Politique nationale sur les soins et services de soutien à domicile

Consultations

Mémoire de la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN)

Février 2025

À propos de la FSSS-CSN

La Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN), affiliée à la Confédération des syndicats nationaux (CSN), est la plus grande organisation syndicale en santé et services sociaux et services de garde éducatifs à l'enfance.

Force reconnue du syndicalisme au Québec, elle compte plus de 140 000 membres dont 80 % sont des femmes, répartis dans plus de 250 syndicats se trouvant sur l'ensemble du Québec.

Nous représentons notamment la très vaste majorité des auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS) et préposé.es aux bénéficiaires (PAB) œuvrant dans les établissements publics du Québec, ainsi que des milliers de PAB œuvrant dans des résidences privées pour personnes âgées. Nous sommes aussi présents dans le secteur communautaire, ainsi que dans le secteur des ressources de type intermédiaires et familiales.

Depuis sa fondation, la FSSS-CSN agit en faveur d'une société plus équitable, plus démocratique et plus solidaire.

Contribution FSSS et remerciements

Le présent mémoire se veut complémentaire aux commentaires formulés par la Confédération des syndicats nationaux (CSN), auxquels nous souscrivons entièrement. Nous vous invitons aussi à prendre connaissance de la plateforme *Dignité et solidarité* [1], et à porter une attention toute particulière à l'étude intitulée *Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec* de l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS)[2]. Il est essentiel que la politique nationale assure la mise en œuvre des recommandations qui y sont présentées.

Dans le but de formuler des commentaires qui enrichissent les visions et propositions portées dans les documents ci-haut mentionnés, nous estimons pertinent de mettre l'emphase sur la réalité telle que vécue sur le terrain par les ASSS qui, au quotidien, sont aux premières loges du SAD partout au Québec. Notre contribution se base donc sur des consultations menées depuis de nombreuses années auprès de nombreuses ASSS du réseau, et encore tout récemment dans le cadre de la présente consultation. Nous les remercions pour leur précieuse collaboration.

Nous joignons aussi à ce mémoire le compte rendu d'un forum tenu en 2019, en présence d'ASSS de l'ensemble des régions du Québec, et les résultats d'un grand sondage mené auprès de plus de 2500 ASSS la même année.

Nous espérons que cette perspective complète, issue de la réalité du terrain, vous amènera à élaborer une politique nationale qui permette au Québec de réussir le nécessaire virage vers le SAD en le basant essentiellement sur le travail des ASSS. Ce virage doit consister en une offre publique de SAD qui favorise la pleine valorisation de cette profession, la pleine reconnaissance de l'expertise des personnes qui l'exercent, et l'organisation de milieux de travail sains à échelle humaine. Nous sommes convaincus que c'est de cette façon que nous parviendrons collectivement à répondre de la meilleure façon qui soit aux besoins de la population, et de rendre notre système de santé et de services sociaux globalement plus accessible et donc plus efficace.

La profession d'ASSS : une histoire de valorisation du travail des femmes

Il convient de rappeler qu'à l'époque, le soutien aux personnes devant recevoir de l'aide ou des soins à domicile était essentiellement l'affaire des femmes, qui ne recevaient rien pour ce travail. Les premiers services externes d'aide à domicile sont apparus en 1933 et étaient dispensés par des religieuses et des femmes laïques dans des foyers d'ouvriers. Elles étaient envoyées par des agences sociales privées créées par les organismes religieux. Elles étaient appelées des auxiliaires familiales.

---

[1] https://www.csn.qc.ca/dignite-et-solidarite/

[2] Anne Plourde et Louise Boivin, Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec, Étude, IRIS, 2024. Lien : https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2024/11/IRIS-SAD-WEB.pdf

En 1979, la première politique de services à domicile a permis l'embauche de plusieurs auxiliaires familiales et sociales dans les CLSC. Cela a, en outre, permis de valoriser ce travail, d'en améliorer la rémunération et de l'encadrer par des droits syndicaux.

En 1983, la formation d'assistance aux personnes à domicile, d'une durée de 975 heures, a été créée, dispensée dans les institutions publiques d'enseignement. Depuis, on a délégué aux auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS) certains actes, ce qui permet de mieux soutenir les usagers et les usagères. Des ASSS font aussi des actes désignés, permettant d'alléger le travail des ergothérapeutes et des infirmières afin de bonifier les services. L'exercice de la profession d'ASSS exige aujourd'hui de nombreuses aptitudes et compétences, qui contribuent de manière déterminante à la qualité des soins et des services aux usagers et des usagères.

Placée dans un contexte de travail qui lui permette d'exercer pleinement son rôle, une ASSS peut notamment :

- Déceler les signes précurseurs d'une détérioration de l'état de santé, éviter des complications et prévenir l'institutionnalisation des usagers et usagères;
- Prévenir les abus chez les usagers et usagères;
- Adapter en temps opportun les interventions en fonction de l'histoire et de l'évolution de l'usager et de l'usagère et faire le suivi avec les équipes multidisciplinaires;
- Favoriser la récupération fonctionnelle et la réadaptation à travers les activités de soutien;
- Briser l'isolement social et créer un lien significatif avec l'usager et l'usagère et leur famille;

Ce sont-là des activités précieuses tant pour l'usager et l'usagère que pour le système de santé tout entier. La politique nationale en SAD doit pouvoir permettre le plein exercice du rôle d'ASSS.

Constats préalables

Avant de répondre aux questions posées dans le cadre de cette consultation, nous souhaitons dresser ici quelques constats préalables.

Tout d'abord, nous tenons à rappeler que le SAD ne concerne pas uniquement les personnes âgées en perte d'autonomie. De nombreuses personnes ont à composer avec des incapacités physiques, psychologiques ou sociales à un moment ou l'autre de leur vie, parfois de manière temporaire, parfois de manière chronique. La politique nationale doit tenir compte de toutes ces réalités.

