L'articulation des réseaux de services publics, privés et du tiers-secteur envers les aînés nécessitant un soutien, du domicile à l'institution

Chercheur principal

François Aubry, professeur, département de travail social, Université du Québec en Outaouais

Co-chercheurs

Louise Belzile, chargée de cours en gérontologie, école de travail social, Université de Sherbrooke

Yves Couturier, professeur, école de travail social, Université de Sherbrooke

Denis Bourque, professeur, département de travail social, Université du Québec en Outaouais

Assistantes de recherche

Anne-Marie Millaire

Nathalie Dame

Organismes ayant participé au développement du projet

- Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ)
- Réseau des Entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD)
- Regroupement québécois des résidences pour ainés (RQRA)
- CISSS Outaouais
- CIUSSS Nord-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS Est-de-l'Île-de-Montréal
- CISSS Chaudières-Appalaches
- CISSS Montérégie Ouest
-

Table des matières

Table des acronymes 5

Résumé 6

Introduction 8

1. Contexte : Le continuum de soins et services au Québec 10

1.1 La Loi 10 dans l'historique du réseau de la santé et des services sociaux 10

1.2 Les divers acteurs dans les soins et les services fournis aux ainés 12

2. Cadre théorique et objectifs du projet 16

2.1 Cadre théorique : Quels liens de partenariat des acteurs du réseau dans le contexte de la Nouvelle gestion publique ? 16

2.2 Objectifs de la recherche 20

3. Méthodologie 21

3.1 Approche méthodologique 21

3.2 Échantillonnage 22

3.3 Outils de collectes et thèmes abordés 23

3.4 Analyse 24

4. Résultats 24

4.1 Le point de vue des directrices SAPA des CISSS/CIUSSS et de leurs adjointes aux soins à domicile et à l'hébergement 25

4.1.1 Une plus forte standardisation des pratiques, au détriment de l'autonomie et du territoire local 25

4.1.2 Des objectifs quantitatifs à respecter : Nouveaux mandats et redditions de comptes avec le MSSS 29

4.1.3 Un mandat complexe : Reconstruire des relations partenariales dans une relation de service inégale 30

4.1.4 Un lien complexe avec les EÉSAD et les RPA dans la dotation des services directs à la personne 32

4.1.5 La trajectoire des patients hospitalisés, un enjeu crucial avec les RPA 36

4.1.6 Attirer et retenir du personnel, surtout en CHSLD 38

4.2 Le point de vue des responsables des EÉSAD 40

4.2.1 Du changement dans la continuité : La relation entre les CISSS/CIUSSS et les EÉSAD …….. 40

4.2.2 Un langage partenarial qui cache une relation de pouvoir 44

4.2.3 Des marges de manœuvres variables pour les gestionnaires d'EÉSAD 47

4.2.4 Quelle qualité de relation partenariale ? Un manque de communication et de coordination 49
4.2.5 Pénurie de personnel et relations conflictuelles entre types de personnels 53
4.3 Le point de vue des directeurs et directrices de RPA 57
4.3.1 Partenariat complexe avec le CISSS/CIUSSS concernant les ententes sur les services… 57
4.3.2 Les places des RPA dans les trajectoires des patients 61
4.3.3 Quels effets de la réforme ? Un enjeu de connexion avec les TS 65
4.3.4 Marges de manœuvres variables pour les RPA 68
4.3.5 Attraction et rétention des préposés 70
4.4 Le point de vue des responsables de RI 72
4.4.1 La RI, un sous-traitant des CISSS-CIUSSS ? 72
4.4.2 Une rigidité organisationnelle dans la dotation de services et la trajectoire des patients…. 74
4.4.3 Les changements récents dans les mandats des RI, liés ou non à la Loi 10 78
4.4.4 Un suivi complexe des malades : Trajectoires de soins et profils 81
4.4.5 Un enjeu de manque de personnel 84
4.5 Le point de vue des responsables de CHSLD privés conventionnés et privés 86
4.5.1 Un partenariat avec les CHSLD dirigé par le CISSS/CIUSSS : L'enjeu de la qualité de services 87
4.5.2 Une clientèle acceptée en CHSLD qui complexifie la gestion des admissions 88
4.5.3 Une autonomie variable, dans un cadre de réglementation contraint 92
4.5.4 Communication difficile et qualité inégale du partage d'informations 93
4.5.5 La difficile adéquation des services aux besoins des résidents 95
4.5.6 Un enjeu majeur : Le manque de personnel préposés 96
4.6 Le point de vue des TS à la direction SAPA 98
4.6.1 Une tâche complexe de diriger les cas, notamment avec les RPA et les agences privées…. 98
4.6.2 Des effets de la réforme : Critères resserrés et marge de manœuvre 101
4.6.3 Un problème de manque de ressources dans la trajectoire de soins 105
4.6.4 Un maillage complexe avec l'hôpital 108
4.6.5 Des relations importantes avec les familles et les organismes communautaires 111
4.6.6 Un travail éprouvant 113
5. Analyse transversale des résultats 116
5.1 Analyse des différents points de vue présentés par les acteurs 116

5.2 Une analyse transversale des résultats..... 122
Conclusion..... 127
Bibliographie..... 128

Table des acronymes

ARIHQ : Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec

ASI : Assistant au supérieur immédiat

ASSS : Auxiliaires en santé et services sociaux

AVD : Activité de la vie domestique

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de santé communautaire

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

EÉSAD : Entreprise d'économie sociale en aide à domicile

GMF : Groupe de médecine de famille

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

NSA : Niveaux de soin alternatifs

RI : Ressource intermédiaire

RPA : Résidence privée pour ainés

RQRA : Regroupement québécois de résidences pour ainés

SAD : Soutien à domicile

SAP : Service d'assistance personnelle

SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées

SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

Résumé

Cette étude vise à documenter l'articulation des réseaux de soins et de services publics, privés et du tiers-secteur destinés aux personnes âgées de 65 ans et plus au Québec. Le contexte de cette recherche est basé sur un constat démographique et politique : d'une part, le vieillissement accentué de la population et l'augmentation de la part d'ainés en forte perte d'autonomie nécessitant du soutien; d'autre part, un processus de Nouvelle gestion publique basée sur une accentuation du décalage entre le volume et l'intensité de soins et services nécessaires à la population âgée et la dotation réelle de soins et services par le secteur public. L'écart est fourni d'une part par les aidants familiaux à domicile, mais aussi par les autres acteurs du continuum de services, qu'ils soient intégrés au secteur privé (RPA, RI, CHSLD) ou au tiers-secteur (EESAD). En mettant en œuvre d'un point de vue méthodologique une approche qualitative, nous avons obtenu le point de vue de 56 acteurs divers intégrés au continuum de services (directions SAPA des CISSS/CIUSSS, EESAD, RPA, RI, CHSLD et TS) sur la transformation progressive de ces liens, en prenant en considération l'impact hypothétique de la Loi 10, qui fut promulguée en 2015. Les résultats démontrent que, mis à part pour certains acteurs tels que les EÉSAD (mise en concurrence avec les agences privées de soins à domicile), les directions SAPA (élargissement du territoire), et des enjeux généraux de communication entre personnes ressources, la Loi 10 ne fut pas présentée comme une phase cruciale de la transformation progressive des réseaux. Les acteurs nous ont plutôt présenté un processus historique de développement d'une offre de services par des partenaires privés, sous la gouvernance directe et verticale des CISSS et CIUSSS. Loin d'un partenariat horizontal de coconstruction des modalités d'offre de service, le partenariat actuel, souvent nommé « partenariat d'affaires », semble laisser peu de marges de manœuvre aux acteurs privés ou du tiers-secteur, principalement les moins importants en termes de ressources. Ce contrôle du secteur public dans la dotation de services n'a pas que des inconvénients. Elle est aussi une stratégie pour, idéalement, mieux contrôler la qualité des services dans ces ressources, rendre plus efficaces les stratégies de transfert post-hospitalisation des

patients âgés, et réduire les risques d'hospitalisation prolongée, néfaste pour les personnes en perte d'autonomie.

Introduction

Ce rapport fait état des résultats d'une recherche menée entre 2017 et 2019 portant sur l'articulation des réseaux de services publics, privés et du tiers-secteur au Québec envers les aînés nécessitant des soins et services, du domicile à l'institution. Ce sujet prend sa source dans deux phénomènes liés. D'une part, le vieillissement de la population s'accroit d'année en année au Québec; le taux de personnes âgées de 65 ans et plus nécessitant des soins et des services continuera d'augmenter dans les prochaines années. Ce constat démographique, social et sanitaire questionne la stratégie politique de soutien aux aînés telle qu'elle s'est développée au Québec durant les dernières années, c'est-à-dire axée politiquement sur les soins à domicile, mais sans une transformation en profondeur des niveaux de soins et services encore largement hospitalo-centrés. D'autre part, le phénomène politique de Nouvelle gestion publique entraîne des transformations majeures dans le type et la nature des services fournis par le secteur public, le secteur privé et le tiers-secteur. Les rôles de chacun de ces dispensateurs de soins et de services tendent à se transformer progressivement. Le secteur privé tend à accroitre sa place en termes de nombre de ressources d'hébergements et de lits, tandis que le secteur public limite d'un point de vue stratégique et budgétaire ses dotations de services vers les usagers dont les besoins sont les plus lourds; il endosse également un rôle d'évaluateur de la qualité des services fournis par des « partenaires » externes pour les autres clientèles.

Au Québec, la « *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* » (Loi 10), adoptée en 2015 sous le gouvernement libéral de Philippe Couillard, lorsque Gaëtan Barrette était Ministre de la Santé et des Services sociaux, a provoqué des transformations d'envergure dans l'organisation des services destinés aux aînés. Elle peut être présentée comme une phase cruciale du processus de Nouvelle gestion publique incarnée au Québec, entamée par ailleurs en 2003 par la fusion des Centres locaux de service communautaire (CLSC) en Centres de santé et de services sociaux (CSSS). La nouvelle fusion des CSSS en Centres intégrés de santé et de services sociaux, universitaires (CIUSSS) ou non (CISSS) a provoqué des transformations importantes

dans l'articulation de l'ensemble des réseaux de services, qu'il s'agisse du secteur domiciliaire (CLSC, EÉSAD), du secteur de l'hébergement privé lucratif (résidences privées pour ainés, RPA), du secteur institutionnel privé (ressources intermédiaire, RI) ou encore du secteur de l'hébergement (centres d'hébergement et de soins de longue durée, CHSLD, public, privé conventionné et privé).

Mais quelle est la nature de cette transformation ? Comment les acteurs responsables de ces diverses institutions présentent-ils les changements qui ont été imposés à travers le processus général de la Nouvelle Gestion publique dans les soins et services aux ainés, et par la Loi 10 en particulier ? Quels en sont les avantages et inconvénients ? Nous avons voulu prendre appui sur leurs témoignages pour décrire comment se sont développés ou dénoués les liens entre les acteurs de ce réseau. La Loi 10 et, de manière générale, la Nouvelle gestion publique, provoquent des effets directs mais inégaux pour les acteurs des soins et services aux ainés. Si l'évolution semble bénéficier aux acteurs privés, il demeure néanmoins des zones de complexité pour eux dans le maillage qu'ils produisent avec les autres secteurs, notamment le réseau public. Et si les acteurs du secteur public et du tiers-secteur semblent les plus fragilisés dans cette donne politique et sociale, ils tentent tout de même de développer des stratégies spécifiques pour maintenir leur mission respective. Dans ce contexte, les divers acteurs du réseau de soin et services aux ainés sont-ils des « partenaires » ? Peut-on parler d'un travail de coordination horizontale, de discussion et de délibération, ou d'imposition verticale, de rapport de pouvoir ?

Par ailleurs, il semble important de mettre en lumière l'enjeu administratif et social majeur de la phase d'hospitalisation des usagers. Il semble clair que le processus de gestion des situations cliniques par les directions de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) des CISSS et CIUSSS se cristallise autour de la gestion de la trajectoire de la personne pré et post-hospitalisation, et l'ensemble du réseau s'anime à travers cette phase critique.

Pour les EÉSAD, les CHSLD privés et privés conventionnés, les RPA et les RI, nous avons interrogé les responsables de chacune des organisations (directrices ou directeurs).

