité du travail. Nous les en remercions.

³⁰ Technique de base de cueillette d'information par entrevue (Houle, 1986).

SAD des CLSC pouvaient recourir, les informations recueillies avaient plus de chance d'être complètes pour les auxiliaires familiales et sociales que pour les infirmières parce qu'au moment de l'enquête (début de 2000), le recours aux agences d'aide à domicile dans les services de SAD à l'étude étaient beaucoup plus important, en volume, que celui aux agences de soins infirmiers, situation qui a changé depuis. Précisons tout de même que ce dernier volet a été approfondi au fil des entrevues parce que les personnes rencontrées évoquaient souvent leurs rapports avec les agences privées de soins infirmiers, ainsi qu'avec leur personnel, davantage pour souligner les contrastes avec l'univers des auxiliaires familiales et sociales³¹.

Les responsables des agences privées

Toutes les agences figurant sur les listes fournies par les répondantes des CLSC ont été contactées (environ une douzaine) mais seulement cinq ont accepté de participer à l'étude. Parmi les cas de refus, des arguments tels que l'absence des responsables, la petite taille des agences, le manque d'intérêt pour ces questionnements ou encore le manque de temps ont été invoqués. D'autres responsables d'agence n'ont tout simplement jamais pu être rejointes ou n'ont jamais répondu à nos appels. En revanche, les personnes contactées dans les cinq agences dont les services sont les plus en demande auprès des SAD ont accepté immédiatement les rencontres pour les entrevues. Le tableau qui suit caractérise ces agences à partir des informations que nous ont communiquées les informatrices-clés et reflète la situation dans ces organismes au début de l'an 2000.

Comme la demande de services aux agences privées est considérée comme un moindre mal ou un dernier recours par les services de SAD, le volume de travail qu'ils confient aux agences est très variable. Il dépend beaucoup des sommes d'argent octroyées par le Ministère, la Régie régionale ou le CLSC au service de SAD, souvent à des moments inattendus, ou encore d'une hausse de la demande du côté des bénéficiaires, souvent attribuable à des changements dans les normes et pratiques d'hospitalisation des établissements hospitaliers. Il dépend également de la possibilité d'ouvrir de nouveaux postes et de la plus ou moins grande disponibilité de main-d'œuvre. Ainsi, depuis la réalisation de ce dossier, nous avons appris que sur plusieurs plans, l'intensité du recours aux agences privées par certains SAD, ainsi que l'état des agences, tels que décrits dans ce rapport, avaient déjà considérablement changés.

³¹ La partie de ce rapport consacrée aux agences de soins infirmiers, moindre que celle qui a trait aux agences d'aide à domicile, est attribuable au fait que les services de SAD des CLSC estiment avoir des rapports beaucoup moins problématiques avec ces agences. Le statut des infirmières est sanctionné par des diplômes d'études très précis et leur encadrement professionnel est assuré par un Ordre qui leur délivre un permis à chaque année et une loi qui définit leur champ de pratique et leurs obligations. Cela fait en sorte que les services de SAD estiment pouvoir faire davantage confiance à ces agences ainsi qu'au professionnalisme de leur personnel infirmier, jusqu'à preuve du contraire, et leur laisser beaucoup d'autonomie dans leur travail. Ces points sont énoncés dans les chapitres les concernant.