Nous constatons, comme le démontre l'étude de l'IRIS[3], que le Québec fait piètre figure en matière de financement du SAD et conséquemment de taux de réponse aux besoins. La situation actuelle n'est pas acceptable, d'autant qu'elle affecte l'efficacité de tout le système de santé et services sociaux.

L'accès à des soins et services de soutien à domicile est conséquemment difficile partout au Québec et pour toutes les catégories d'usagers et d'usagères. Dans les cas de perte d'autonomie liée au vieillissement, cela ne devrait pas, pour la personne, être synonyme de déménagement. Et cela ne devrait pas forcer des personnes âgées en perte d'autonomie à se tourner vers des résidences privées pour aînés où les loyers sont parfois exorbitants, et où on commercialise les soins et services de santé. Il faut changer ce qui est malheureusement devenu une culture, qui dessert les personnes âgées.

L'organisation du SAD à travers une multiplicité de programmes (chèques emploi, service, EÉSAD, allocation directe, organismes communautaires, crédits d'impôt) et à travers des réseaux de prestataires de services publics et privés n'est non seulement pas efficace, mais inéquitable et source de nombreuses problématiques qui affectent directement les usagers et les usagères.

[3] Ibid

Cette organisation se fonde notamment, dans le secteur privé, sur une déqualification du travail en SAD et sur la précarisation des emplois, majoritairement occupés par des femmes, mais aussi par de nombreuses personnes issues de l'immigration, ce qui n'est pas sans impacts sur la continuité et la qualité des soins et services.

Cette organisation entraîne aussi sur des modalités de financement inéquitables et injustes, établies non pas à partir de l'évaluation de l'état de santé et des besoins d'une personne, mais plutôt en fonction de critères qui ne sont pas uniformes. Par exemple, deux personnes avec les mêmes besoins auront, pour l'une, à payer à la carte ses services parce que vivant dans une résidence pour personnes âgées (RPA) alors que l'autre aura accès à des services du CLSC sans frais, parce que vivant à domicile. C'est qui non seulement inefficace, mais inéquitable.

Dans le public, les réformes centralisatrices successives et l'introduction de modes de gestion inspirés de la nouvelle gestion publique (NGP) ont détérioré les conditions de travail dans les établissements publics à un point tel que les problèmes d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre sont criants, ce qui crée des bris de services et pousse les usagers et les usagères vers le secteur privé.

Pour l'usager et l'usagère qui arrive tant bien que mal à obtenir du SAD, l'organisation actuelle ne permet pas la continuité, la qualité et la stabilité des interventions à domicile qui sont nécessaires au maintien de l'autonomie et à la récupération fonctionnelle, et en considération du fait que ces interventions se déroulent dans l'intimité des personnes.

Enfin, nous constatons que le Québec fait partie des cancres de l'OCDE lorsqu'il s'agit des investissements consentis au SAD, alors pourtant qu'on sait qu'un vrai virage à domicile, bien financé, permettrait au système de santé et services sociaux tout entier de gagner en efficacité. Nous vous invitons à réaliser que de l'efficacité et de la qualité du SAD dépendent l'efficacité et la qualité du système de santé et de services sociaux tout entier, incluant sur le plan économique. Toute recherche d'économie entraînant des compromis à ce niveau se traduira en coûts supplémentaires ailleurs dans le système.

En investissant en SAD les sommes nécessaires pour effectuer ce virage et instaurer un véritable programme public universel et sans contribution de l'usager et de l'usagère à l'organisation, l'accès au SAD au Québec s'en trouveraient grandement simplifiés.

Le Québec compte parmi les sociétés les plus riches au monde. Il n'est pas acceptable que le système actuel repose sur l'exploitation de diverses vulnérabilités pour obtenir une main-d'œuvre à bon marché d'une part, pour soutenir une marchandisation de la maladie et des incapacités d'autre part, et incidemment créer un écosystème source d'injustices et d'inefficacité.

Il n'y a aucune raison pour que nous ne soyons pas en mesure de mettre en place ici l'équivalent de ce qui se fait de mieux ailleurs, et c'est ce que la future politique nationale doit enfin permettre d'accomplir.

Au sujet de la consultation et des recommandations de la CSBE

Tel qu'il appert du document de consultation dont nous avons attentivement pris connaissance, les recommandations formulées par la Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) en matière de SAD [4] semblent constituer un élément central de l'élaboration de la politique nationale. Nous tenons, d'entrée de jeu, à être très clairs à ce sujet : bien que nous partagions certains constats que dresse la CSBE, notamment l'insuffisance des services offerts au Québec, nous ne souscrivons ni à l'analyse ni aux recommandations qu'elle formule.

La CSBE, pour arriver à ses conclusions, se fonde notamment sur un cadre d'évaluation basée sur la notion économique de « valeur » selon une perspective néolibérale (dans le sillage de l'approche de la NGP). Ce cadre

[4] Bien vieillir chez soi — Tome 4 : une transformation qui s'impose

renvoie dos à dos l'individu et la collectivité, segmente la population et ignore le droit fondamental à la santé de même que l'objectif de justice sociale.

Plusieurs éléments font en sorte que nous estimons que, pour l'essentiel, les recommandations de la CSBE auraient dû être mises de côté dans le cadre de l'élaboration de la politique nationale :

- Des postulats de base fallacieux (par exemple l'idée que le Québec a des choix à faire parce qu'il est pauvre, et qu'il faut donc faire appel au secteur privé ou à une contribution de l'usager et de l'usagère);

- Une méthodologie douteuse pour justifier la supposée acceptabilité sociale d'une contribution financière des usagers et des usagères et d'une privatisation accrue (un sondage en ligne dont les résultats sont inférés implicitement par la CSBE à la population québécoise malgré le biais de sélection intrinsèque à un sondage en ligne, dont les répondants sont en général plus riches et éduqués que la moyenne);

- Des considérations majeures ont été exclues de ses travaux :

    - absence d'analyse approfondie des conditions de travail dans le secteur public;
    - aucune analyse concernant les effets de la forte privatisation de l'aide à domicile sur les conditions de travail (incluant la qualification) dans le secteur privé ainsi que sur la continuité et la qualité des soins et services;
    - aucune analyse portant sur les impacts d'une contribution de l'usager qui pourrait l'amener à renoncer à des soins et services dont elle aurait néanmoins besoin afin d'éviter une détérioration);

En somme, les travaux de la CSBE, tout comme le mandat que lui avait confié le gouvernement en place, nous semblent davantage destinés à justifier un recours accru du secteur privé et l'introduction d'une contribution de l'usager et de l'usagère, deux fort mauvaises avenues. Aux travaux et recommandations de la CSBE, nous préférons et accordons une plus grande valeur à ce qui est proposé par l'IRIS dans son étude[5], beaucoup plus susceptibles de nous sortir des difficultés que nous vivions depuis des décennies en SAD au Québec et qui plombent l'efficacité du système tout entier.