Pour les volets CLSC et CHSLD publics, nous avons réalisé des entrevues avec les directrices SAPA et leurs adjointes, hébergement et institution. Enfin, nous avons interrogé des travailleuses sociales (TS) intégrées à la direction SAPA des CISSS et CIUSSS. Nous avons réalisé les entrevues dans cinq territoires différents, membres du partenariat ARIMA : CISSS Outaouais, CIUSSS Nord-de-l'Île-de-Montréal, CIUSSS Est-de-l'Île-de-Montréal, CISSS Chaudières-Appalaches, CISSS Montérégie Ouest. Chacun de ces territoires présente ses particularités en termes démographiques et de services. Nous avons pu réaliser les entrevues du secteur privé et du tiers-secteur avec l'appui de trois réseaux : L'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ), Le Réseau des Entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD), Le Regroupement québécois des résidences pour ainés (RQRA).

1. Contexte : Le continuum de soins et services au Québec

1.1 La Loi 10 dans l'historique du réseau de la santé et des services sociaux

L'historique du réseau de santé et de services sociaux du Québec peut se présenter comme une suite de transformations majeures, et ce depuis les années 60. Plusieurs étapes structurent cette évolution : la mise en place d'un système d'assurance-hospitalisation en 1961, la création du régime d'assurance maladie en 1970, le développement des CLSC dans les années 80, le virage ambulatoire et le mouvement de désinstitutionnalisation dans les années 90, etc. En 2004, un projet de loi majeur visant à mieux intégrer les services a été adopté et déployé partout au Québec (Loi 25) : Les CSSS, résultat des fusions entre les CLSC, les CHSLD et les hôpitaux régionaux, voyaient le jour, et l'une de leur mission était d'animer les Réseaux locaux de services (RLS). Ces RLS s'appuient sur le principe de responsabilité populationnelle octroyé par voie légale aux CSSS. Ces derniers ont l'obligation de s'assurer que les besoins de la population d'un territoire sont répondus adéquatement. Au Québec, cette réponse est conjointement publique, privée, associative et familiale. Les RLS ont pour mission de coordonner ces diverses catégories d'acteurs de façon à pouvoir répondre aux besoins de la population de façon concertée.

La dernière réorganisation des services au Québec en date a fait l'objet d'une loi spécifique, la Loi 10, qui a été mise en œuvre à partir de 2015. Cette loi visait à réorganiser le réseau de la santé et des services sociaux en fusionnant plusieurs instances locales (CSSS et des services secondaires et tertiaires, comme les Centre de réadaptation) en une structure régionale (CISSS et CIUSSS), en supprimant notamment les agences régionales de santé et de services sociaux. Des fusions importantes d'organisations publiques (incluant la 1ère et la 2e ligne) et de territoires furent réalisées. Concrètement, cette transformation a imposé la reconfiguration de rapports entre les acteurs au sein des territoires puisque la base territoriale de ces organisations s'est élargie. Il a fallu redéfinir des liens et trouver de nouvelles articulations tout au long des continuums de soutien aux personnes.

Cette exigence de redéfinition des liens a été d'une grande importance dans le cadre du soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie, car il est connu que les besoins de ces personnes sont couverts par les services publics à hauteur de 8 à 15%. De plus, ces réarrangements ont été rendus nécessaires en raison des transformations des mandats et de l'élargissement du nombre de partenaires potentiels sur les nouveaux territoires issus eux-mêmes de la fusion des CSSS. En outre de la réduction du nombre de gestionnaires et de l'importance de l'effort pour eux découlant de l'ampleur et de la rapidité des réformes structurelles, les préoccupations concernant l'harmonisation des services, de même que l'importance accordée à la performance organisationnelle et à la reddition de comptes ont mobilisé les énergies des gestionnaires, très souvent au détriment des activités de collaboration et de concertation (ex : tables de concertation), si importante dans le cadre de la responsabilité populationnelle.

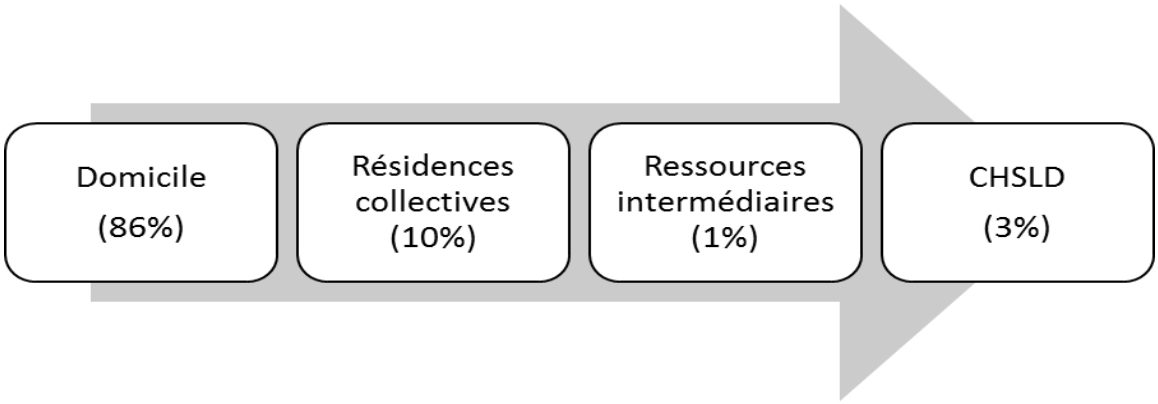
En principe fondée sur l'approche populationnelle, la réorganisation des services au Québec, mise en œuvre à partir de 2015, a mis en lumière une reconfiguration des rapports entre les différentes composantes du continuum de soutien pour les personnes en perte d'autonomie fonctionnelle, notamment en termes d'accélération de la privatisation des services dédiés aux ainés, et ceci autant dans le contexte domiciliaire (ex : transformation du mandat des EÉSAD) qu'institutionnel (ex : développement des

CHSLD privés et privés conventionnés). L'approche populationnelle se fonde sur le principe que la santé est l'affaire de tous les acteurs concernés, et que la réponse aux besoins complexes, notamment des personnes âgées en perte d'autonomie, requiert une articulation forte entre les réseaux publics, privés et du tiers-secteur sans compter les réseaux familiaux (Roy et al., 2010). La création du continuum de services apparait alors comme une solution prometteuse pour implanter une telle approche populationnelle (Couturier, Bonin et Belzile, 2016). Cette approche doit se conjuguer avec la réponse aux besoins des individus comme l'ont exposé Tourigny et ses collègues (2013) : Ces auteurs ont montré que l'adéquation du besoin de la personne aux bons niveaux de soutien est reconnue comme une condition centrale du maintien de l'autonomie. Il faut ainsi réaliser un travail efficace de coordination des divers acteurs autour de la trajectoire des ainés en perte d'autonomie, rôle largement donné actuellement aux travailleuses sociales (TS) (Couturier, Gagnon, Belzile et Salles, 2013).

1.2 Les divers acteurs dans les soins et les services fournis aux ainés

Statistiquement, au Québec, une très grande majorité des aînés de 65 ans et plus vivent à leur domicile (86%) tandis que 10% habitent dans des résidences collectives (principalement RPA, mais aussi HLM), reconnues comme un domicile également par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). 1% vivent en ressources intermédiaires, contre 3% en CHSLD. Le pourcentage d'aînés hors des milieux de vie naturels est plus élevé que pour le reste du Canada. Le schéma suivant présente le continuum de service des ainés de 65 ans et plus.

Figure 1. Milieu de vie des personnes âgées de 65 ans et plus, au Québec



De fait, les personnes de 65 ans et plus habitent principalement à leur domicile, ou dans des logements de type RPA, considérés au sens du MSSS comme un domicile. Une faible minorité vit donc dans le réseau institutionnel qui se compose des ressources intermédiaires et des CHSLD. Ceci dit, cette minorité concentre la majorité des soins et des services, puisqu'il s'agit de la population la plus en perte d'autonomie. De fait, le réseau de soins et services destinés aux aînés peut être qualifié de complexe, car il est structuré autour de plusieurs pôles : domiciliaire / institutionnel, puis privé / public / tiers-secteur, etc. Nous souhaitons ici présenter les diverses institutions pour lesquelles nous avons interrogé leurs responsables, et présenter leur place dans ce continuum.

La direction SAPA des CISSS et CIUSSS. Par définition, le CISSS ou le CIUSSS détient la responsabilité de la qualité des soins et services tels qu'ils sont fournis aux ainés sur leur territoire. Ainsi, la directrice SAPA et ses deux adjoints (hébergement et domiciliaire)[1] ont la responsabilité directe de l'ensemble des services publics fournis par le CLSC (volet domiciliaire) ou par le CHSLD public (volet hébergement) à l'ensemble de la population âgée de 65 ans et plus, mais aussi à la population plus jeune mais habitant en CHSLD. Leur mandat porte aussi sur la trajectoire pré et post hospitalisation des personnes âgées, puisque les hôpitaux sont dorénavant intégrés aux CISSS/CIUSSS dans la plupart des territoires. De fait, les gestionnaires de la direction SAPA jouent un rôle central dans le transfert rapide des patients vers des ressources adaptées (retour à

[1] Dans certains territoires très étendus comme le CISSS Chaudières-Appalaches, les directions adjointes ne sont pas divisées selon la mission (hébergement et domicile) mais selon une division nord/sud du territoire, les directions adjointes prenant en charge les deux missions.

domicile, RPA, RI, CHSLD) pour réduire le taux de « niveaux de soins alternatifs » (NSA), c'est-à-dire de patients qui occupent un lit à l'hôpital, mais qui ne nécessitent pas le niveau de services dispensés dans l'unité de soins où ils se trouvent.

Les **RPA** sont des résidences à visée lucrative composés de multiples chambres locatives. Certaines résidences font partie de filiales (ex : Chartwell, Résidences soleil, etc.) tandis que d'autres sont indépendantes. Aussi, des résidences fournissent des services payants « à la carte » (activités à la vie domestique - AVD, principalement, mais aussi quelques services d'assistance personnelle - SAP) tandis que d'autres n'offrent qu'un service de conciergerie. Ces lieux d'habitation sont considérés comme des domiciles et permettent donc le déploiement de services professionnels (infirmières, ergothérapeutes) ou non (EÉSAD).

Les **EÉSAD** sont a priori considérés comme des entreprises du « tiers-secteur », c'est-à-dire comme des entreprises qui ne sont intégrées ni au secteur public, ni au secteur privé. Elles demeurent des entreprises à but non lucratif qui doivent respecter un mandat social, soit celui de fournir des services à une population spécifique dans un territoire, par des employés issus du même territoire. Elles fournissent majoritairement des services de soutien aux activités de la vie domestique (AVD, comme le ménage), mais aussi, et ce, de plus en plus depuis 2016, des SAP (tels que les soins d'hygiène) au domicile des ainés, mais aussi parfois dans les RPA.

Les **RI** sont des institutions accueillant divers types de clientèles (déficience intellectuelle, santé mentale, personnes âgées). Mais la majorité des RI accueillent des personnes âgées en perte d'autonomie qui ne peuvent plus habiter dans leur domicile parce qu'elles requièrent de l'aide ou de la surveillance que ne peuvent leur apporter leur réseau familial ou social. Le niveau de perte d'autonomie des personnes hébergées n'est pas suffisamment important pour intégrer un CHSLD. Ces institutions disposent de leur propre personnel, notamment préposés, mais peuvent aussi obtenir des services professionnels des CISSS/CIUSSS. Tout comme pour les CHSLD (publics ou

conventionnés), ce sont les CISSS/CIUSSS qui déterminent l'accès à ces ressources et qui y orientent les personnes en fonction de leur niveau d'autonomie.

Les CHSLD privés et privés conventionnés. Ces CHSLD sont gérés par des directions privées. Les mandats et les responsabilités sont sous la surveillance directe des CISSS et CIUSSS, qui procèdent à des évaluations de qualité. Les CHSLD accueillent des personnes en forte perte d'autonomie et dont le maintien à domicile est devenu impossible. Ces institutions disposent de leur propre personnel.

Dans certains cas et certains territoires, des établissements peuvent regrouper plusieurs missions : RPA et RI, ou RPA et CHSLD. Les mêmes gestionnaires peuvent donc gérer des établissements avec des missions différentes.

Enfin, les **TS** sont intégrées au sein de la direction SAPA. Elles occupent différentes fonctions dont celles d'évaluer les besoins des personnes, de planifier les services puis de les coordonner tout au long du continuum de services. Certains participants ont aussi un mandat de coordination clinique qui porte différents noms (ex. spécialiste en activités cliniques, courtière de services, coordonnatrice professionnelle) qu'ils remplissent après avoir travaillé comme intervenante de terrain. Les mandats varient d'une organisation à une autre, et d'une TS à une autre, selon le mandat octroyé par les gestionnaires de la direction SAPA. Par exemple, plusieurs TS ont des mandats spécifiques par rapport à la réduction du nombre d'entrée de personnes âgées aux urgences, à la réduction des attentes pour l'hébergement en CHSLD, ou pour soutenir les RPA dans la dotation de service adéquate.