QUELQUES CARACTÉRISTIQUES DES CINQ AGENCES

	AP 1	AP2	AP3	AP4	AP5
Type de services offerts	Soins infirmiers	Soins infirmiers*	Aide à domicile	Aide à domicile	Aide à domicile Soins infirmiers
Nombre courant d'employées (approximation)	50	50	50	180	130 (aide à domicile) 33 (infirmières)
% temps plein (approximation)	25%	16% soins infirmiers	50%	50 à 60%	————
Clientèle desservie	CLSC (90%) : SAD, Info-santé, accueil et visites Clientèle privée (10%)	CLSC (75%) : SAD, Info santé et visites Autres (25%)	CLSC (100%) : SAD	CLSC (100%) : SAD	CLSC (90%) : SAD
Territoire couvert	Principalement local et autre : environ 10 CLSC, mais un CLSC = son client principal	Local et autre Entre 20 et 30 CLSC	Local seulement Moins de 5 CLSC	Local et autre Entre 20 et 30 CLSC	Local et autre Environ 30 CLSC
Moment de la journée où le service est assuré	Toutes les heures de la journée. Surtout pendant les heures de fermeture des CLSC (services de garde)	Toutes les heures de la journée. Surtout pendant les heures de fermeture des CLSC (services de garde)	Jour, soir, rarement la nuit	Jour, soir, rarement la nuit	Soins infirmiers : toutes les heures de la journée Aide à domicile : jour, soir, rarement la nuit
Critères minimaux de recrutement	Licence Expérience : un atout Exclusivité de l'agence Auto (implicite)	Licence Attitude plus qu'expérience Auto	Diplôme d'AFS ou de préposée Un an d'expérience Certification PDBS	Certification PDBS (peut être compensé par l'expérience)	Plus d'infirmières bachelières Diplôme d'AFS ou de préposée Normes des CLSC

* L'agence AP2 a également environ 10% de personnel pour l'aide à domicile. Ce personnel ne travaille cependant pas pour les services de SAD des CLSC. On n'a donc pris en compte uniquement le personnel infirmier dans cette étude et l'agence est considérée comme une agence spécialisée.

Les autres catégories de personnel

Compte tenu des ressources limitées qui ont permis de réaliser ce dossier, il n'a pas été possible d'interviewer d'autres catégories de personnels des services de SAD et des agences privées, ni des représentants de leurs associations. L'information recueillie et les points de vue exprimés proviennent donc uniquement des responsables des services de SAD de CLSC et des agences privées. Ce premier coup de sonde devra donc éventuellement être complété par d'autres travaux qui prendront en compte la réalité et les interprétations, certainement en partie différentes, des salariées concernées.

1.3 Le statut du discours

Les données présentées dans ce rapport sont de l'ordre de l'information documentaire. Il s'agit là d'un type de document exploratoire relativement fréquent sur une question dont l'acuité exige qu'on commence à la documenter à partir de presque rien. Notamment, les paramètres de l'univers à partir duquel on choisit des cas à analyser sont inconnus, même des organismes les plus concernés, ce qui ne permet d'aucune manière de parler d'échantillon représentatif, que ce soit au niveau d'une région ou à l'échelle du pays. De tels documents, réalisés par des chercheurs reconnus, comme Namiash et Reis (1992), sont pertinents et utiles à court terme dans la mesure où leurs limites sont explicitées. Ils constituent alors un point de départ à partir duquel il est possible d'aller un peu plus loin par la réalisation d'autres projets modestes et bien circonscrits.

Une de leurs limites importantes a trait au statut des informations recueillies. Dans le présent rapport, les propos de responsables ont implicitement été jugés valides puisque les résultats des entrevues sont présentés à titre de données factuelles; aucune autre source de données, telles que des statistiques internes à ces organismes n'a été consultée pour les valider. Le statut des répondants à ces différents outils de collecte des données n'a pas été traité comme une variable significative, faute d'un nombre suffisant d'informatrices-clés pour qu'un tel traitement soit significatif. Une grande partie de leurs propos nous livre néanmoins des renseignements inédits et très pertinents sur les rapports diversifiés qui se nouent entre les CLSC et les agences privées ainsi que sur le fonctionnement des services privés, imbriqués à ceux des services de SAD. Comme le souligne Pires (1987), la triangulation des méthodes n'est pas qu'une simple procédure de validation. Il s'agit plutôt d'une forme d'observation différenciée et croisée qui sert à éclairer autrement le problème à l'étude. En interrogeant sur leurs rapports des responsables dans deux types d'organisations en interrelation (services de SAD publics et agences privées), nous avons effectivement recueilli des données différenciées et croisées.

Cela ne signifie pas pour autant que les informations factuelles qu'elles nous ont fournies ne sont pas intriquées aux filtres des représentations que leurs organismes ont élaborées les uns à l'égard des autres, représentations construites socialement et influencées par la situation de chacun. Mais ces représentations sociales, implicites la plupart du temps, n'invalident pas pour autant les informations factuelles recueillies dans la mesure où l'on reconnaît et demeure conscient qu'elles sont inévitablement imbriquées à la communication même des données factuelles.