Enfin, nous nous désolons vivement du fait qu'au moment même où se déroule cette consultation, la ministre déléguée de la santé et des aînés se montre disposée à ouvrir encore plus grand la porte au privé en SAD, estimant qu'il serait illusoire d'augmenter les équipes de SAD [6] des CLSC. Pourtant, le SAD s'accommode déjà très mal de la présence du privé [7] et une telle orientation ne ferait qu'empirer la situation.

Cette vision repose sur la recherche d'économies à court terme à travers l'octroi de conditions de travail inférieures, et, comme nous l'enseigne l'exemple des agences de main-d'œuvre indépendantes, non soutenables à long terme. Elle est, en outre, de nature à déconsidérer le travail des milliers d'ASSS œuvrant dans le RSSS et à les démobiliser.

Vision, valeurs et principes

Vision

Dans le présent mémoire, nous soutenons qu'un virage majeur en SAD est nécessaire, et ce, en respect du droit à la santé. Le SAD doit être confié aux établissements publics, être financé et géré publiquement. C'est cette vision que la politique nationale doit permettre de mettre en œuvre.

---

[5] Ibid

[6] https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2135996/soins-domicile-prive-attente-caq

[7] https://www.ledevoir.com/opinion/idees/812425/idees-soutien-domicile-accommode-mal-privatisation-tarification

Le SAD est dispensé partout au Québec, peu importe la nature du domicile des personnes, par de petites équipes autonomes composées d'ASSS, soutenu.es par des professionnels et médecins du public. Les CSLC en sont la pierre d'assise, cela favorisant une action plus efficace en prévention et d'action sur les déterminants sociaux de la santé.

Le SAD fait l'objet d'un vaste chantier de réhumanisation, tant du point de vue de l'usager et de l'usagère, qu'on ne voit plus comme un « client », que du personnel, qu'on ne voit plus comme un simple « exécutant » dont le travail doit être contrôlé.

C'est un virage qui permettra de répondre efficacement aux incapacités physiques et psychologiques, mais aussi sociales, qui peuvent survenir tout au long de la vie, conformément à une vision globale de la santé. Cela entraînera une amélioration notoire de l'efficacité du système de santé et service sociaux tout entier en renforçant la prévention et en favorisant des interventions au moment opportun, et contribuera à assurer l'équilibre et la cohésion sociale.

Valeurs

Cette vision se base sur les valeurs d'équité, d'égalité, de respect, de justice et de solidarité.

Principes

Les principes suivants devraient être au cœur de la politique nationale :

- La composante humaine doit primer sur toute autre considération dans l'élaboration de la politique. Cette dernière doit assurer le respect de la dignité des personnes, ce qui implique un SAD de qualité et qui favorise la stabilité des personnes intervenant auprès des usagers et des usagères.

- La sécurité des personnes, tant de l'usager que du personnel, ne devrait faire l'objet d'aucun compromis.

- La politique doit assurer le respect du droit à la santé, ce qui implique un accès universel et sans contribution de l'usager et de l'usagère .

- La politique doit reconnaître que la profession d'ASSS exige des compétences et des qualifications spécifiques, et doit viser la valorisation de la profession et éviter toute forme de déqualification. Elle reconnaît aussi le fait que les ASSS sont à même d'organiser leur propre travail et doivent participer à l'organisation du SAD pour en améliorer l'efficacité.

- La politique doit exclure toute forme d'exploitation de précarités dans le travail, et être élaborée à la lumière des conséquences de ses orientations sur le travail, notamment celui des femmes et des personnes issues de l'immigration.

- La politique doit viser la déprivatisation du SAD et ne permettre aucune forme de marchandisation des incapacités.

- La politique doit reconnaître que des problématiques d'accès, de continuité ou de qualité des SAD induisent des coûts supplémentaires, et donc viser un financement public suffisant et stable, et permettre une planification efficace de la main-d'œuvre.

Les orientations

Le projet de politique nationale en SAD se base actuellement sur 4 grandes orientations. Nous vous proposons d'introduire une nouvelle orientation 1.

Orientation 1 - Organiser le SAD à échelle humaine et autour des ASSS

La politique nationale devrait d'abord consister à reconnaître et valoriser la profession d'ASSS afin d'en faire le principal fondement de sa mise en œuvre.

La santé d'une personne se compose de ses dimensions physiques, psychologiques et sociales[8]. Ces trois dimensions sont inextricablement reliées et interagissent. L'optimisation de la santé globale d'une personne nécessite une continuité et une intégration des soins et des services qui doivent pallier les incapacités physiques, psychiques et sociales, et c'est précisément ce pour quoi les ASSS sont formées. Confier à une multitude d'intervenants plus ou moins bien formés, qui interagissent peu voire pas du tout, qui ont des conditions de travail défavorables, qui travaillent pour des entrepreneurs ayant des intérêts pécuniaires, c'est non seulement dévaloriser un travail important au sujet duquel on ne devrait pas proposer de faire des compromis, c'est aussi soutenir un modèle qui est inefficace à plusieurs égards.