L'ensemble de ces acteurs forment le continuum de services, dans lequel les TS joue un rôle majeur d'évaluation des besoins et de planification des services; en ce sens, elles doivent travailler autant avec les acteurs du secteur privé, du secteur public, que du tiers-secteur. En raison de la progressivité des besoins, les ainés ont souvent recours à des services privés au cours de leur trajectoire de services, que ce soit dans le contexte

domiciliaire naturel (en raison du difficile accès aux services du SAD) ou dans le contexte d'hébergement, c'est-à-dire dans les RI et les CHSLD.

2. Cadre théorique et objectifs du projet

2.1 Cadre théorique : Quels liens de partenariat des acteurs du réseau dans le contexte de la Nouvelle gestion publique ?

Peu d'études portant sur l'articulation des services publics (CLSC et CHSLD), privés (RPA, RI, agences privées et CHSLD privés) et du tiers-secteur (EÉSAD) n'ont fait l'objet de publications au Québec. Ce constat est encore plus criant pour les nouvelles formules d'hébergement (Dubuc et al., 2009). Jobin et Fortin (2016) ont certes récemment publié un rapport visant à décrire les conditions de succès et les obstacles à la collaboration public - privé au Québec, mais ce rapport contient surtout des recommandations de gestion pour faciliter la collaboration, voire pour faciliter la transition des formules de services du tiers-secteur (EÉSAD) vers le privé.

D'un point de vue social, pourtant, la pertinence est grande: le Vérificateur général du Québec (2013) a identifié le développement anarchique des soins de longue durée et des formules privées d'hébergement comme un important problème. L'accroissement du vieillissement de la population dans les prochaines années conduit à s'interroger sur le rôle des secteurs publics et privés et du tiers-secteur dans l'attribution des services, surtout dans un contexte de montée de la Nouvelle gestion publique observable par des pratiques de monitorage de la performance davantage ancrée sur des observables simples (occurrences, temps, coût unitaire, etc.) renforçant la culture hospitalo-industrielle pourtant critiquée depuis des décennies pour les soins de longue durée (Weiner, Freiman et Brown., 2007). Le tout récent rapport du Protecteur du citoyen (2016) démontre également les problématiques d'accès aux services et de qualité des pratiques conditionnées par la restriction de l'accès aux services destinées aux ainés.

Notre cadre théorique se basera sur les écrits de Bourque (2008), Bourque et ses collaborateurs (2011), Vaillancourt, Aubry et Jetté (2003) et Vaillancourt, Jetté et Leclerc (2009) autour des concepts d'« arrangements institutionnels », de « perte d'autonomie » et de « rapports asymétriques » entre collaborateurs de réseaux de service. Selon Bourque et ses collaborateurs (2011), la création en 2003 des CSSS, avec leur structure plus imposante et l'extension de leur territoire, a transformé les rapports entre CLSC, organismes communautaires et d'économie sociale et réseaux citoyens et familiaux. Nous pouvons penser que la nouvelle structuration des réseaux territoriaux de service (RTS) depuis 2015, ainsi que la faiblesse de l'implantation des RLS à partir de 2004, a nui à la prise en compte des réalités territoriales et a transformé les mandats spécifiques des différentes organisations, principalement le public et les EÉSAD, en vue d'une « harmonisation et standardisation de l'offre de services » (Bourque et al., 2011, p. 80). La reconfiguration des RLS en RTS contribue à des arrangements institutionnels, c'est-à-dire des accords spécifiques entre institutions occasionnant une transformation des mandats des structures. Mais ces arrangements peuvent se dérouler dans le cadre d'un rapport asymétrique occasionnant une reconfiguration de l'autonomie et de l'identité des acteurs.

Peut-on, en ce sens, parler de partenariat entre les acteurs du réseau ? Bourque (2008, p.6) définit le partenariat comme « la relation structurée et formalisée (par contrat ou entente) entre des acteurs sociaux (communautaire, institutionnel, privé) impliqués dans une démarche convenue entre eux et visant la réalisation d'activités ou de services (Bourque, 2008, p.6). Le partenariat peut être établi via une logique de concertation. Bourque (2008, p.5) définit ce concept comme le « processus de mise en relation structurée et durable entre des acteurs sociaux autonomes qui acceptent de partager de l'information, de discuter de problèmes ou d'enjeux (par thème ou par territoire) afin de convenir d'objectifs et d'actions susceptibles de les engager ou non dans des partenariats ». Le travail de concertation vers le partenariat n'est pas toujours développé dans une logique symétrique entre acteurs. Il peut s'engager une relation asymétrique basé sur l'idée que le partenariat est avant tout un rapport de pouvoir entre des acteurs divers, l'un fournissant les moyens et les directives, l'autre étant chargé de mettre en

œuvre les services, dans une logique de « sous-traitance » des soins et services, sans co-construction (Proulx, Bourque et Savard, 2007). Ceci étant dit, une telle asymétrie n'empêche pas le développement de stratégies par les acteurs, pour garder une marge de manœuvre dans leurs missions respectives.

L'hypothèse d'une asymétrie des relations entre partenaires est aussi basée sur le principe que la Nouvelle gestion publique (NGP) a transformé progressivement le réseau de soins et services aux ainés. Par NGP, nous entendons le virage néolibéral des politiques publiques ayant entrainé une mutation dans le processus de dotation de soins et services. L'accent, dans le secteur public et notamment à SAPA, est mis davantage sur les résultats, avec une imputabilité des acteurs, une performance à atteindre, une reddition de compte à fournir au MSSS. Des liens plus étroits sont développés avec le secteur privé pour compenser la limitation des services publics. L'usage des termes « partenaires » et « concertation » perdent de leur sens social (Bellot, Bresson et Jetté, 2013) pour signifier des relations d'affaire et/ou de pouvoir entre des acteurs divers, ce qui est un processus récurrent de l'imposition d'une novlange managériale (Vandevelde-Rougale, 2017).

Selon Grenier et Bourque (2018), plusieurs dimensions composent la NGP, soit :

1) La décentralisation et la fragmentation de la prise de décision : le réseau public tend à décentraliser la prise de décision aux acteurs externes, notamment privés, tout en les obligeant à maintenir un objectif quantitatif précis

2) La mise en concurrence des partenaires : il est envisagé de placer sur un pied d'égalité des acteurs externes pour obtenir le meilleur service à moindre coût (ex : mise en concurrence des EÉSAD et des agences privées de services à domicile).

3) L'approche client et le contrôle de qualité : le secteur public développe sa capacité d'évaluer la qualité de services fournis par les partenaires extérieurs (ex : évaluation de la qualité des services en RPA ou en RI).

4) La gestion des résultats : il est imposé aux acteurs externes d'atteindre un certain objectif relatif à leur mission (ex : nombre de services, nombre d'admission en hébergement, etc.).

Mais ce processus idéal et standardisé n'est pourtant pas des effets identiques d'un partenaire à un autre. Le partenariat, quoi qu'il soit toujours un partenariat d'affaire, peut être aussi un partenariat historique, territoriale et stratégique avec le CISSS/CIUSSS qui résiste au simple calcul financier. Certes, la Loi 10 a imposé la standardisation des objectifs du MSSS à l'ensemble des CISSS/CIUSSS, sans considération de leurs spécificités locales. Les planifications stratégiques des CISSS/CIUSSS sont comparables entre elles, tandis que celles des CSSS avant la réforme présentaient nombre d'objectifs étroitement reliés à la dimension locale du RLS. Ceci ne veut pas dire pour autant que les relations entre partenaires ne sont jamais teintées de spécificités relatives à leur historique ou territoire.

Finalement, lorsque nous analysons l'évolution récente du réseau de soins et services aux ainés, quatre constats semblent importants à mettre de l'avant :

1) D'une part, le réseau de service public tend à voir son mandat se développer, de prestataire de service sur un territoire local à évaluateur de l'accessibilité des usagers au continuum d'hébergement et de la qualité des services rendus dans le contexte davantage privé et déployés sur un territoire régional. Et le mandat de prestataire de service se transforme également, puisque le secteur public se voit chargé des cas les plus problématiques, en termes clinique ou social; pour autant, la capacité de dotation de services n'augmente pas à la hauteur des besoins, compte tenu notamment du vieillissement de la population.

2) D'autre part, certaines institutions du "tiers-secteur", telles que les EÉSAD, voient leur mandat initial se transformer (ajout des SAP en plus des AVD, affaiblissement de leur fonction d'insertion à l'emploi, etc.), consécutivement à la mise en concurrence des prestataires de services privés de type "agences".

3) Enfin, la privatisation des services de santé engendre des inégalités croissantes d'accès aux services pour les ainés, en lien direct avec leur capacité de s'offrir des services spécifiques à des échelons pourtant de plus en plus élevés de la perte d'autonomie fonctionnelle, mesurée par les profils ISO-SMAF.

4) La pression s'accroit sur les réseaux familiaux, de plus en plus considérés comme des ressources à part entière (Lavoie et Guberman, 2007), qui doivent fournir des services importants aux personnes âgées encore capable de demeurer à domicile malgré leur perte d'autonomie, souvent

2.2 Objectifs de la recherche

L'étude que nous avons conduit vise à obtenir le point de vue de divers acteurs gestionnaires et TS sur l'évolution de l'articulation des réseaux de services publics, privés et du tiers secteur envers les ainés, du domiciliaire à l'institutionnel. Quatre objectifs structurent notre projet:

1. Décrire le continuum de formules de services pour les ainés (mandats, activités, etc.) à domicile et d'hébergement.
2. Décrire, du point de vue d'acteurs clefs, les évolutions en cours dans chacun de leur type d'organisation.
3. Faire le portrait des effets perçus de ces évolutions, notamment en termes de difficultés des acteurs de faire réseau, mais aussi de la plus-value des transformations pour les acteurs.
4. Dégager les stratégies d'adaptation déployées par les divers acteurs face à cette évolution de leur contexte.

Les résultats sont structurés autour des objectifs de l'étude, selon les perspectives des groupes d'acteurs avec, comme fil conducteur, les changements induits et vécus suite à la réforme de 2015. La NGP demeure une perspective théorique importante pour

comprendre le processus de transformation, mais sans prétendre nécessairement que ses effets négatifs sont plus importants que les conséquences positives. Ainsi, le continuum est abordé en termes de relation avec les partenaires, formalisation des rapports, partage d'information, articulation des services (continuité, complémentarité, accès, harmonisation, etc.) et aussi des expériences de collaboration, de concertation ou de partenariats (objectif 1). Le point de vue des groupes d'acteurs concernant leur marge de manœuvre et leur autonomie (capacité d'agir, responsabilités/pouvoir) est présenté sans référence explicite au territoire, sauf si des différences importantes ont été observées (objectif 2). Les effets perçus des changements associés à la réforme de 2015 sont présentés sous l'angle des transformations des mandats, des pratiques et des règles (budgétaires et autres) de même qu'au regard de la capacité des acteurs à faire réseau (objectif 3). Enfin, les problèmes rencontrés pour la mise en œuvre des changements, les stratégies d'adaptation (dont les innovations) qui sont déployées, et les améliorations souhaitées clôturent le point de vue de chaque groupe d'acteurs (objectif 4).

3. Méthodologie

3.1 Approche méthodologique

Nous avons opté pour une approche qualitative. Plus exactement, nous souhaitions obtenir le point de vue des divers gestionnaires et responsables du réseau de service, ainsi que des travailleuses sociales, c'est-à-dire collecter les descriptions que donnent chacun des protagonistes de l'évolution de leur institution et du maillage de celle-ci avec les autres structures de soins et services aux ainés au Québec.

Plus précisément, nous avons réalisé des entrevues semi-dirigées avec chacune de ces personnes. Nous avons utilisé un nombre spécifique de thèmes pour l'entrevue, mais nous l'avons laissé ouverte à d'autres thèmes que voulaient aborder les personnes interrogées. Pour l'ensemble des entrevues, quatre grands thèmes ont été abordés :

1. Le continuum de services pour les ainés (mandats, activités, etc.);

2. Les évolutions en cours dans chacun des territoires;
3. Les effets perçus de ces évolutions, notamment en termes d'arrangements institutionnels et de capacité des acteurs de faire réseau;
4. Les stratégies d'adaptation déployées par les différents acteurs.

Les thèmes émergents furent différents d'une catégorie d'acteurs à une autre. Nous avons respecté l'émergence de ces thèmes en les inscrivant dans la partie Résultats du rapport.