1.4 Les thèmes abordés en entrevue

Les entrevues ont porté notamment sur les raisons du recours aux AP; l'intensité (volume) du recours aux AP; les critères de choix des AP, le type de travail qui leur est confié par les services de SAD; les rapports entre le personnel des AP et celui des services de SAD; les conséquences du recours aux agences privées sur les soins, l'organisation du travail du service; les avantages et les inconvénients du recours aux AP du point de vue des services de SAD; les caractéristiques de la main-d'œuvre à l'emploi des AP et la prise en charge de la santé et de la sécurité du travail dans les AP.

Les grilles d'entrevues sont reproduites dans les pages qui suivent. En moyenne, les entrevues ont duré entre une heure et une heure et demie.

2. LES GRILLES D'ENTREVUE

Toutes les entrevues ont été enregistrées afin d'en faire l'analyse qui constitue le rapport.

2.1 Pour les responsables des services de SAD de CLSC

LE RECOURS AUX AGENCES PRIVÉES DE SOINS PAR LES SERVICES DE MAINTIEN À DOMICILE DES CLSC DU TERRITOIRE

FICHE D'INFORMATION

Numéro-code de l'entrevue :

Nom de la personne rencontrée :

Fonction :

Établissement :

Adresse civique et numéro de téléphone :

Date et de l'entrevue

Nom de l'intervieweuse :

GRILLE D'ENTREVUE AVEC DES RESPONSABLES DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE DES QUATRE CLSC DU TERRITOIRE

Introduction :

- Expliquer les objectifs et les grandes lignes du projet et son produit final;
- Rappeler la recherche réalisée par E. Cloutier et H. David sur la santé au travail des infirmières et des auxiliaires familiales et sociales (AFS) d'un service de maintien à domicile (SAD);
- Préciser que c'est la réalité du recours aux agences privées (AP) n'est à peu près pas connue. Il se peut que plusieurs des questions ne soient pas pertinentes. Certains points importants, de leur point de vue, peuvent aussi avoir été négligés. Demander de nous le dire au cours de l'entrevue;
- Préciser aussi que tous les renseignements recueillis seront dénominalisés dans le rapport de recherche (les CLSC, la région, les agences et les personnes rencontrées);
- Préciser que les questions concernant le recours aux AP par les services de SAD porteront sur trois grands volets : 1) la gestion du service de SAD, 2) l'organisation du travail du SAD et la santé et la sécurité du travail du personnel des agences privées (AP).

Gestion des services de SAD :

G1- Depuis combien d'années avez-vous recours aux agences privées (AP) dans votre service ? Pour les soins infirmiers ? Pour les soins d'hygiène (AFS) ? Autres types de soins ?

G2- Utilisez-vous aussi l'allocation directe aux bénéficiaires (le chèque emploi-service)? Si oui, en \$, quelle proportion du budget pour les soins à domicile par les AFS du CLSC ou par les employés des AP cela représente-t-il?

G3- Que s'est-il passé à ce moment-là pour que vous commenciez à avoir recours aux AP ?

G4- Est-ce pour les mêmes raisons que vous y avez encore recours ?

G5- Sinon, pourquoi ?

G6- Quel a été le rythme d'augmentation du recours aux AP depuis le début (mentionné en G1) jusqu'à maintenant dans votre service de SAD ? Comment est-ce calculé : en \$? En nombre d'interventions ? Autre indicateur ?

G7- (Si pertinent) Et l'allocation directe, pourquoi choisissez-vous ce système plutôt que le recours au personnel des agences dans certains cas ?

G8- La situation est-elle la même dans les autres SAD du territoire ?

G9- Sur une base quotidienne ou hebdomadaire, quelle proportion des visites à domicile (ou des soins) est-elle confiée aux AP ?

N. B. À ce moment-ci de l'entrevue, demander à la personne interviewée (s'il y a lieu), si elle préfère parler **simultanément** des soins infirmiers et des soins d'hygiène (donnés par les AFS) **ou** répondre aux questions pour les **soins infirmiers d'abord et, ensuite**, reprendre les mêmes questions pour **les soins d'hygiène**.