Les ASSS sont des personnes de cœur, qui ont des compétences spécifiques et essentielles devant être mises à contribution, à chaque étape du SAD et dans toutes ses facettes. On dit souvent des ASSS qu'elles sont les yeux et les oreilles du réseau auprès des usagers et des usagères. Nous proposons ici quelques mesures pour en faire une véritable armée, déployées à partir des CLSC, et dont le travail serait organisé de manière efficace, à savoir à échelle humaine.

Valoriser les ASSS

La politique devrait tout d'abord mettre de côté toute mesure qui consiste à sous-traiter ou à destiner à des tiers le travail qui incombe aux ASSS, pour lesquelles elles sont formées et compétentes. Toute mesure qui a pour effet d'induire une déqualification de la profession, qui ne tient pas compte de ses spécificités, ou qui a pour effet de dévaloriser la profession doit être abandonnée. La politique doit être claire et précise : le SAD québécois sera confié aux ASSS, dont le rôle est primordial.

La valorisation des ASSS nécessite d'abord de faire connaître cette profession aux yeux de la population. Le MSSS devrait se faire un devoir et une fierté de faire connaître cette importante profession, sur laquelle repose en bonne partie l'avenir du système de santé. Tout l'écosystème du SAD doit aussi mieux connaître et comprendre le rôle des ASSS : première ligne médicale et psychosociale, familles, proches aidantes.

Le travail des ASSS ne doit pas être considéré comme interchangeable avec celui qui s'exerce en hébergement. Les deux professions s'exercent dans des environnements différents, constituent deux approches différentes et font appel à des profils différents, notamment sur le plan de l'autonomie et de la capacité d'adaptation dans le travail. Ne pas le reconnaître contribue à dévaloriser les personnes qui choisissent cette profession.

Les conditions de travail doivent faire en sorte d'attirer et de retenir le personnel dans la profession, et il faut prendre garde aux mesures qui peuvent induire un transfert important de personnes d'un titre d'emploi à l'autre, et ainsi créer une pénurie. S'ils ne sont pas identiques, les professions d'ASSS et de PAB sont toutefois voisines et le personnel peut rapidement transférer d'une profession à l'autre. Il faut donc bien évaluer les mesures mises en place pour attirer et retenir la main-d'œuvre dans un emploi ou dans l'autre, et ce, afin d'éviter des conséquences inattendues. Par exemple, il peut être attrayant pour une ASSS de laisser derrière elle les complications liées à l'utilisation de la voiture, le manque de soutien lié au travail en solitaire, les interventions en milieu non adapté, les risques accrus pour sa santé et sa sécurité, etc., et d'opter pour un milieu de travail stable, dans un emploi mieux rémunéré, où elle trouvera un meilleur soutien. Ceci peut résulter en une pénurie d'ASSS, un accroissement de la pression mise sur celles qui restent, une détérioration de leurs conditions de travail (par exemple un travail accru les fins de semaine) et la mise en place d'un cercle vicieux. Il en va de même pour la formation. Alors qu'à première vue, il peut sembler

[8] https://www.who.int/fr/about/governance/constitution

logique de combiner les deux formations, ce faisant, non seulement on déqualifie le travail des ASSS, mais on risque de favoriser le transfert du personnel d'un emploi à l'autre.

Formation

Les formations accélérées ayant été mises en place, tout comme les formations combinées (domicile et hébergement), doivent être revues. Les formations ne devraient pas contribuer à la déqualification du travail d'ASSS, bien au contraire. Actuellement, les formations escamotent la dimension du travail à domicile, les étudiants se faisant dire sur le terrain que le CLSC complètera la formation. Pourtant, il importe d'avoir une idée précise du travail à accomplir avant d'entrer en fonction, ce qui n'est pas le cas en ce moment. Nous pensons qu'il vaudrait mieux revenir à des formations spécifiques, en reconnaissance du fait que le travail à domicile et en hébergement diffère grandement. Cela permettrait, par exemple, de tenir compte du fait que le SAD se déroule en milieu non adapté, ce qui a des conséquences importantes, par exemple en matière de santé et sécurité au travail.

Quant aux formations accélérées, de nombreux problèmes sont identifiés sur le terrain, quant au fait que les personnes peuvent se retrouver en SAD sans être outillées, ce qui entraîne des risques à la santé, des problèmes de qualité de service.

Avec de telles mesures, mises en place pour régler un problème qui relève, à l'origine, de la planification de main-d'œuvre, on en crée d'autres. Il faut mettre fin à cette dynamique.

Une meilleure alternance, étude et stages pratiques, lesquels devraient être rémunérés, permettrait de faire découvrir la réalité de travail plus tôt dans les parcours de formation, ce qui serait bénéfique en termes de rétention. En cours d'emploi, il importe que le personnel puisse avoir accès à de la formation continue, de telle sorte à demeurer à jour ou à développer de nouvelles compétences.

Pénuries et planification de la main-d'œuvre (PMO)

Cela nous amène à insister sur l'importance de mener périodiquement et avec le plus grand soin des exercices de planification de la main-d'œuvre, avec la participation des ASSS et de leurs représentants. Les transitions démographiques sont connues à l'avance, tout comme quels seront les besoins populationnels. Il n'est pas excusable de se retrouver aujourd'hui en situation de pénurie alors pourtant que la situation était prévisible. Les coûts associés aux lacunes et manquements en matière de planification de la main-d'œuvre, et qui entraînent une incapacité de dispenser les soins et services de santé et services sociaux au moment opportun, sont immenses, tant pour les individus que pour la collectivité. Ce n'est pas comme si un soin ou un service non dispensé représentait une économie, bien au contraire. Chaque situation qui se détériore aujourd'hui représentera un coût plus important demain, sous une forme ou une autre. Il faut faire beaucoup mieux en matière de PMO.

Conditions de travail

Une attention particulière doit aussi être apportée à la rétention du personnel, à commencer par éliminer tout ce qui a pour effet de détériorer les conditions de travail, par exemple les outils technologiques de contrôle et de suivi du travail. Une grande partie du travail en SAD est non planifiable, et c'est dans cette composante du travail que réside en grande partie la richesse du travail en SAD, notamment tout l'aspect relationnel. La gestion « Lean » qui a été mise en place en SAD au fil des réformes inspirée de la NGP a contribué à détériorer les conditions de travail en le déshumanisant, et conséquemment, la continuité et la qualité des services [9].