3.2 Échantillonnage

Notre étude s'est réalisée entre 2017 et 2019 sur les territoires des CIUSSS Nord-de-l'Ile-de-Montréal, Est-de-l'Île-de-Montréal et des CISSS de l'Outaouais, Chaudière-Appalaches et Montérégie Ouest. Ces cinq territoires font partie du partenariat ARIMA. Dans chacun des territoires, nous avons rencontré une diversité d'acteurs, gestionnaires et travailleuses sociales. Plus précisément, nous avons réalisé des entrevues avec :

- Des directeurs et directrices de la SAPA de chacun des territoires, soit un par territoire.
- Des directions adjointes de la direction SAPA, qu'elles soient divisées en missions (hébergement / soin à domicile) ou en territoires locaux.
- Des responsables d'EÉSAD.
- Des propriétaires et/ou gestionnaires de RI.
- Des propriétaires et/ou gestionnaires de de CHSLD.
- Des propriétaires et/ou gestionnaires de résidences privées pour ainés (RPA).
- Des travailleuses sociales travaillant au sein de la direction SAPA.

Nous avons réalisé 56 entrevues, au total, pour un total souhaité préalablement de 70 entrevues. Chaque entrevue a duré environ 60 minutes. Nous n'avons pas pu réaliser l'ensemble des entrevues prévues au préalable, pour diverses raisons pratiques : manque d'intérêt des personnes abordées, manque de disponibilité, manque de ressources suffisantes par territoire, etc. La difficulté a été particulièrement importante pour les

ressources intermédiaires, du fait du faible nombre d'établissements dans certaines régions du Québec. Voici le tableau récapitulatif de l'ensemble des entrevues :

Tableau 1. Descriptif des entrevues réalisées par sites et par catégories d'acteurs

Participants	**Site 1**	**Site 2**	**Site 3**	**Site 4**	**Site 5**	**Total**
Directeurs SAPA	1	0	1	1	1	4/5
Directeurs SAPA adjoints	2	2	2	2	2	10/10
Responsables RPA	2	2	2	1	2	9/10
Responsables RI	2	1	2	0	0	5/10
Responsables CHSLD	1	2	1	2	2	8/10
Responsables EÉSAD	1	1	2	2	2	8/10
Travailleuses sociales	3	0	3	3	3	12/15
Total	12/14	8/14	13/14	11/14	12/14	56/70

3.3 Outils de collectes et thèmes abordés

Deux guides d'entrevues ont été développés pour chacun des sous-groupes de participants à l'étude, soit d'une part l'ensemble des gestionnaires, directeurs et propriétaires et, d'autre part, les travailleuses sociales. La division des guides d'entrevue tenait spécifiquement aux mandats des acteurs : les premiers ont la responsabilité du fonctionnement général de leur établissement ou direction, ainsi que de l'application des principes directeurs de la collaboration entre les différentes institutions; les secondes

travaillent au sein de la direction SAPA de leur établissement (CISSS et CIUSSS), et sont donc placées à l'interface des diverses institutions.

Chaque participant a reçu les informations qui lui étaient nécessaires afin que son consentement à participer à la recherche soit libre, éclairé. La participation volontaire a été validée par la signature du formulaire d'information et de consentement qui a été autorisé par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du Nord-de-l'Île de Montréal agissant comme comité éthique principal.

3.4 Analyse

Un arbre de codage a été construit à partir des thèmes intégrés initialement aux grilles d'entrevues. Nous avons utilisé ces thèmes comme des bases de l'analyse, avant d'en intégrer d'autres issus des informations contenues dans l'entrevue. Les données ont été traitées par groupe d'acteurs plutôt que par territoire; il nous semblait en effet, au fur et à mesure des analyses, que ce sont davantage les groupes d'acteurs qui présentent un intérêt d'analyse, davantage que le territoire qui présentait certes des caractéristiques d'intérêt (démographie, densité, nature des services, part de la population issue de l'immigration chez les récipiendaires et les donateurs de services…), mais moins importantes que la nature et la mission des organisations.

Les partenaires du projet n'ont pas participé en tant que tel au développement du projet. Ils n'ont pas souhaité participer ni au développement des grilles d'entrevues, ni aux analyses. Ils nous ont aidé à trouver les contacts de l'ensemble des ressources, mais ne souhaitaient pas s'immiscer dans le cadre du projet, préférant analyser après coup les résultats et les analyses.

4. Résultats

4.1 Le point de vue des directrices SAPA des CISSS/CIUSSS et de leurs adjointes aux soins à domicile et à l'hébergement

Ce groupe de répondants inclut les directeurs et directrices du programme SAPA de même que les adjoint-e-s au soutien à domicile (SAD) et les adjoint-e-s à l'hébergement du secteur public. Précisons que les liens de collaboration sont de nature et d'intensité diverses, selon qu'il s'agit du volet SAD ou du volet CHSLD. Le volet SAD développe des liens avec les EÉSAD ou les autres ressources d'hébergement (RI, RPA). Pour le volet CHSLD, les partenariats se déploient surtout autour des écoles pour combler les manques de personnel (programmes de formation pour les préposés) et les agences de placement de main d'œuvre. Le volet SAD présente de ce fait un réseautage beaucoup plus important.

4.1.1 Une plus forte standardisation des pratiques, au détriment de l'autonomie et du territoire local

Les directions SAPA, qu'ils s'agissent de la direction générale ou des adjoints, mettent de l'avant une donnée essentielle relative à la fusion des CSSS. La standardisation des pratiques est plus forte, le mouvement d'imposition des pratiques du MSSS vers les milieux est davantage « top-down ». Ce changement est perçu positivement par certains, car il favoriserait notamment une harmonisation de l'offre de services. Par exemple, les gestionnaires estiment qu'ils ont augmenté leur capacité d'agir en raison de la réforme. Celle-ci leur a permis d'élargir leur vision (régionale plutôt que locale), elle a accru leurs moyens financiers, et de ce fait, ils peuvent réaliser un meilleur suivi et contrôle grâce aux redditions de compte.

> C'est un beau continuum de services. J'ai l'ensemble, donc j'ai de l'influence sur l'une ou l'autre des équipes. (Direction-4)

Plusieurs innovations présentées par les directions SAPA lors des entrevues, mises en œuvre depuis la Loi 10, sont des applications d'orientations, de projets exigés par le

MSSS. Certains projets sont en lien direct avec le Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD tenu en novembre 2016 (ex. la restructuration clinique en CHSLD avec l'établissement de ratios personnels/résidents) ou encore avec le forum de mai 2017 pour le SAD (ex. la désignation d'un chef pour le SAD aigu) qui ont été organisés par le MSSS. Nous n'avons pas relevé d'innovations propres à une direction SAPA qui ne comportait pas un objectif relatif au MSSS.

La centralisation ne comporte pas que des inconvénients. Elle serait aussi un vecteur de cohérence. Par exemple, les organisations seraient davantage impliquées dans toutes les décisions du MSSS. Le modèle actuel est jugé par certains meilleur que celui qui l'a précédé parce que les dossiers avancent plus vite, les liens sont plus directs et la mission est davantage centrée sur les besoins populationnels.

> Avant, il y avait un peu d'anarchie : on mettait des priorités partout et on devenait coincé, au niveau organisationnel, dans notre capacité à faire du développement. Alors que là, toute l'organisation, toutes les équipes se concentrent sur les objectifs de la haute direction, sur les priorités de la haute direction. Et, il y a énormément plus de cohésion qu'avant, ça c'est clair pour moi. Puis le grand dérangement est terminé. (Direction-1)

Les directeurs SAPA exposent néanmoins un paradoxe : ils ont pleine liberté dans la gestion de leur équipe, mais peu dans l'implantation des projets qui demeurent très encadrés par des ententes de gestion qui visent la performance volumétrique de soins et de services. Le MSSS dicte les objectifs, quoi que certains gestionnaires disent profiter d'une certaine marge de manœuvre dans l'atteinte de ces objectifs.

> On a énormément d'autonomie de gestion, mais en même temps, on travaille sur des cahiers de charge puis des alignements ministériels. Donc le Ministère a sept ou huit objectifs prioritaires qui sont transmis à la haute direction beaucoup plus directement qu'avant. Et, après, en concertation inter-direction, on a à livrer la

> marchandise, mais il y a quand même énormément d'autonomie dans tout ça, sur comment on y arrive, comment on développe nos plans d'action, comment on va mobiliser les équipes et tout ça. Puis moi, je sens que cette cohésion-là amène plus rapidement des résultats (Direction-1)

On retrouve à plusieurs reprises cette dynamique : d'une part une standardisation des pratiques par le MSSS basée sur le principe d'un nombre de soins et services à donner et, d'autre part, une impression de garder une part d'autonomie dans le mode opératoire des réformes.

> Ma marge est dans la manière de répondre, pas de répondre ou non. (Direction Adjointe-1).

> On a une petite marge de manœuvre, mais les commandes descendent tellement nombreuses au niveau du Ministère, qu'on n'a pas le temps de finir une commande qu'on en a une deuxième. On va où le Ministère veut qu'on aille. On n'a pas la possibilité de dire « bon ben moi, je pars un projet et je le mène à terme » en dehors de tous les nombreux projets, c'est trop des gros projets avec très peu de temps pour les réaliser. Mais, j'ai une marge dans le « comment », et encore, parfois, c'est bien dicté, bien déterminé. (Direction Adjointe-3)

Les directeurs adjoints, plus que les directions générales SAPA, se sentent éloignés des décisions stratégiques qui se prennent « au sommet ». Ils se retrouvent par conséquent dans des fonctions plus exécutives découlant de directives du MSSS, sans le filtre que procurait auparavant l'agence régionale de santé et de services sociaux. L'exemple des contrats de service avec les ressources intermédiaires ou encore avec les CHSLD privés conventionnés illustre bien la position inconfortable et dépendante qu'impose le MSSS, dans laquelle peuvent se retrouver les gestionnaires :

> Je n'ai rien inventé, je signe en haut et je signe en bas, l'entente RI [...] Nous, on vit avec après [la signature entre l'Association des RI et le MSSS]. (Direction Adjointe-1)

Alors qu'un directeur adjoint déclare qu'il n'y a plus aucun gestionnaire qui peut prétendre bénéficier d'autonomie, certains trouvent leur marge de manœuvre dans leur légitimité d'intervention et de contrôle (ex. contrats, détermination de l'accès aux soins) et dans le sentiment de pouvoir participer plus directement aux décisions.

> On a l'impression d'être plus partie prenante des orientations, d'être plus entendus. Je ne sais pas si c'est les acteurs ou si c'est la structure, mais on a le sentiment d'être plus au rendez-vous qu'avant, comme directeur. (Direction Adjointe-4)

Néanmoins, au-delà du mode opératoire, peu considèrent avoir suffisamment d'autonomie de gestion pour innover radicalement sur les orientations. Il reste peu de place pour des projets « locaux », car tout est dirigé, centralisé et dépendant du ministre en place, ce qui politise aussi les changements et ses leviers.

> Parce que ça devient politique, même à mon niveau, il y a un niveau politique que je n'avais pas avant et que là, compte tenu de la grosseur de la structure puis du fait qu'on est en contact avec le ministère, il y a des aspects plus politiques dont il faut tenir compte […] Les PDG font beaucoup affaire avec les députés. On a régulièrement des demandes du bureau du sous-ministre pour un état de situation parce qu'il a été interpelé par telle ou telle personne. (Direction-5)

D'ailleurs, le plan stratégique de la direction SAPA n'est plus local, et n'est plus autant rattaché à une réalité territoriale qu'à l'époque des CSSS. Les gestionnaires s'occupent davantage de la gestion tactique et opérationnelle.

> Ça a été un gros changement et une crainte incroyable au niveau des territoires plus éloignés de se faire engloutir par tous les processus urbains et de perdre leur identité, de perdre leur couleur locale. (Direction Adjointe-3)

4.1.2 Des objectifs quantitatifs à respecter : Nouveaux mandats et redditions de comptes avec le MSSS

Pour les participants, isoler les changements attribuables à la réforme relative à la Loi 10 est un exercice possible, mais qui demande un effort pour aller au-delà de l'apparent (ex. fusion des établissements, élargissement du territoire, etc.). Pour certains, ce sont davantage les investissements qui ont contribué aux changements que la réforme en elle-même.

> Très honnêtement je pense que c'est plus à cause du plan d'investissement que les services se sont améliorés que par la création du CISSS. (Direction Adjointe-4)

Les gestionnaires ont néanmoins des préoccupations et obligations multiples, dont la reddition de comptes, qui occupent une place très importante dans leur charge de travail. Un gestionnaire d'expérience a été à même d'observer qu'il y a de plus en plus de comptes à rendre.