G10- Est-ce le type de soins ou le type de patient (pathologies) qui fait que le service choisit de confier certains cas plutôt que d'autres aux AP ou de recourir à l'allocation directe ?

G9- Y a-t-il d'autres raisons ?

G10- Les patients qui reçoivent des soins du personnel des AP bénéficient-ils/elles aussi de soins par le personnel du SAD ?

G11a- Si oui, pourquoi ?

G11b- Sinon, pourquoi ?

G12- Avec combien d'AP faites-vous affaire ?

G13- Y en a-t-il d'autres dans ce territoire ?

N.B. Rappeler que tous les renseignements recueillis seront dénominalisés

G14a- Si oui, pourquoi avez-vous choisi celle(s)-là ?

G14b- Sinon, avez-vous le choix ?

G15- Y a-t-il des AP que vous préférez à d'autres ?

G16- Si oui, pourquoi ?

G17- Êtes-vous satisfaite de la qualité des services des AP avec lesquelles vous faites affaire ?

G18- Lorsque vous commencer à faire affaire avec une AP, signez-vous une entente contractuelle ?

G19- Si oui, que contient-elle ? (peut-on en avoir une copie qui restera confidentielle ?)

G20- Si oui, insistez-vous pour y faire figurer certaines normes de qualité (concernant le personnel et les bénéficiaires) ?

G21- Si oui, lesquelles ?

G22- Comment réagissent les AP à ces conditions ?

G23- La table de concertation des CLSC se préoccupe-t-elle de la question des AP ?

Au sujet des AP dont vous venez de parler, pouvez-vous nous donner quelques informations suivantes au sujet de chacune (inscrire les réponses aux pages 4-5) :

- taille (nombre d'employées)
- catégories d'emploi
- caractéristiques des employées (âge, formation, expérience, sexe, statut)
- taux de roulement (stabilité de la main-d'œuvre)

Si nécessaire, accepteriez-vous d'appuyer notre demande de rencontre avec la direction des AP pour réaliser le projet ?

Organisation du travail

O1- Comment sont transmises à l'AP, ou à la salariée de l'AP, les informations du dossier du/de la patient/e concernant son état de santé (et autres caractéristiques) ainsi que les soins à lui donner avant qu'elle se rende au domicile ?

O2- Est-ce que le personnel des AP fait exactement les mêmes tâches que les AFS du CLSC ?

O3- Y a-t-il des tâches des soins à domicile que le personnel des AP ne sait pas ou ne veut pas faire ?

O4- Y a-t-il une intervenante-pivot (chargée de cas) du SAD qui demeure responsable des suivis de ces patient(e)s ?

O5- Si oui, comment se répercute le fait d'avoir recours à du personnel d'AP sur ses tâches de suivi ?

O6- Sinon, comment le suivi est-il assuré ?

O7- Qui en est responsable au SAD ?

O8- Lorsqu'il y a à la fois du personnel du SAD et du personnel d'AP qui vont aux mêmes domiciles, comment se fait le suivi entre les deux ?

O9- Par quels moyens se fait l'évaluation de la qualité des soins dispensés par le personnel des AP ?

O10- À quelle fréquence a-t-elle lieu ?

O11- Quels sont vos critères de qualité ?

O12- Qui est responsable de l'évaluation ?

O13- Est-ce cette responsable qui fait l'évaluation ?

O14- Quelles en sont les suites si elle est négative ?

O15- Le SAD s'assure-t-il que les exigences d'aménagement des lieux, qui sont appliquées pour son personnel, soient aussi appliquées dans le cas où les soins sont habituellement dispensés par du personnel d'AP ?

O16- Est-ce que l'obligation d'avoir recours à des AP modifie la tâche du personnel du SAD qui donne des soins à domicile ? Si oui, en quoi ?

O17- Est-ce que l'obligation d'avoir recours à des AP modifie la tâche des responsables du SAD ? Si oui, en quoi ?