Il va de soi que l'attraction et la rétention du personnel passent par une réhumanisation des conditions de travail, et la politique devrait être claire à ce sujet. Cela doit notamment se traduire par le respect, l'écoute, la reconnaissance

[9] Marie-Hélène VERVILLE, Continuités et ruptures des soins dans les réseaux de services public-privés d'aide à domicile : une analyse féministe du travail de soins, mémoire de maîtrise (relations industrielles), Université du Québec en Outaouais, 2024.

de l'expertise et l'autonomie du personnel. La stabilité des équipes et le soutien doivent prendre le pas sur la flexibilité et le contrôle. On doit miser sur le développement d'un sentiment d'appartenance, ce que la création d'équipe de taille réduite et bien dotée en personnel professionnel et médical favorisera avec, pour principal pilier, les ASSS.

Organisation du travail

Ceci nous amène à un élément essentiel de notre proposition. Nous sommes d'avis que tout le SAD québécois doit être réorganisé, via les CSLC, en petites équipes autonomes, à qui serait confié le SAD à dispenser à la population vivant sur un territoire donné. Les ASSS composant l'essentiel de telles équipes seraient soutenues par des professionnels et médecins. Cette stabilité contribuerait non seulement en une amélioration de la qualité du SAD, mais aussi au sentiment d'appartenance des ASSS. On reconnaîtrait ainsi pleinement leurs compétences et leurs qualifications, et on confirait par le fait même aux personnes les mieux placées le soin d'organiser le SAD et leur travail.

C'est à notre avis le souffle nouveau dont a besoin le SAD au Québec, qui consisterait à redonner leur place aux ASSS en leur reconnaissant un rôle central et intégrateur, au lieu d'un rôle de simple exécutante, en recréant un climat qui favorise une réelle implication au lieu d'un sentiment de déconnexion, et qui contribue à un meilleur soutien de leur travail au lieu d'un environnement propice au laissé pour soi.

De telles équipes à échelle humaine favoriseraient une stabilité de gestion, favoriseraient le mentorat et le soutien entre pairs, la stabilité des routes et du personnel. Les rencontres d'équipe seraient ainsi favorisées. Le contact avec les familles et avec les proches aidantes en serait facilité. Les ajustements au plan individualisé, la détection dans la communauté, seraient beaucoup plus faciles à mener efficacement.

Une telle organisation du travail, nous en sommes convaincus, inciterait non seulement les personnes à adopter la profession d'ASSS, mais diminuerait les coûts associés aux déplacements sur de grands territoires géographiques.

Le déploiement d'une multitude de petites cellules de SAD publiques, composées d'une armée d'ASSS qualifié.es et compétent.es, ancrées dans des CLSC, constitue à tous égards le meilleur moyen de prendre le virage à domicile dont a besoin de Québec. Nous développerons le tout au cours des propositions qui suivent.

Nous vous proposons l'ajout d'une nouvelle 2e orientation.

Orientation 2 – Accorder la prépondérance aux enjeux de qualité et de sécurité

Le maître mot de cette 2e orientation est « réhumanisation », une préoccupation incontournable qui devrait être au cœur de la politique nationale. En effet, c'est tout l'aspect relationnel qui a été mis à mal au cours des dernières années, notamment en raison des effets de la NGP en SAD, mais aussi du contexte de sous-financement et de la privatisation. L'approche productiviste qui consiste à gérer le SAD comme s'il s'agissait d'une chaîne de montage doit être impérativement mise en côté, non seulement parce qu'elle est inhumaine et qu'elle compromet la dignité, la santé et la sécurité des usagers et des usagères et du personnel, mais aussi parce que cette approche n'est pas efficace pour renforcer le SAD. La mission première du SAD ne doit pas consister à alimenter en données et statistiques, mais bien de soutenir et d'accompagner des personnes humaines, dans toutes les communautés.

Pour l'usager et l'usagère, qui trop souvent se trouve en situation d'isolement social, le tout premier besoin auquel le SAD doit répondre est d'ordre relationnel. C'est cette relation qui constitue le fondement même de la notion de soin et donc, du travail d'ASSS. C'est ce qui a attiré les personnes dans la profession. En les privant de la stabilité et du temps nécessaires pour développer cette relation, non seulement on brime la dignité de l'usager et de l'usagère en ne répondant pas à un besoin primordial, mais on brime les aspirations fondamentales des ASSS, ce qui affecte leur santé.

Pour l'usager et l'usagère, les allées et venues incessantes de personnes différentes dans des situations de grande intimité sont source de grande souffrance. L'inutile complexité du SAD, induite par la multiplicité des acteurs, est préjudiciable pour l'usager et l'usagère. Alors, pourquoi vouloir maintenir un tel système ?

Pour l'ASSS, la standardisation à outrance, le minutage, le suivi en temps réel, le manque de considération pour un travail qui se fait dans des milieux inadaptés, de manière isolée sont autant de facteurs qui affectent leur santé et leur bien-être, tout comme les exigences de flexibilité à outrance.

Enfin, les personnes à qui on confie le travail du SAD dans le secteur privé, à but lucratif ou non, sont typiquement soumises à des conditions de travail encore moins respectueuses de leur santé physique et psychologique. Une politique nationale ne devrait pas reposer sur une telle chose.

En somme, la politique nationale ne devrait induire aucun compromis en matière de qualité, de santé et de sécurité, et ce, tant pour l'usager et l'usagère que pour le personnel. Les impacts de la politique sur le travail doivent conséquemment être identifiés de telle sorte à éliminer l'exposition aux risques, notamment les risques psychosociaux[10], ce qui en définitive sera au bénéfice de toutes les personnes impliquées et du SAD lui-même.