> Au niveau du ministère, ils fonctionnent beaucoup par redditions de comptes. On nous donne du budget, avec du budget on s'attend à avoir tant de résultats. Donc, c'est beaucoup de statistiques. Il faut voir le plus de patients possible, donner le plus d'heures possibles, et puis ça fait qu'on surveille nos intervenants pour s'assurer qu'ils font ce qu'ils ont à faire, mais qu'ils ne prennent pas trop de temps pour le faire […] les intervenants disent « mais nous, on est là pour les patients ». Oui, mais en même temps, si le ministère dit « je ne vous donnerai pas le

> budget si vous n'atteignez pas telle cible ». Alors, on « joue » avec les cibles, avec les budgets, avec les patients. (Direction-5)

Les mandats des directions SAPA se sont élargis avec la création des CISSS/CIUSSS. Les organisations ont maintenant un rôle accru dans les évaluations et certifications des RPA, jusqu'à devoir fermer celles qui ne rencontrent pas les exigences, ce qui nécessite de gérer les conséquences, dont la relocalisation des personnes qui y vivaient. Viennent aussi des missions particulières pour couvrir l'ensemble des besoins de la population, comme le développement de services pour les personnes itinérantes vieillissantes ou encore un meilleur arrimage des doubles trajectoires (ex. santé mentale et vieillissement), le tout conçu comme un continuum de services à bonifier (ex. en ajoutant des services de SAD aigu). Ces nouveaux mandats s'accompagnent d'une reddition de comptes accrue. Par exemple, si le nombre d'heures de services prévu à l'entente avec le MSSS n'est pas atteint ou si le pourcentage de NSA et les délais de prise en charge ne sont pas respectés, les organisations sont financièrement pénalisées.

De nombreux changements de pratiques administratives et cliniques occupent aussi les gestionnaires. Les maîtres-mots sont l'harmonisation, l'optimisation et la standardisation des outils, des processus et des pratiques. Les propos des adjoints de l'hébergement illustrent bien comment les nouvelles règles appellent de nouvelles stratégies puisque les pratiques qui avaient cours avant la fusion ne peuvent être reconduites dans la nouvelle configuration. Par exemple, la visite des installations par les familles avant l'admission n'est plus possible avec les très courts délais d'admission, les milieux d'hébergement trop nombreux sur les nouveaux territoires, etc. Le constat n'est pas que négatif, mais il engendre un besoin de stratégie et de renouvellement les pratiques de gestion.

4.1.3 Un mandat complexe : Reconstruire des relations partenariales dans une relation de service inégale

Les directions présentent le rôle du CISSS/CIUSSS moins comme un animateur du réseau, que comme un responsable qui a pour mandat de veiller à la qualité des soins et

services, et à la sécurité des usagers qui ont des liens avec différentes organisations et résidences d'hébergement. Un paradoxe émerge ici : Comment construire des liens de partenariats avec des institutions sur lesquelles le CISSS/CIUSSS garde une exigence légale de qualité, et agit parfois lui-même comme un pourvoyeur de services ?

Dans ce cadre, les directions mentionnent la nécessité de réanimer le territoire via la réactivation des tables de concertation : les liens de partenariats qui s'activaient avant 2015, notamment par les tables de concertation, ont été dérangés par la réforme, ce dont se plaignent certaines directions. Il faut aussi préciser que l'historique des liens de partenariats n'est pas le même sur tout le nouveau territoire des CISSS/CIUSSS et que cette nouvelle configuration du territoire rend impossible la participation des directions à toutes les tables de concertation. Il y a toutefois un consensus sur l'importance de mobiliser les partenaires rapidement, notamment pour mieux partager les informations relatives à la qualité des services. Plusieurs considèrent que beaucoup de travail de communication reste à faire, à refaire ou à poursuivre pour que les règles d'accès ou d'admissibilité aux services du soutien à domicile soient mieux comprises des partenaires et pour que pour ces derniers se connaissent et se reconnaissent davantage entre eux.

Les mécanismes de concertation se présentent comme des solutions communes pour faire évoluer les services afin qu'ils répondent mieux aux besoins de la clientèle et aux capacités des organisations (publiques, privées et communautaires) qui doivent conjuguer leurs efforts pour offrir des services. Cela dit, certaines conditions doivent être rencontrées pour que le partenariat ait véritablement lieu. L'une d'elle tient à des relations égalitaires qui se traduisent dans la manière de communiquer avec les partenaires. Le partenariat suppose une vision égalitaire des rapports, une stratégie « gagnant-gagnant ».

> La notion de partenariat, c'est de faire avec eux, de les consulter, d'être en complémentarité avec leur offre de services et non pas de dire, je dicte, moi je suis le grand CISSS, je vous dicte quoi faire. Moi je n'arrive pas avec cette façon de faire. (Direction-4)

Les décisions rapides qui se prennent sans consultation préalable vont à l'encontre du partenariat. Et c'est ce qui caractérise la dernière réforme. Ainsi, un partenariat ne peut pas être présent si un des acteurs perçoit son rôle comme étant celui d'un « sous-traitant » de la mission du secteur public.

> S'ils s'aperçoivent que le CISSS fait juste leur passer la « *puck* » et qu'ils ont l'impression d'être le dévidoir des problématiques du CISSS, ça ne marche pas. (Direction Adjointe-4)

4.1.4 Un lien complexe avec les EÉSAD et les RPA dans la dotation des services directs à la personne

Avec les EÉSAD, les liens sont bien établis pour toutes les activités de la vie domestique (AVD) qui ne sont d'ailleurs plus offertes par les employés du réseau public. De plus, il y a plusieurs éléments qui varient d'une EÉSAD à l'autre et d'un territoire à l'autre : leur nombre, les services qu'elles offrent, les conditions qu'elles posent et leur tarification. Il faut aussi prendre en compte que ce sont des entreprises autonomes et que, de ce fait, il est difficile d'imposer leur harmonisation par le CISSS/CIUSSS. Pour ces gestionnaires :

> Il faut s'assurer que le service qu'on achète est quand même pertinent et répond aux besoins mais […] au coût le plus faible possible. (Direction-4)

Bien que la satisfaction des directions SAPA envers les EÉSAD et les coopératives de services à domicile est en général plutôt élevée, il subsiste deux problèmes communs qui concernent les coûts et la manière de distinguer les tâches qui relèvent des préposés du public de celles des employés des EÉSAD.

> On veut donner un service à un client chez lui. Le service durerait une heure, un bain avec une mise en jour du matin. Eux dans leur

> convention avec les employés, ils ne se déplacent pas en bas de trois heures. Alors là, on est pris. (Direction Adjointe-4)

> [L'EÉSAD] pour envoyer quelqu'un à un endroit pour aller faire une heure de préparation, nous facture trois heures. Ils disent « on ne fait pas déplacer une personne pour une heure » […] ça fait que quand tu regardes ta performance après ça, j'ai payé trois heures, j'ai envoyé quelqu'un trois heures, pour un besoin d'une heure [...] Le Ministère dit « vous donnez trop de services, ça vous coûte trop cher pour des profils très légers ». Et oui, je comprends bien, mais la préposée de l'EÉSAD ne se déplace pas pour une heure. (Direction-5)

Par ailleurs, les EÉSAD seraient plus souples quant aux horaires de travail, mais le SAD ne serait pas toujours confiant à propos de la qualité des services donnés par les employés des EÉSAD, ce qui conduirait à leur « donner » les cas les plus simples, réservant les cas les plus complexes au service du CLSC.

Les appels d'offre sont l'expression visible de la relation complexe avec les EÉSAD. Depuis la fusion des CSSS en CISSS/CIUSSS, les EÉSAD et les agences privés de soins à domcile entrent en concurrence pour les contrats des CISSS/CIUSSS, faisant des EÉSAD des partenaires du « privé », alors qu'historiquement ils étaient pensés comme des acteurs du « tiers-secteur ». Les avis sont partagés quant aux avantages et aux inconvénients de proposer un appel d'offre. Pour les uns, cela permettrait de concentrer l'organisation des services autour de quelques concurrents, alors que, pour d'autres, l'idée d'avoir plusieurs ressources pour réussir à répondre à l'ensemble des besoins donne de la marge de manœuvre pour l'atteinte des objectifs quantitatifs. Certains adjoints trouvent des avantages à une saine compétition qui peut potentiellement permettre que ce soit la qualité et le coût de l'offre de services qui priment, alors que d'autres espèrent trouver des moyens de rencontrer les besoins de la population selon les milieux sans être obligé d'aller en appels d'offre.

> Je pense que c'est de la saine compétition dans mesure où la qualité est au rendez-vous, après ça c'est l'offre de services qui prime. (Direction Adjointe-4)

Les relations avec les agences privées tourmentent les adjoints pour ce qui concerne la qualité des services et les coûts. C'est un secteur d'activité qui est peu réglementé, ce qui impacte sur la qualité des soins et services. Les préposés de ces agences sont souvent peu, voire non formés. Il est très difficile pour le CISSS/CIUSSS d'effectuer un suivi des situations. La qualité est donc un dossier complexe quand il est question des agences privées. Un adjoint estime que 90% des plaintes concernant la qualité se rapporte aux services fournis par des agences à domicile. Les CISSS/CIUSSS ont peu de prise sur l'organisation du travail dans les agences privées, mais ce partenariat, bien que souvent peu satisfaisant, semble prendre forme et s'étendre, principalement pour des raisons financières (bas coût des services), et de facilité d'organisation des services (en raison de la présence et de l'accès à ce ces agences dans certaines territoires).

Avec les RPA, les liens sont plus formalisés, de deux manières : par la démarche de certification et par des ententes de rehaussement des services pour les personnes qui attendent un milieu d'hébergement public.

> Ce sont des ententes qui viennent baliser […la] relation d'affaires. (Direction Adjointe-4)

En considérant les efforts qui sont déployés pour « prendre soin » de ces partenaires que sont les RPA, on peut sans doute affirmer que ce partenariat public-privé est celui qui a évolué le plus rapidement et le plus amplement au cours des dernières années. La certification des RPA est standardisée, mais demeure tout de même de la variabilité, au niveau de la vision des services, de la qualité des relations, etc. Par exemple, la conception de services universels (du SAD) et celle des services à la carte (du privé) s'entrechoquent parfois. De plus, subsiste de la variabilité dans la manière qu'ont les RPA de travailler avec les CISSS : certaines font valoir davantage leur côté mercantile,

d'autres expriment plus de convergence avec les principes et valeurs du système de santé et de services sociaux public.

Différents dispositifs ont été mis en place pour faciliter les liens avec ces partenaires : des milieux ont dédié des infirmières aux clients des RPA, d'autres donnent à un coordonnateur la mission de faire connaitre le CIUSSS dans la communauté et réaffirmer les relations de partenariat avec les RPA, principalement pour éviter les visites à l'urgence des résidents de RPA. D'autres milieux disposent même d'un chef qui s'occupe de chacun des groupes de partenaires (RI, RPA, OC) ou un coordonnateur entièrement dédié aux RPA. Les moyens prennent différentes formes, mais toujours dans le but d'effectuer un travail de proximité avec les RPA, pour améliorer la qualité et la sécurité des résidents, pour les aider à bien préparer leur certification et s'assurer qu'elles comprennent et rencontrent les exigences ou encore pour les soutenir quand elles doivent naviguer dans le système de santé.

Un bémol a été mentionné concernant les RPA : Les coûts ne correspondent pas toujours aux capacités financières des usagers. L'argument a été avancé principalement pour Montréal, mais il est valable aussi pour d'autres territoires : Il y a un enjeu de qualité pour les RPA habités par des résidents en manque de moyens financiers.

> L'enjeu montréalais avec les RPA, c'est qu'il manque de résidences pour les personnes âgées à faibles ou moyens revenus. Donc, les résidences où ça coûte entre 3000$ et 5000 $, par mois, il n'y a pas de problèmes et on n'en entend pas parler, les gens se paient les services dont ils ont besoin. Mais les RPA qui sont moins *glamour* où il y a cohabitation de toutes sortes de problématiques (par exemple des problèmes d'alcoolisme, d'itinérance), là ça arrive que le téléphone sonne. (Direction Adjointe-2)

Mais globalement, des modalités sont négociées entre la RPA et le SAD. Le CISSS/CIUSSS pourra payer une place et des services au sein de RPA pour certaines

personnes, afin d'éviter l'hospitalisation à moyen terme, ou d'octroyer une place dans une RI ou CHSLD, plus onéreuse et moins adaptée à la personne.