O18- Le SAD, ou le CLSC ou le personnel professionnel, conserve-t-il une responsabilité à l'égard des patients suivis par le personnel des AP, en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux ?

Santé et sécurité du travail (SST)

S1- Est-ce que les politiques et procédures de santé et de sécurité au travail pour le SAD, qui existent au CLSC s'appliquent aussi au personnel des AP ?

S2- Qui est responsable de la santé et de la sécurité du personnel des AP (en vertu de la Loi de la SST) : la direction des AP ou la direction du SAD ?

S3- Savez-vous comment se fait la déclaration d'un accident du travail, requise en vertu de la Loi de la SST) en cas de lésion professionnelle (accident du travail) pour ce personnel ?

DISPOSITIONS DE LA LOI SUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL

L'employeur a l'obligation de :

- 1- Payer ses cotisations à la CSST;
- 2- Indemniser la personne accidentée pendant les deux premières semaines (que la CSST lui rembourse par la suite);
- 2- Déclarer les lésions professionnelles subies par ses salariés à la CSST qui indemnise directement la personne accidentée à partir de la 3^e semaine, s'il y a lieu.

Renseignements factuels sur les agences privées du territoire

Nom de l'agence :

Nom de la responsable :

Numéros de téléphone :

Adresse civique :

Taille de l'AP (nombre d'employées) :

Catégories d'emploi parmi le personnel (infirmières, AFS, etc.) :

Caractéristiques des employées (âge, formation, expérience, sexe, statut) :

Taux de roulement (stabilité de la main-d'œuvre) :

Avec ou sans but lucratif :

Remarques de l'intervieweuse (remplir à la main immédiatement après l'entrevue)

FICHE D'INFORMATION

Numéro-code de l'entrevue :

Nom de la personne rencontrée :

Fonction :

Établissement :

Date et de l'entrevue

Nom de l'intervieweuse :

REMARQUES

2.2 Pour les responsables des agences privées

LE RECOURS AUX AGENCES PRIVÉES DE SOINS PAR LES SERVICES DE MAINTIEN À DOMICILE DES CLSC DU TERRITOIRE

FICHE D'INFORMATION

Numéro-code de l'entrevue :

Nom de la personne rencontrée :

Fonction :

Établissement :

Adresse civique et numéro de téléphone :

Date et de l'entrevue

Nom de l'intervieweuse :

GRILLE D'ENTREVUE AVEC DES RESPONSABLES D'AGENCES PRIVÉES DE SOINS DE SANTÉ QUI DÉSERVENT LE TERRITOIRE

LA MAIN-D'OEUVRE

M1- Depuis combien d'années votre agence existe-t-elle ?

M2- Est-elle avec ou sans but lucratif?

M3- Combien d'employées avez-vous habituellement ?

M4- Pour avoir l'équivalent d'une personne à temps plein au cours d'une année, combien de personnes différentes devez-vous embaucher ?

M5- Pouvez-vous me dire quelles sont les caractéristiques de vos employées en termes de moyennes ?

- Âge ?
- Sexe ?
- Formation ?
- Expérience (à l'agence et ailleurs, avant) ?
- Ancienneté (dans votre agence) ?

M6- Combien (proportion) travaillent :

- habituellement à temps plein ?
- habituellement à temps partiel ?
- habituellement avec des horaires brisés ?

M7- La plupart de vos employées travaillent-elles habituellement :

- avec une garantie d'un nombre minimal d'heures de travail payées ?
- seulement sur appel ?
- à titre de travailleuse autonome (paiement d'honoraires et non d'un salaire avec charges sociales pour l'employeur) ?

M8- Combien de l'heure reçoivent vos employées pour les soins à domicile ? Ont-elles des avantages sociaux ? Si oui, lesquels ?

M9- Est-ce équivalent aux normes de la Loi du salaire minimum ?

M10- Quand vous embauchez une nouvelle recrue, quelles sont vos exigences minimales ?

M11- Vous arrive-t-il d'assurer une certaine formation à votre personnel ?

LE TRAVAIL A DOMICILE À LA DEMANDE DES SERVICES DE SAD DES CLSC

T1- À part les services de SAD des CLSC, desservez-vous d'autres clientèles (% de temps de travail pour chacune) ?