Orientation 3 - Agir sur les enjeux d'accès aux services et à l'information : optimiser et simplifier le parcours en SAD

L'objectif en matière d'accès ne devrait plus être, comme c'est le cas actuellement, la réduction des listes d'attente, mais bien de permettre l'accès à l'ensemble des personnes qui présentent des besoins. On ne devrait plus se contenter des listes d'attente pour principal indicateur et se féliciter de réduire le nombre de personnes qui y sont inscrites. Ce sont les résultats de santé, la qualité de la prévention, les trajectoires cliniques et la qualité du SAD qui devraient faire l'objet d'un suivi, et les listes d'attente ne devraient plus exister.

De manière générale, l'accès au SAD doit être simplifié, tant pour l'accès initial que pour les ajustements nécessaires. Il est primordial que la politique prévoie des mécanismes de détections dans la communauté, car d'une intervention au moment opportun dépend fortement la trajectoire clinique future d'une personne, par exemple vers une récupération ou une détérioration fonctionnelle. Les CLSC étant présents partout sur le territoire, ils devraient non seulement constituer la porte d'accès au SAD, mais être le prestataire du SAD. Le système préhospitalier d'urgence, déployé partout sur le territoire, pourrait aussi être mis à contribution à cette fin.

Les ASSS doivent par ailleurs participer à la détermination de l'offre de service pour un usager, et pouvoir l'ajuster au fil du temps sans lourdeurs administratives indues. Les ASSS ont une perspective de terrain et globale de la situation de l'usager et de l'usagère, et peuvent efficacement procéder aux ajustements requis en en évaluant la pertinence.

Les témoignages sont nombreux indiquant que, lorsqu'il s'agit de retirer un soin ou un service superflu d'un plan individualisé, la bureaucratie est trop lourde et inefficace pour procéder avec diligence, et que parfois même, il est considéré plus simple de laisser ce qui est pourtant superflu en place, parce que plus simple. Il en va de même quand un soin ou un service doit être ajouté pour empêcher une détérioration de l'état de santé, l'intervention étant ajustée trop tard, voire jamais. Accorder un rôle prépondérant à l'ASSS en pareille matière serait un moyen non seulement de gagner en efficacité, mais de valoriser la profession en reconnaissant pleinement l'expertise des ASSS.

Pour être efficace, l'ajustement des soins et services doit tenir compte des délais médicalement requis et permettre un cheminement clinique qui vise, quand c'est possible, la récupération fonctionnelle. L'Intervention des ASSS est décisive à ce titre, pour peu qu'on lui en donne les moyens, et que l'équipe composée des professionnels et médecins nécessaires pour soutenir l'ASSS.

[10] https://www.inspq.qc.ca/risques-psychosociaux-du-travail-et-promotion-de-la-sante-des-travailleurs/risques-psychosociaux-du-travail

Bien sûr, pour y arriver, l'ASSS a besoin qu'on tienne compte de la variabilité inhérente à la notion de soins à des personnes et que tu temps soit à disposition pour évaluer les ajustements à apporter, ce qui implique d'avoir le temps de créer et d'entretenir une relation avec l'usager et l'usagère. C'est seulement alors que l'ASSS peut évaluer en continu de la pertinence des soins et services reçus par l'usager, et recommander des ajustements aux membres de son équipe.

L'enjeu de l'information et de la communication est central à plusieurs égards. D'abord, la qualité de l'information et de la communication est lourdement hypothéquée par la présence des multiples prestataires privés dans l'écosystème du SAD. Cela est source de nombreuses plaintes, des usagers et des usagères ainsi que des ASSS.

Lorsqu'il s'agit d'informer la communauté des services offerts en SAD, il faut penser que ce n'est pas toute la population qui utilise Internet, et que plusieurs personnes sont analphabètes fonctionnels. Le rôle du CLSC et les mécanismes de détection dans la communauté sont donc de toute première importance. Plusieurs acteurs sociaux pourraient participer à la détection des personnes en perte d'autonomie dans la communauté, notamment les paramédicaux du secteur préhospitalier.

Les proches aidantes sont aussi des personnes clés avec qui les équipes doivent communiquer plus efficacement. C'est un rôle que devraient avoir le temps de jouer les ASSS. Actuellement, tant les usagers et les usagères que les proches aidantes peinent à entrer en contact, puis à avoir des suivis. En organisant le SAD en petites équipes autonomes, issues du CSLC, et en accordant le temps nécessaire aux ASSS, cette problématique pourrait être résolue.

Les nouvelles technologies ouvrent des possibilités intéressantes en termes de soutien en SAD. C'est un secteur qui a été fortement exposé aux nouvelles technologies au cours des dernières années. Toutefois, les expériences passées se sont avérées néfastes à plus d'un titre, principalement parce que ces technologies n'émanaient pas des besoins du terrain, n'avaient pas été conçues avec la participation du personnel et avaient, au final, été imposées sous la contrainte.

Les outils technologiques qui induisent une perte d'autonomie dans le travail, qui en accroissent le contrôle ou la standardisation, s'avèrent tout à fait contreproductifs, particulièrement dans le contexte où l'autonomie dans le travail est une composante d'attractivité comme c'est le cas en SAD. C'est par ailleurs un domaine où il faut tenir compte de l'unicité des usagers et des usagères, des contextes de travail, des environnements, des aspects relationnels, autant de facteurs qu'il est illusoire de chercher à standardiser à des fins de contrôle du travail, dans une logique productiviste. Le manque d'autonomie au travail est un risque psychosocial reconnu en santé et sécurité au travail.

Ce que nous avons vu ces dernières années, c'est un travail déshumanisé par des technologies plus susceptibles de rendre le personnel malade que de les aider. Ce n'est pas acceptable. Par exemple, des outils destinés à déterminer des routes de travail ne prennent pas en compte les risques inhérents à la circulation (accidents, entraves, chantiers) ou ne tiennent pas compte de la variabilité intrinsèque à l'acte même de soigner des personnes humaines. Pense-t-on réellement qu'on améliore le SAD avec de tels outils, que l'on achète à fort prix à de personnes ou firmes qui n'ont jamais mis le pied sur le terrain et qui ont un intérêt pécuniaire ? Combien de temps et d'argent perdu à introduire de tels gadgets dans les milieux de travail, contre la volonté du personnel ?