> Prenons un client qui n'est plus capable de rester à domicile parce qu'il a besoin de surveillance 24 sur 24 et qu'il n'est pas capable de se payer une RPA à 3500$. Ce qu'on offre, c'est de l'intégrer dans une RPA en soustrayant du bail une portion des services. C'est moi qui vais l'offrir, mais c'est la RPA, le personnel de la RPA qui va les dispenser. Donc, [c'est la RPA] qui va me facturer ces services. (Direction Adjointe-2)

Globalement, la présence de nouveaux acteurs privés dans le secteur de l'hébergement appelle des changements de rôles et de pratiques. L'accroissement du nombre de RPA à connaître, sans oublier la fermeture de petites RPA qui n'arrivent pas à suivre les exigences de la certification, représentent sans aucun doute un pivot autour duquel s'opèrent plusieurs transformations et se génèrent des inconforts, voire des distorsions dans les mandats qui sont confiés aux CISSS/CIUSSS qui doivent à la fois soutenir, accompagner et sanctionner ces partenaires.

4.1.5 La trajectoire des patients hospitalisés, un enjeu crucial avec les RPA

Pour certains gestionnaires SAPA, le partenariat avec l'usager et les proches aidants seraient de meilleure qualité depuis la Loi 10, du fait de la centralisation de l'ensemble des soins et services en un seul CISSS ou CIUSSS. La trajectoire de soins et l'accès aux soins et services seraient plus claires pour l'ensemble des acteurs.

> La loi 10 pour un usager en SAPA, je dirais que c'est transparent pour lui. Il ne doit pas voir que la direction a changé, que les structures ont changé. Lui, ce qu'il veut, c'est avoir une réponse à son besoin […]

> La loi 10, c'est ça, elle doit être transparente pour l'usager. En tous cas c'est ce qu'on a essayé de faire depuis le début. (Direction-4)

> Il y a eu quand même des côtés bénéfiques, à cette intégration-là. Je pense que pour le volet usager, il n'était pas rare qu'il y ait des guerres de clochers entre les établissements. « C'est mon client, ce n'est pas ton client. Je ne le prends pas, tu le gardes, etc. » L'usager était pris en otage dans les structures. Là, il n'y a plus ça, il n'a plus à raconter 15 fois son histoire, et à défendre son dossier. Il y a qu'[une organisation], une seule et unique, puis c'est nous qui le desservons. (Direction-3)

L'enjeu d'envergure demeure la trajectoire des personnes devant sortir de l'hôpital. Ainsi, les besoins ou les problèmes de l'hôpital sont maintenant ceux du CISSS/CIUSSS. Quand il faut sortir les patients des lits d'hôpitaux, cela devient l'affaire prioritaire du SAD. Certains ont mis en place une équipe spéciale pour gérer les parcours de services et de soins de ces personnes.

> Une *SWAT team* qui travaille, infirmières et TS, pour [faire] sortir les gens vers la communauté et mettre en place un panier de services adéquats dans un délai raisonnable. (Direction-3)

En principe, ces moyens permettraient de diminuer les coûts, ce qui est une préoccupation majeure des gestionnaires, et de répondre au risque de maladies nosocomiales liées à l'hospitalisation. Mais ici, le manque de ressources humaines et financières fragilise la pérennité de cette alternative. La direction accepte, dans ces circonstances, que des projets subissent un déficit budgétaire.

> Actuellement on ne fournit pas, puis on est régulièrement en déficit dans le sens que les gens perdent de l'autonomie, se ramassent à l'hôpital puis là, la famille dit « je ne veux pas le reprendre ». On ne

> veut pas les laisser à l'hôpital en attendant leur place en hébergement. Donc, on fait ce qu'on appelle de l'hébergement à domicile, et on manque de budget pour le faire, mais on le fait quand même, donc en se mettant en déficit parce que de le garder à l'hôpital ça coûte plus cher. (Direction-5)

Chose certaine, sans les RPA, les CISSS/CIUSSS ne réussiraient pas à répondre aux besoins de la clientèle, évidemment pour ce qui concerne l'hébergement (car le nombre de places dans le réseau public stagne depuis des années alors que les besoins augmentent nettement), mais aussi pour faciliter les transitions entre des hospitalisations et des retours à domicile ou encore lorsque les demandes d'hébergement en CHSLD ont été initiées alors que la personne était hospitalisée, et que le temps d'attente doit se faire en-dehors de l'hôpital.

> Les principaux acteurs de liaison hospitaliers sont en arrimage très étroit avec les équipes SAD et tout le volet des niveaux de soins alternatifs [NSA], quand les clients doivent quitter l'hôpital rapidement, on est en action continue. Alors, ça c'est un beau continuum de services. (Direction-4)

Recourir aux RPA permet donc de libérer des places d'hôpital pour d'autres personnes qui ont besoin de cette infrastructure de soins, de répondre aux besoins quotidiens de la personne sans mobiliser le personnel du CISSS/CIUSSS déjà surchargé, de minimiser les effets nosocomiaux liés à une prolongation d'hospitalisation non requise par l'état de santé de la personne et de réduire les coûts d'une prise en charge publique des besoins d'assistance et de surveillance. C'est dans cette logique que la RPA reçoit une compensation financière du CISSS/CIUSSS pour donner ces services à la hauteur des besoins de l'usager identifiés par l'évaluation prestée par les intervenants du réseau public (hôpital ou SAD principalement).

4.1.6 Attirer et retenir du personnel, surtout en CHSLD

Les directions SAPA mettent de l'avant l'importance de la pénurie et du roulement de personnel dans tous les secteurs d'emploi (préposés, nutritionnistes, travailleurs sociaux, infirmières, etc.). Mais la problématique principale du manque de main d'œuvre semble provenir des préposés en CHSLD. La « mauvaise publicité » faite aux CHSLD a, selon eux, des impacts sur les travailleurs et rend le milieu moins attractif.

> Tout ce qui concerne les CHSLD pour moi c'est une souffrance en permanence. Et ça, je vous dirais, c'est la manière dont on est malmenés au niveau des médias, dont le personnel. Les résidents arrivent en CHSLD et ils sont terrorisés parce qu'ils ont l'impression qu'ils entrent à Auschwitz, un camp d'extermination. (Direction-5)

> Ce n'est pas *glamour*, ce n'est pas valorisé, c'est presque rendu gênant maintenant [de travailler en CHSLD]. Les préposés me disaient : « moi, dans ma famille, quand il y a une nouvelle dans les journaux et qu'après ça il y a une réunion de famille, je me fais interpelée : « c'est de la m… chez vous, vous comptez le nombre de couches, vous servez des patates en poudre », ils sont même honteux de dire qu'ils travaillent en CHSLD. (Direction-5)

Bien entendu, pour mieux travailler, les gestionnaires aimeraient pouvoir compter sur des ressources humaines stables, en quantité suffisante et bien formées. Par exemple, ils aimeraient trouver des mesures de soutien pour alléger la charge et le rythme de travail des infirmières et ainsi attirer et maintenir les nouvelles infirmières en CHSLD, ou encore, régler la pénurie de PAB. De plus, en hébergement comme à domicile, les portraits cliniques des clientèles sont de plus en plus complexes. Le niveau de perte d'autonomie est plus important (incluant à domicile), ce qui exige un niveau de compétences professionnelles élevé, surtout lorsque la situation clinique contribue à l'épuisement du réseau d'aidant.

> Il n'y a pas si longtemps, en CHSLD, tu pouvais arriver là avec ta voiture, tu débarquais là avec ta valise. Là, on est dans des univers totalement différents. Ce n'est pas péjoratif, mais c'est quasi des mouroirs. Les gens arrivent quasiment en palliatif, en CHSLD. Leur moyenne d'âge est d'à peu près 82-84 ans à l'admission et la durée [de leur séjour] est d'à peu près 18 ou 24 mois. (Direction-3)

Le manque de main d'œuvre a donné lieu à différentes stratégies de recrutement et de formation, ou encore à une délégation de certaines tâches à du personnel d'agences privées. Ceci entraine ici aussi un enjeu en termes de qualité des services.

4.2 Le point de vue des responsables des EÉSAD

Les EÉSAD forment un type d'acteurs particuliers du réseau de service, compte tenu de son histoire, de sa mission et de son mandat. Quoiqu'étant reconnues comme des entreprises, leur mandat historique est de donner un service à des personnes en respectant une mission sociale. Partenaire historique de CSSS dans la prestation de service, elles ont vu leur rôle se transformer au moment de la Loi 10, lors de la mise en concurrence de leur service avec celui des agences privées de service. Nous présentons ici les propos des responsables d'EÉSAD.

4.2.1 Du changement dans la continuité : La relation entre les CISSS/CIUSSS et les EÉSAD

Pour les responsables des EÉSAD, les CISSS et les CIUSSS sont considérées comme d'importants partenaires, de longue date. Plus exactement, les EÉSAD furent longtemps en lien avec les CSSS pour la dotation des services aux personnes en perte d'autonomie à domicile, et inscrites de ce fait, dans un territoire local qui déterminait leur champ d'action, que ce soit en termes d'activités à la vie domestique (AVD) ou en termes de recrutement de main d'œuvre. En ce sens, le lien d'affaires permettait aux EÉSAD de garder leur mission sociale telle qu'elle fut pensée au moment de leur naissance, dans les

années 1990. La nouvelle conjonction relative à la fusion des CSSS en CISSS et CIUSSS engage encore davantage les EÉSAD dans une relation d'affaires, puisque ces entreprises deviennent alors responsables d'un nombre important de SAP financés, en partie, par les CISSS et CIUSSS.

> Le CISSS, c'est notre meilleur client et c'est un partenaire majeur pour la coop […] Nous sommes une EÉSAD et dans le nom il y a le mot « sociale » et donc on partage des valeurs sociales et c'est très important l'humain chez nous. Mais il y a aussi le mot « économie » donc quand je parle avec le CISSS c'est comme si je faisais de la business un peu avec eux, c'est comme ça que je le vois. Si j'étais en entreprise privée, je ferais attention à ce client-là. On fait du partenariat ensemble et on fait des belles affaires ensemble (EÉSAD-4)

En ce sens, les gestionnaires d'EÉSAD tiennent à leur relation d'affaires privilégiée avec les CISSS et les CIUSSS. Cette relation tient aussi aux expertises cliniques qu'apportent les CISSS et CIUSSS, mais que ne peuvent fournir les EÉSAD qui, elles, demeurent responsables de fournir les SAP.

> On travaille avec les CISSS et CIUSSS et on a de belles heures qui nous sont référées et on a besoin du CISSS car quand tu arrives dans le répit ou les soins à la personne, nous on n'a pas d'ergo ou de TS, nous on dispense les services et on a besoin, quand on a des clients plus problématiques, de l'expertise du CISSS. (EÉSAD-4)

Cette collaboration tient aussi, dans certains territoires, à une proximité entre acteurs spécifiques des organisations. Cette proximité n'a pas nécessairement disparu avec la fusion des CSSS. Le partenariat a su parfois se développer et se perpétuer malgré l'avènement des CISSS et CIUSSS. En ce sens, dans certains territoires, les

CISSS/CIUSSS et les EÉSAD ont su garder une complémentarité nécessaire pour l'atteinte des objectifs respectifs.

> Pour le CISSS on a des bonnes personnes au SAPA […] On a un beau partenariat dans le sens où ils reconnaissent ce qu'on fait pour eux. On prend beaucoup de soins d'hygiène et on les dépanne beaucoup et ils nous reconnaissent. Ils nous aiment parce qu'on les dépanne et on est présent, on veut donner une belle qualité de services et on veut être reconnus aussi. Mais d'un autre côté, quand il est arrivé un moment où on a eu des difficultés de personnel, j'ai pu me tourner vers eux et ils m'ont dit « oui, on va t'aider ». C'est comme donnant-donnant. (EÉSAD-4)

Le CISSS/CIUSSS demeure le principal partenaire d'affaire avec les EÉSAD. Mais le rôle des EÉSAD est important pour les gestionnaires de SAPA, puisque ces derniers viennent fournir une gamme de SAP à des moments-clés de la trajectoire de santé des personnes âgées. Les EÉSAD viennent compenser le manque de services fournis par les auxiliaires en santé et services sociaux (ASSS) du secteur public, limités en nombre.

> Pour nous, la majorité de la clientèle nous est référée du CLSC ou des achats de service du CLSC. On a aussi les sorties d'hôpital. Des intervenantes des centres hospitaliers nous réfèrent des clients parce qu'ils rentrent à l'hôpital, ils se font opérer puis le lendemain il faut quasiment qu'ils soient sortis et avec des services de chez nous. Il y a les centres de réadaptation puis il y a du bouche à oreille aussi, puis il y a les partenaires autour, l'APPUI ou la Société Alzheimer. (EÉSAD-3)

Est-ce que la fusion des CSSS en CISSS-CIUSSS a transformé radicalement la relation des EÉSAD avec les organisations publiques ? Pour la plupart, aucun changement a été observé en termes de services, que ce soit au niveau de la quantité ou de la qualité, pas

plus que cela n'a occasionné d'effets sur les conditions de travail des employés d'EÉSAD. Par contre, la transformation a porté surtout sur l'harmonisation du service de référencement.