T2- Si oui, travaillez-vous pour plus d'un service de SAD de CLSC ? Ou pour d'autres établissements de santé du système public (hôpital, centre hospitaliers de soins de longue durée, etc.) ?

T3- Êtes-vous liées par contrat avec le ou les SAD de CLSC avec lesquels vous faites affaire ?

T4- Si oui, sur quoi portent ces contrats ? (obtenir copie)

T5 Comment le service de SAD vous fait-il sa demande (Fax, téléphone, répondeur) ? Comment confirmez-vous votre acceptation ?

T6- Comment votre employée est-elle mise au courant de ce qu'elle a à faire dans chaque domicile ?

T7- Votre personnel est-il capable (ou accepte-t-il) de faire TOUTES les tâches que font habituellement les AFS du CLSC ? (insister: des tâches plus délicates comme le curage rectal, par exemple)

T8- Lorsque vous avez convenu d'envoyer une de vos employées à un domicile, tel jour, telle heure, que se passe-t-il si elle se décommande ou ne s'est tout simplement pas rendue ?

T9- Comment assurez-vous le suivi des cas [communication agence/SAD, communication agence/employées : détails sur ce qui fait l'objet d'échanges écrits (télécopies ou courriels) vs seulement verbal (téléphone et/ou répondeur)]

T10- Que faites-vous quand on vous demande d'envoyer du personnel dans un domicile où il y a un "gros cas" (pathologies multiples, incapacités multiples, problèmes de santé mentale, environnement problématique, rapport difficiles avec les proches, violence, par exemple) ?

T11- Vous arrive-t-il de refuser pour des raisons de ce type, même si vous avez du personnel ?

T12- (Si oui) pourquoi ?

T13- Que faites-vous si un service de SAD vous fait part de critiques de la part de patients qui ont reçu des services d'employées de votre agence ?

T14- Dans votre travail (de gestionnaire) qu'est-ce qui est le plus difficile (qui cause le plus de problèmes) par rapport aux objectifs de l'agence ?

LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Intro sur le fait qu'il s'agit d'un travail souvent difficile et dure et où le risque d'accident est très élevé

S1- Y a-t-il beaucoup d'absentéisme pour des raisons de santé parmi votre personnel ?

S2- Arrive-t-il à vos employées d'avoir des accidents du travail ?

S3- (Si oui) combien d'accidents, environ, y a-t-il par année parmi votre personnel ? Cela (le personnel) représente combien de personnes (en équivalent de personnes à temps complet) ?

S4- (Si oui) quels types d'accidents sont les plus fréquents?

S5- (Si oui) que faites-vous quant cela arrive ?

S6- (Si on n'a pas donné de réponse à cela avant) Faites-vous une déclaration à la CSST ?
(N.B. Les obligations de l'employeur = remplir un formulaire de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) prévu à cet effet, où il décrit l'accident et donne des informations sur la personne accidentée et le faire parvenir à la CSST)

S7- Si on répond qu'il n'y a JAMAIS eu d'accidents, INSISTER et référer au fait que parmi les AFS de CLSC, le taux d'accidents est très élevé

S8- Avez-vous d'autres rapports avec la CSST ?

S9- (Si on n'a pas donné de réponse à cela avant) Payez-vous des cotisations mensuelles à la CSST ? (les agences sont obligées, en vertu de la Loi de la SST, de payer des cotisations mensuelles)

S10- Êtes-vous en contact avec l'ASSTSAS (Association [paritaire]de santé et de sécurité au travail du secteur des affaires sociales) ?

S11- Y a-t-il de vos employées qui ont suivi le cours pour les auxiliaires familiales et sociales donné par cette association?

(Ce cours, qui s'appelle «PDSB», programme de déplacement sécuritaire des bénéficiaires, dure 3 jours + un rappel d'une journée quelques mois plus tard.)