Nous voulons être très clairs à ce sujet, particulièrement dans le contexte où l'intelligence artificielle est appelée à prendre de plus en plus de place en SAD. La participation du personnel, de l'identification du besoin à l'étape de mise en œuvre, en passant par le développement, est une condition sine qua non à l'adoption de ses outils sur le terrain et à l'amélioration du SAD. La politique doit être claire à ce sujet et prévoir la contribution du personnel à toutes les étapes.

De manière générale, nous nous inquiétons des enjeux de sécurité des données, de respect de la vie privée, de commercialisation des données. Nous appelons à la plus grande prudence en la matière, et à vous appuyer sur la

rétroaction du terrain. Dans le cas des personnes âgées, il faut bien entendu tenir compte du fait que l'appropriation de telles technologies peut être difficile, voire impossible, sans compromettre leur sécurité.

Dans un contexte sécurisé, et lorsque les systèmes ont bien été élaborés, ces outils pourraient néanmoins être efficaces, s'agissant, par exemple, du partage d'informations entre membres de l'équipe. Peut-être que l'IA pourrait ultimement aider à optimiser les routes de travail, en prenant en compte toutes les considérations. Chose certaine, ces technologies ne doivent pas être élaborées à partir d'impératifs de reddition de compte ou dans une logique productiviste, mais bien offrir une solution qui améliore tant le travail que les services, et ce, en tout respect de la santé physique et psychologique du personnel.

Enfin, quant à la répartition des équipes en SAD, nous avons des craintes relativement à la spécialisation, puisqu'elle peut induire des pénuries dans les milieux moins attractifs. Déjà, des problématiques sont présentes sur le terrain concernant la distribution des attributions des personnes formées et non formées pour dispenser les actes désignés, en lien avec la Loi 90. Nous pensons qu'une approche par secteur géographique offre de meilleures perspectives. Nous sommes d'avis qu'il importe de préserver la maîtrise de l'ensemble de ce qui constitue la profession. Par ailleurs, il pourrait être offert, à des personnes en fin de carrière, de se spécialiser un peu dans ce qui leur convient le mieux, si cela peut favoriser leur maintien à l'emploi.

Orientation 4-Financement : Optimisation et durabilité

Nous souscrivons entièrement à la proposition de l'IRIS en matière de financement du SAD[11]. Nous sommes absolument contre toute forme de contribution de l'usager, ce que doit exclure la politique tout comme tout modèle de type « assurantiel » ou qui pourrait avoir pour effet de contribuer au développement d'un marché de l'assurance privée en SAD.

Non seulement cela remettrait en question les principes de mutualisation des risques liés à la santé qui doit se traduire par un financement collectif et un accès universel et gratuit, et sur lequel repose en grande partie notre équilibre social, mais une telle orientation compromettrait l'efficacité non seulement du SAD, mais du système de santé et services sociaux tout entier.

Nous croyons qu'il est incontournable de bien réaliser d'une part qu'un financement insuffisant en SAD est source de coûts supplémentaires pour le système de santé et de services sociaux et pour la société tout entière. La question n'est pas tant de savoir qui va payer (financement public ou privé, ce sont les Québécoises et Québécois qui vont payer), mais bien quelle est la modalité de financement qui est la plus efficace et juste.

À ce sujet, les choses sont claires : ouvrir la porte au financement privé est non seulement injuste et inéquitable, mais cela se traduit par des problématiques accrues en termes de priorisation et de pertinence. Et c'est sans parler des frais supplémentaires relatifs à la gestion et, il va sans dire, aux profits à dégager. En somme, ouvrir la porte au financement privé, c'est nous condamner à payer collectivement plus, pour obtenir moins. Nier cette évidence, soutenue par l'examen des autres systèmes de santé, relèverait de l'aveuglement volontaire.

Nous vous invitons aussi à rejeter tout programme de type « résiduaire », qui consisterait à ne couvrir que complètement le SAD pour les seules personnes démunies ou sans assurance. C'est aussi un modèle inefficace, comme on le voit aux É.-U., et c'est un modèle peu susceptible de susciter l'adhésion de l'ensemble de la population.

La politique ne doit pas reposer, ni directement ni indirectement, sur une logique de main-d'œuvre à bon marché ni favoriser la sous-traitance du travail ASSS. Cela affecte non seulement majoritairement les femmes et des personnes issues de l'immigration, ce qu'une politique nationale ne devrait pas soutenir, mais cela affecte l'efficacité du SAD tout entier en le déstructurant. Tant la majorité de femmes qui œuvrent en SAD, tant les personnes issues de l'immigration, tant les usagers et les usagères méritent mieux.

[11] Ibid

En somme, la politique doit reposer sur un financement stable, prévisible entièrement public. Des alternatives fiscales progressives existent, et nous vous invitons à associer les investissements initiaux requis pour mettre en place un vrai virage à domicile au Québec à l'introduction de mesures fiscales progressives qui mettent à contribution les mieux nantis et les entreprises, en gardant en tête qu'à terme, ce sont les coûts du système tout entier qui seront mieux contrôlés.

Danger de laisser un marché de l'assurance privée se développer – impacts coûts USAD

Orientation 5 - Engagement et collaboration

Nous ne voyons pas de perspectives d'amélioration du SAD québécois qui ne passe pas par une dé-privatisation du SAD. Le SAD québécois est déstructuré par la présence des prestataires privés, il est inutilement compliqué par les différents programmes en place qui soutiennent la place du secteur privé, et il ne parvient conséquemment pas à répondre aux besoins de la population.

La présence du secteur privé à but lucratif pose particulièrement problème, nous sommes contre toute forme de marchandisation de la maladie ou d'incapacités physiques, psychiques ou sociales, non seulement pour des raisons d'équité et de justice sociale, mais aussi parce que ce n'est pas un moyen efficace de répondre aux besoins.