> Il y a eu un temps où tout a été mis sur la glace. Le référencement de nouveaux clients pendant quasiment un an, c'était au compte-goutte, pas parce qu'ils refusaient de nous envoyer de la clientèle, mais à un moment donné il fallait qu'ils gèrent les changements internes. (EÉSAD-1)

Plus globalement, la transformation des liens entre EÉSAD et service public a été plus progressive, et ne dépendait pas uniquement de la transformation du réseau. Il existe des initiatives amorcées du temps des CSSS qui se sont concrétisées ou prolongées après 2015, comme l'ajout des services de répit et des SAP suite au besoin observé dans la population, et ce, avant la fusion.

> Au niveau du répit, en 2008, il y a eu un programme qui a été mis sur pied, encore par le MSSS, pour offrir des services de répit aux proches aidants […] Il y a plusieurs organismes qui étaient spécialisés dans les services aux proches aidants qui ont levé la main pour prendre ces enveloppes-là. De notre côté ici, on a repris une enveloppe d'une société Alzheimer qui l'a laissée tomber. À ce moment-là, le CSSS nous a contacté pour savoir si ça nous intéressait de le faire en 2011 […] Au niveau des soins d'assistance à la personne, on voyait que c'était un besoin de la clientèle et que le réseau était surchargé, donc on a développé tranquillement l'expertise et au niveau de notre fédération provinciale […] on développe un peu chaque année ces services-là. (EÉSAD-5)

Plusieurs responsables d'EÉSAD de la région de Montréal ont souhaité démontrer le caractère distinctif de la métropole pour le lien de collaboration entre EÉSAD et les

CIUSSS. Selon eux, Montréal serait une situation plus complexe du fait de la présence sur le territoire de cinq CIUSSS différents, alors-même que les EÉSAD sont distribuées sur une autre logique territoriale.

> Montréal, contrairement aux autres régions du Québec, c'est un petit peu particulier, ça ne peut pas être traité tout à fait de la même façon que les régions à cause de plusieurs éléments. Il y a, je pense 5 CIUSSS si je ne me trompe pas sur l'Île de Montréal, alors qu'ailleurs en région, il y a un CISSS ou un CIUSSS, point final. Le territoire de service n'est pas du tout le même, il y a des zones particulières à gérer pour chaque EÉSAD (EÉSAD-2)

Les mêmes gestionnaires d'EÉSAD ont souhaité également mettre de l'avant le rôle central de l'ethnicité et de la pauvreté urbaine, qui a des impacts directs autant sur les services fournis aux personnes que sur le profil de recrutement des employés.

Enfin, puisque le service fourni par les préposés d'aide à domicile des EÉSAD se donne au domicile, il peut aussi s'effectuer dans des RPA, considérant que ce type de résidence demeure un milieu familial et domestique pour le MSSS. Mais ce type de collaboration n'a rien d'évident. La difficulté provient surtout de l'intégration de ces travailleuses externes dans les murs d'une RPA. Certaines gestionnaires de RPA tentent, parfois, de gérer le personnel des EÉSAD, afin, par exemple, de s'assurer de la qualité des services prodigués.

4.2.2 Un langage partenarial qui cache une relation de pouvoir

Une critique importante transmise par les responsables d'EÉSAD porte sur le manque de moyens financiers fournis par les CISSS et CIUSSS pour la réalisation des SAP. Quoi que les CISSS et CIUSSS soient présentés comme des partenaires d'affaire privilégiées des EÉSAD, les moyens financiers pour réaliser les SAP sont plafonnés. De ce fait, les gestionnaires d'EÉSAD critiquent le manque de moyens financiers fournis par le secteur

public dans les protocoles d'entente, ce qui détonne avec le discours des CISSS et CIUSSS prônant les avantages d'un partenariat fort.

> Je trouve que notre bon gouvernement parle des deux côtés de la bouche en même temps. On veut avoir des services de qualité, on veut favoriser les entreprises d'économie sociale, on vous aime beaucoup, vous êtes nos partenaires privilégiés puis on veut que vous vous développiez. On veut vous faire faire des AVQ, du répit, etc., mais on n'a pas de budget à mettre là-dessus, et là, il faut que ça coûte le moins cher possible (EÉSAD-2)

Ce point permet de mettre en lumière un aspect majeur de la relation EÉSAD-CISSS/CIUSSS. Quoi que le langage partenaria; démontre une volonté de faire des deux acteurs des partenaires de services et de soins aux aînés, le pouvoir appartient surtout aux gestionnaires des CISSS/CIUSSS qui imposent un montant spécifique pour chaque SAP. Le langage partenarial, nécessaire à utiliser pour les gestionnaires d'EÉSAD s'ils veulent que leurs entreprises survivent, cachent une relation de pouvoir influencée par la dépendance des entreprises vis à vis leur principal client. Le coût des services demeure une preuve claire de cette relation. Si le CISSS et CIUSSS souhaitent que les services soient donnés au plus bas coût, les gestionnaires d'EÉSAD sont préoccupées par la qualité des services fournis, par la formation du personnel et par leurs conditions de travail (salaires, précarité, assurances collectives…). La comptabilisation financière des heures de travail et des déplacements est un exemple clair de cette relation de pouvoir.

> Moi ce que je trouve plus difficile c'est quand ils veulent me couper des blocs d'une heure d'aide au déplacement. Quand on fait des services d'aide à la personne, moi, c'est minimum 25$ pour aller faire un soin d'hygiène à une madame à la maison. Il faut que je paye l'employée à partir de chez elle, elle prend sa voiture et paye du kilométrage, il faut que j'aie au minimum une heure. Mais quand on parle en haut avec la direction du CISSS, pour eux, ils se demandent

> s'ils peuvent couper à 15 minutes et faire des demi-heures mais moi je ne peux pas faire des actes délégués pour 10$ là. Ce n'est plus dans les chiffres ça, on recule de 30 ans là. C'est ça que j'ai de la difficulté, ils sont toujours en train de vouloir gratter les cennes. (EÉSAD-4)

Selon les gestionnaires, que le CISSS/CIUSSS fournisse des garanties en termes de financement contribuerait à faire des EÉSAD de vrais partenaires. La planification des services et des ressources serait facilitée pour tout le monde. De plus, cela contribuerait à rencontrer l'objectif de permettre aux aînés de rester à domicile plus longtemps et dans de meilleures conditions sociales et de santé. Le partenariat efficace touche aussi aux délais et à la gestion du changement. Certains ont aussi mentionné leur désir de voir l'aide financière bonifiée pour les clients et, surtout, que l'information à propos des critères d'accès à ces subventions et aux services possibles soient mieux diffusée.

> C'est sûr que moi c'est le client qui est au centre de mes préoccupations quand je prends des décisions. Tout ce qui est « aide financière », on a des clients de plus en plus pauvres, au niveau de l'entretien ménager il y a une possibilité d'aide financière, mais au niveau des soins à la personne, c'est très peu que les gens ont comme aide et il y en a qui ont énormément de besoins et pas beaucoup de ressources financières, donc c'est certain que dans les années à venir, il va falloir travailler des orientations. Les gens vont de moins en moins en hébergement, les cas sont de plus en plus lourds à domicile, c'est sûr qu'il va falloir qu'il y ait de l'aide financière pour aider ces gens-là. (EÉSAD-4)

> Souvent, ce qui fait mal au cœur ce sont des clients qui nous arrivent et qui disent « avoir su que vous existiez il y a trois ans », puis ils sont déjà au bout du rouleau. (EÉSAD-1)

Autre preuve de cette relation asymétrique, certains gestionnaires d'EÉSAD tentent d'imaginer quelle pourrait être leur mission d'ici quelques années, telle qu'elle sera imposée par le MSSS. Certains mandats sont nouveaux pour les EÉSAD (ex. les SAP), mais d'autres pourraient leur être demandés à l'avenir. Ici, un point important porte sur la mise en concurrence des EÉSAD avec d'autres acteurs du soin à domicile, c'est-à-dire les agences privées.

> Le Ministère dans sa tête, moi j'ai l'impression qu'il s'attend à ce que les entreprises d'économie sociale, pour toutes sortes de raisons, fassent exactement ce que les agences font actuellement. Ça peut être des soins personnels, des soins d'hygiène, changer des pansements, éventuellement donner des médicaments, prendre la pression, ces choses-là. Il y a des entreprises en région, je pense qui le font déjà […] ce ne sont pas les soins de base, ils sont rendus plus loin que ça. Moi je ne suis pas contre, il faut voir comment ça va être préparé et comment nos gens vont être formés et appuyés. (EÉSAD-2)

En fait, les appels d'offre ne sont pas développés en prenant en compte les EÉSAD comme un partenaire incontestable des CISSS et CIUSSS, du fait de leur mise en concurrence avec les agences privées. Un gestionnaire d'EÉSAD propose de consolider le partenariat en insérant une clause favorisant les EÉSAD.

> Puis d'autre part, ben, est-ce qu'un jour il y aura des clauses dans les appels d'offre qui pourront favoriser les entreprises d'économie sociale comme ça existe dans d'autres pays, des clauses sociales dans les appels d'offre qui font qu'il y a à peu près juste des entreprises d'économie sociale qui devraient pouvoir se qualifier, ce qui n'est pas le cas actuellement. (EÉSAD-2)

4.2.3 Des marges de manœuvres variables pour les gestionnaires d'EÉSAD

Est-ce à dire que les EÉSAD ne profitent pas d'un mode de gestion qui lui est propre ? Doivent-ils nécessairement accepter l'ensemble des demandes de services transmises par les CISSS et CIUSSS ? Les gestionnaires d'EÉSAD détiennent de l'autonomie dans leur mode de gestion, mais sous certaines conditions variables selon les territoires. Par exemple, certains gestionnaires mettent de l'avant le fonctionnement historique des EÉSAD et l'impact de leur conseil d'administration dans les décisions à prendre.

> Ils [les CISSS/CIUSSS] n'ont pas de regard de gestion ici du tout. Nous ici c'est nos membres du conseil d'administration, et ce n'est pas personne d'autre qui vient gérer les choses. (EÉSAD-5).

Cette marge de manœuvre, a priori, permet aux gestionnaires d'EÉSAD de refuser des demandes des CISSS et CIUSSS si, à l'évidence, elles mettent à risque la santé financière de l'entreprise. Plusieurs disent exercer une politique du « *take it or leave it* » en réponse au CISSS et CIUSSS qui insistent sur une diminution des coûts de service des EÉSAD, sur une flexibilisation des horaires (soirs et fins de semaine). D'autres gestionnaires d'EÉSAD mentionnent leur volonté d'utiliser la table de concertation SAPA, qui offre des occasions d'échanges, de collaboration et de concertation avec les autres organismes du territoire, pour faire valoir leur point de vue. La solidarité entre les EÉSAD d'un territoire quant aux coûts des services ou encore les efforts qui sont faits pour offrir des horaires de travail attrayants, à défaut de conditions de travail égales à celles des auxiliaires du réseau public, de même que la diversification des services proposés, occupent les EÉSAD dans leur recherche d'équilibrer la demande et l'offre de services, la qualité et le manque de ressource, le développement social et la santé économique de leur entreprise. Il est par exemple question, pour certains gestionnaires, de refuser de donner des SAP compte tenu du coût que cela représente pour leur entreprise.

> Je me suis même questionnée par rapport à mes aides au lever et l'aide à la personne, les SAP, jusqu'où je continuais dans ce domaine-là parce que ça me crée tellement de lourdeur administrative par rapport aux AVD. C'est vraiment beaucoup plus lourd au point où je me suis

> dit : « Est-ce que je continue à l'offrir ce service-là? Est-ce j'arrête? » Si je perds de l'argent par rapport aux autres services, il y a ça aussi [à considérer]. (EÉSAD-4)

Néanmoins, ces stratégies dépendent étroitement de la situation territoriale de l'EÉSAD, et notamment de la présence d'agences privées qui pourraient priver les gestionnaires d'EÉSAD de toute capacité à utiliser ces marges de manœuvre. Dans le territoire montréalais, du fait de la présence accrue d'agences, de telles négociations sont complexes. Soit les EÉSAD acceptent les missions imposées par le CIUSSS, soit ils tentent de se dégager complètement de l'offre des services des CIUSSS (par exemple, en offrant des AVD « à la carte » pour une clientèle aisée financièrement). Dans les autres territoires, du fait du moins grand nombre d'agences, les EÉSAD ont davantage de capacité à négocier les conditions d'imposition des mandats par les CISSS et CIUSSS … sans pour autant refuser radicalement la nouvelle donne de mise en concurrence et de transformation du mandat, des AVD aux SAP.