3. DESCRIPTION DES TÂCHES

3.1 Description des tâches des auxiliaires familiales et sociales aux services de soutien à domicile des CLSC

Une auxiliaire familiale et sociale est une « préposée aux services personnels qui offre des services de maintien à domicile à des personnes et des familles en difficulté en effectuant diverses tâches du milieu familial, en assurant la prestation de soins d'hygiène et de confort, en fournissant l'assistance et le soutien d'ordre organisationnel, afin de veiller au mieux-être de ces personnes et ce, toujours en vue de stimuler l'autonomie et la prise en charge ».

Au cours de ses principales tâches, elle :

- « Prend connaissance de l'évaluation des besoins de l'utilisateur.
- Participe à l'élaboration et à la mise à jour du plan d'intervention.
- Prend contact avec l'utilisateur.
- Planifie les étapes de son intervention.
- Dispense des soins d'hygiène corporelle (bain, soins des ongles, de la peau, etc.).
- Assure le suivi du programme d'exercices, s'il y a lieu.
- Vérifie les aliments disponibles et leur fraîcheur.
- Planifie et prépare les repas et les régimes spéciaux et nourrit l'utilisateur ou l'aide à se nourrir.
- Accompagne l'utilisateur à l'épicerie ou effectue les achats.
- Assure l'entretien ménager quotidien (époussetage, rangement, lessive, etc.) à l'exception des grands ménages.
- Surveille la diète alimentaire.
- Dispense des soins tels que pansement sec, administration de médicaments, etc. et ce, sous la supervision, la planification et le contrôle d'un infirmier ou d'une infirmière.
- Stimule l'autonomie et la prise en charge de la personne.
- Assure la sécurité de l'utilisateur et prend congé.
- Fait un rapport du résultat de l'intervention et consigne les notes au dossier.
- Suggère des modifications susceptibles d'améliorer la situation de l'utilisateur.
- Assure le suivi de l'intervention. »

(Source : Emploi-Québec, 2002 : Repères : professions. Code CNP 6471-001 pour les AFS)

3.2 Description des tâches des infirmières aux services de soutien à domicile des CLSC

Un service de SAD définit ainsi les tâches des infirmières :

« Les fonctions communes à toutes les professionnelles impliquent la polyvalence dans les pratiques du travail et un décloisonnement des fonctions. Les intervenants sont appelés à accomplir des fonctions communes :

- Évaluation globale des besoins.
- Élaboration, révision et réorientation des plans de service et plans d'intervention.
- Écoute, support, réassurance, motivation.
- Surveillance de l'état général.
- Vision et intervention communautaire.
- Identification des clientèles à risque.
- Programmation.
- Demande de prêt d'équipement.
- Support et conseils aux autres professionnels de l'équipe.
- Références.

Pour les soins infirmiers, à ces fonctions générales, s'ajoutent les fonctions spécifiques suivantes qui concernent des interventions d'ordre **curatif, palliatif et préventif**. Elles comprennent des activités d'**évaluation**, de **traitement**, d'**enseignement**, de **rééducation** et de **réinsertion sociale** concernant les :

- Soins de plaie.
- Suivis de l'état de santé en général.
- Contribution aux méthodes diagnostiques (laboratoire, etc.).
- Surveillance de la tension artérielle.
- Assistance au client en regard de la médication.
- Soins reliés à l'élimination vésicale.
- Soins reliés à l'élimination intestinale.
- Soins de stomies.
- Traitements par injection (s/c, i.m., i.v.).
- Héparinisation d'un cathéter.
- Soins aux diabétiques.
- Soins palliatifs.
- Soins d'alimentation assistée.
- Soins en insuffisance respiratoire.
- Soins de dermatologie.
- Antibiothérapie i.v., installation de soins de cathéter i.v..
- Application des méthodes d'aseptie.
- Activités de dépistage et de prévention (violence, médicaments, salubrité, malnutrition, etc.).
- Intervention en situation d'urgence. »

Cette description exclut les tâches spécifiques au travail d'intervenante-pivot, pour lesquelles les infirmières régulières ne sont jamais remplacées par du personnel d'agence, ainsi que les tâches du poste à l'accueil téléphonique.

(Source : Cloutier E., David H., Teiger C., Prévost J. (1998). *Santé, sécurité et organisation du travail dans les emplois de soins à domicile*. Montréal, IRSST, R-202.)