Il est anormal et inacceptable qu'on permette à des résidences pour personnes âgées (RPA) de faire des profits en vendant des soins et des services à des personnes qui devraient normalement les recevoir du SAD public. D'une part, la RPA constitue le domicile de la personne, et la présence dans les murs de la résidence d'un commerce de soins et services ne devrait rien y changer en comparaison d'une personne qui demeure dans son domicile. D'autre part, si le SAD était développé au Québec comme il devrait l'être, cette même personne serait sans doute demeurée dans son domicile. En somme, le lieu de résidence ne devrait pas avoir d'incidence sur l'accès au SAD, lequel devrait se baser sur les incapacités de la personne.

Dans le secteur privé, des personnes admirables, dont les conditions de travail sont inférieures au personnel du secteur public, se dévouent corps et âme pour donner des SAD. Ces personnes, qu'elles travaillent dans des EÉSAD ou dans des RPA, devraient pouvoir bénéficier des mêmes conditions de travail que dans le public au terme d'un processus d'intégration dans les équipes des CSLC.

Les conditions de travail des personnes qui œuvre dans les organismes communautaires autonomes devraient aussi être mises à niveau, et ces organismes communautaires devraient bénéficier d'une pleine autonomie, et être suffisamment financés pour exercer pleinement leur mission dans la communauté. La politique nationale ne doit pas considérer les organisations communautaires autonomes comme d'éventuels sous-traitants des établissements publics.

Le programme d'Allocation directe (AD) / Chèque emploi-service (CES)

Enfin, nous tenons à insister sur les graves problèmes de protection des droits du travail de ces programmes, qui constituent une part importante du SAD au Québec, ce qui entraîne notamment des impacts majeurs en matière de continuité et de qualité du SAD ainsi qu'une dévalorisation du travail en SAD[12] [13]. Ces problèmes ont principalement

[12] Boivin, Louise, Stéphanie, Bernstein et Marie-Hélène, Verville. « Un travail de soins à valoriser. Pour une pleine protection des travailleuses employées via le programme québécois d'Allocation directe/Chèque emploi-service ». Au bas de l'échelle, 17 novembre 2023. Lien: https://www.aubasdelechelle.ca/publications-interventions/recherches/

[13] Myriam LAVOIE-MOORE, Le chèque emploi-service améliore-t-il les services à domicile au Québec ?, Fiche, IRIS, octobre 2021, iris-recherche.qc.ca/publications/cheque-emploi-service/

pour origine des lacunes en matière de droits du travail et une politique publique encadrant ces programmes qui mine les conditions de travail et favorise la précarité. La politique nationale doit s'attaquer à ces deux enjeux.

Des modalités particulières pourraient être mises en place pour que les personnes en situation de handicap physique puissent utiliser ce programme, aux conditions énumérées dans le rapport de l'IRIS (collectivisation de la cogestion, formation, conditions de travail et protection des droits du travail équivalents au personnel du SAD public) [14]. Cela permettrait à ces personnes, qui doivent par ailleurs pouvoir obtenir du SAD public via le CLSC si c'est leur choix, de pouvoir organiser leur SAD autour de leurs besoins spécifiques et de leurs rôles sociaux.

Orientation 6 - Gouvernance et organisation clinique des services SAD

Nous pensons que la gestion du SAD doit se faire via des établissements publics (les CLSC), via des instances démocratiques et fortement décentralisées, aptes à organiser le SAD partout au Québec, mais aussi à agir sur les déterminants sociaux de la santé. Les usagers, les travailleuses de la santé et la population devraient pouvoir participer à leur gestion.

Cela implique que la population, mais aussi le personnel de la santé, participe pleinement à ces instances, qui doivent aussi pouvoir se concerter avec le milieu communautaire autonome et les instances municipales.

Les médecins québécois doivent primordialement être amenés à œuvrer en CLSC, ce que favoriserait un changement à leur statut et à leur mode de rémunération. Les conditions de travail doivent aussi permettre d'attirer et de retenir tout l'éventail de professionnels requis pour permettre de répondre à l'ensemble des incapacités, mais aussi d'agir sur les déterminants sociaux. Enfin, nous réinsistons sur l'importance de reconnaître pleinement le rôle des ASSS dans la gestion et l'organisation clinique du SAD, ce que devrait prévoir expressément la politique nationale.

Enfin, les soins et les services de SAD doivent pouvoir s'adapter aux réalités spécifiques des Premières Nations et à la nation inuit, en respectant le principe de reconnaissance du droit à l'autodétermination des peuples autochtones, et le droit pour ceux-ci de recevoir des soins de santé culturellement sécuritaires.

Conclusion

En complément de notre mémoire, vous trouverez le compte rendu d'un Forum portant sur le SAD et réunissant des ASSS de partout au Québec (avril 2018), un résumé des constats dressés par des ateliers de travail composés d'ASSS (juin 2019), les résultats complets et la synthèse d'un grand sondage mené auprès de plus de 2500 ASSS (avril 2019) ainsi que les résultats d'un sondage mené auprès des ASSS en janvier 2025.

Nous pensons qu'une lecture attentive de ce qui s'y trouve doit conduire à une révision des fondements et des orientations de la politique nationale, en faveur de la mise en œuvre de la proposition formulée par l'IRIS dans l'étude *Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec* [15], et d'une réorganisation du SAD et du travail des ASSS, tel que nous le proposons dans notre mémoire.

Nous appelons donc à mettre en place au Québec un programme de SAD public, universel et sans contribution de l'usager, dans le respect du droit à la santé et des droits du travail, incluant le droit constitutionnel d'association et donc, au développement des services publics d'aide à domicile et à une réforme du programme du Chèque emploi-service (CES) pour renforcer les droits des personnes salariées et usagères.

[14] Ibid
[15] Ibid

Il nous semble incontournable que le projet mis de l'avant dans la politique nationale soit de nature à mobiliser les personnes qui chaque jour sont sur le terrain, et c'est dans cet esprit que sont formulées nos propositions.

Cela constitue un projet ambitieux, mais encore plus, il est nécessaire et urgent qu'enfin, il prenne forme.