4.2.4 Quelle qualité de relation partenariale ? Un manque de communication et de coordination

Dans la relation spécifique qu'entretiennent les EÉSAD avec leur principal client (les CISSS et CIUSSS), les gestionnaires mettent de l'avant le manque de coordination entre les acteurs, principalement par l'ampleur de la demande de service transmise par le CISSS/CIUSSS. Il y a par exemple des attentes très élevées des CISSS et CIUSSS vis-à-vis de la rapidité et la flexibilité avec laquelle les EÉSAD devraient donner les services, y compris lorsque les demandes sont faites à la dernière minute ou encore pour des cas extrêmement exigeants.

> Il y a des périodes de l'année où c'est plus lourd comme le temps des Fêtes. On a reçu [des demandes pour] 30 sorties d'hôpital qui se font d'un coup, puis il faut trouver du monde pour ces gens-là. Ce n'est pas planifié, ils nous garochent ça et il faut pédaler. (EÉSAD-3)

> Donc si le CISSS appelle et nous dit : « On a un nouveau dossier » on leur dit [qu'on va s'en occuper, mais qu']on ne peut pas garder des employés dans un tiroir qu'on sort au besoin. (EÉSAD-5)

La réforme des CISSS et CIUSSS a accentué cette difficulté de communication. Identifier la bonne personne à rejoindre, qu'elle soit intervenante ou gestionnaire, relevait du défi pour les responsables des EÉSAD. La réforme a occasionné des transformations des postes, un changement important des rôles et des fonctions, des changements de locaux et de numéros de téléphone, sans oublier les difficultés avec les services d'appel informatisés.

> Dès qu'il y a eu la fusion, il y a eu un ralentissement. Il y a eu un arrêt de communication. Comme il y a eu un moment où tout le monde devait mettre la main à la pâte à l'interne avant de commencer à s'occuper des partenaires. C'est pour ça qu'il y a eu un arrêt et il y a eu un moment difficile… Et il y avait de l'incertitude aussi… Même les hauts dirigeants ne savaient pas s'ils allaient être là le lendemain matin. Il y a eu comme un bout d'incertitude, donc les discussions ont été difficiles au départ, mais ça, c'est derrière nous, même s'il y a encore du travail à faire. (EÉSAD-4)

D'autres gestionnaires regrettent la lenteur décisionnelle, l'immobilisme, l'incapacité à planifier le changement et anticiper les besoins de la population, ainsi que la lourdeur administrative des nouvelles organisations. Ces difficultés ont pour effet d'empêcher les partenaires de s'organiser de façon à pouvoir répondre adéquatement aux besoins de la population. Par contre, le soutien au partenariat s'est formalisé dans quelques milieux. Par exemple, dans un cas, il y a eu des rencontres bipartites pour rédiger une trajectoire de services par écrit afin de faciliter les échanges entre les travailleuses sociales et l'EÉSAD, de manière à atténuer les bris de communication dus au roulement de personnel.

> Étant donné qu'il y avait du roulement dans le personnel cadre et qu'il y avait aussi beaucoup de roulement au niveau des TS (et nous c'est beaucoup avec des TS qu'on travaille) le référencement ne marchait pas. On appelait, et ce n'était plus cette TS-là qui s'occupait de ce client parce que les territoires avaient changé… alors il fallait trouver la nouvelle TS pour faire notre suivi. Donc, on s'est assis, la coop et le CISSS, et on a fait une trajectoire de services. On l'a fait par écrit et là en ayant une trajectoire par écrit : si la TS nous appelait on lui disait « regarde, réfères-toi à tel document, c'est comme ça qu'on va fonctionner dorénavant », ça a facilité beaucoup nos échanges. (EÉSAD-4)

Aussi, un CISSS a créé un poste de courtière de services comme personne de référence pour faciliter les échanges et cela semble avoir été bénéfique, autant pour l'EÉSAD que pour les intervenants du CISSS, ce qui semble avoir solutionné efficacement plusieurs problèmes et irritants.

> La TS a une panoplie de programmes payeurs et dépendamment du client, il y a une grille d'évaluation; donc la TS nous appelait et elle disait : « Je ne sais pas dans quel programme le mettre, mais allez donner le service ». Mais quand on arrivait pour faire la facturation, on ne savait pas dans quel programme, à qui facturer, […] il y a 7-8-9 programmes et nous on ne les connaît pas tous […] Donc la courtière a ramené de l'ordre dans ça, elle connait tous les programmes et elle peut dire à la TS « monsieur Untel, il va entrer en mesure de relève ». L'information arrivait correctement à la coopérative, et on savait dans quel programme facturer. Donc elle a mis beaucoup d'ordre dans ça la courtière de services, c'est comme notre lien au CISSS en réalité pour toutes les problématiques qu'on a. On travaille en partenariat avec elle. Ç'a été implanté il y a peut-être 3 ans donc maintenant, ça va

> bien. Ça coule bien pour le suivi, la trajectoire est connue et on n'a plus trop de problématiques qui arrivent. (EÉSAD-4)

Au niveau du continuum de services, certains responsables d'EÉSAD estiment qu'il n'y a pas eu beaucoup d'impact sur la clientèle alors que d'autres identifient des effets directs sur les clients qui ont été moins bien desservis et qui ont eu accès à moins de services. Il semble que, dans certains territoires, il y a eu une réelle décroissance des activités et des communications entre les CISSS/CIUSSS et les EÉSAD.

> J'ai l'impression que pour les services d'entretien ménager, d'aide aux repas, d'aide aux courses, ça a beaucoup diminué, beaucoup, beaucoup, beaucoup. Il y a quelques années, c'était permis de recevoir un 3h à toutes les semaines, maintenant c'est peut-être un 3h à toutes les deux semaines, ou un 2h à toutes les deux semaines et ça diminue. L'accessibilité est moins là [... et] c'est un peu trop cartésien que de voir que c'est juste de l'entretien ménager. C'est beaucoup plus que ça. C'est au-delà de ça. (EÉSAD-1)

Le travail de coordination porte aussi sur le découpage territorial de l'offre de services selon les EÉSAD. Les EÉSAD souhaitent pouvoir avoir droit à un découpage juste et égal du territoire régional pour offrir des SAP. Mais les CISSS/CIUSSS ne sont pas toujours proactifs dans l'établissement de cette cartographie de services, ce qui pousse les EÉSAD à agir en amont, pour éviter une relation concurrentielle entre entreprises de même nature.

> On est trois EÉSAD, on essaye de s'harmoniser et d'avoir une offre des services similaire à travers le territoire, ce qu'on a fait nous de notre côté, mais il n'y a rien qui a bougé du côté du CISSS/CIUSSS, il n'y a rien qui a avancé. Un moment donné on arrête d'attendre, on arrête de leur courir après et on fait nos affaires et on développe d'autre chose. (EÉSAD-5)

Généralement, les EÉSAD disent devoir être proactives dans les communications car les CISSS/CIUSSS ne prennent pas les devants pour améliorer l'offre de services. Ceci illustre le déséquilibre dans les communications et les relations, ce qui peut devenir très frustrant pour les EÉSAD qui considèrent que la non-planification est responsable de plusieurs difficultés.

> Il y avait des choses qui étaient sur le point de débloquer, mais là quand il y a eu la fusion, ils ont dit « il faut attendre de voir la volonté du MSSS […] puis depuis ce temps-là, ils disent : « OK, on va vous transférer les dossiers, le P1, P2 et P3 [des profils de perte d'autonomie légère], il faut qu'on évalue ce qu'on a… » et là, ça fait 3 ans qu'ils évaluent. (EÉSAD-5)

Améliorer les mécanismes de communication a été souligné à maintes reprises comme une solution importante au maillage entre EÉSAD et CISSS/CIUSSS. Ainsi, les responsables d'EÉSAD espèrent voir se mettre en place des moyens pour mieux échanger les informations. Selon certains d'entre eux, le manque de communication empêche les deux acteurs de pouvoir collaborer efficacement, compte tenu d'un manque d'interconnaissance.

> Ce n'est pas toujours évident, si j'envoie un courriel des fois ça prend quelques semaines, des fois des mois avant d'avoir un retour. Mettre en place des façons de faciliter les échanges d'information, de se rapprocher, d'apprendre à se connaître plus car même si on pense qu'on se connaît, on ne se connaît pas. Moi je trouve qu'on est loin d'eux autres. (EÉSAD-4)

4.2.5 Pénurie de personnel et relations conflictuelles entre types de personnels

Un enjeu d'envergure, qui ne se limite pas aux EÉSAD, porte sur le manque de personnel qui est de plus en plus criant. Dans certains territoires, le manque de personnel

occasionne une incapacité des EÉSAD à offrir le maximum de services possibles. La rotation du personnel conduit aussi les gestionnaires d'EÉSAD à devoir trouver fréquemment de nouveaux préposés d'aide à domicile. Cette pénurie est étroitement liée aux difficultés des EÉSAD à offrir un salaire concurrentiel aux auxiliaires du secteur public.

> C'est beau de dire « on met le salaire minimum à 15$/heure », mais nous, on est entre 12 et 15$/heure présentement donc il faut augmenter les salaires pour être capable d'aller chercher ces gens-là, pour être capable d'offrir des services de soir, de nuit et de fins de semaine. Là présentement on le fait et on offre les services soir-nuit-fins de semaine, mais il faut être capable d'avoir du personnel, qu'il faut former; il faut mettre du temps et des ressources sur ces gens-là et ça, ça se paye aussi (EÉSAD-4)

> Le défi c'est le recrutement. Alors une fois qu'on va pouvoir trouver des solutions un peu plus permanentes à ce problème-là… parce que ce n'est pas la demande qui fait défaut (les clients sont là, ça va bien), ce qui nous freine, c'est le recrutement... (EÉSAD-1)

La pénurie du personnel provoque plusieurs conséquences négatives. Les gestionnaires d'EÉSAD doivent dépenser beaucoup d'heures de travail pour attirer et retenir du personnel. Le roulement de personnel nécessite un investissement important en intégration de nouveau personnel, et conduit aussi à des conséquences en termes de services entre les préposés et les usagers.

> On est toujours en train de recruter et en train de faire des changements dans les dossiers, certains partent, d'autres diminuent leurs heures, ils déménagent, ils changent de région, ils ont trouvé autre chose de plus payant, il y a toutes sortes de raisons, c'est à l'infini… (EÉSAD-5)

> La difficulté majeure à travailler avec le réseau c'est la rotation de personnel. Parce qu'au fur et à mesure qu'on a des gens qui savent quelle est notre offre de service et comment travailler avec nous, il y a une modification, il y a un changement et c'est à recommencer. (EÉSAD-1)

L'enjeu majeur de l'attraction et de la rétention de la main d'œuvre des préposés porte principalement sur le faible salaire. Les EÉSAD tendent à se distinguer des agences privées en fournissant un salaire souvent plus avantageux (aux alentours de 15$ par heure), mais ceci ne suffit pas à stabiliser efficacement le personnel. Par ailleurs, certaines EÉSAD parviennent à fournir un salaire proche du minimum légal, alors que les employés doivent assurer des SAP comparables, en termes de complexité et de responsabilité, des AVQ. Quoi qu'il en soit, une complexité majeure du lien entre CISSS/CIUSSS et EÉSAD porte sur un double processus : une dotation de services des CISSS/CIUSSS aux EÉSAD, mais une concurrence forte entre le salaire des ASSS du secteur public et des préposés des EÉSAD.

> Nous on paye nos préposés d'aide à domicile 12,25$. Donc le 12,25$ pour une personne qui vient travailler physiquement chez nous et qui n'est pas capable de faire plus de 30-35 heures parce que c'est difficile physiquement, ça devient un problème de recrutement majeur ici. Donc il faut toujours recruter des gens, des gens pour qui c'est un 2ième revenu parce qu'une personne n'est pas capable de vivre avec 30 heures à 12,25$/heure (EÉSAD-2)

La flexibilité des horaires est aussi un enjeu important pour attirer et retenir du personnel préposé. Certains services nécessitent un haut niveau de flexibilité dans l'horaire de travail, comme par exemple les services de répit, que ce soit pour des proches de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou pour les soins palliatifs.

> Quand on parle de répit, au niveau soir et fin de semaine, ça va quand même assez bien parce que si on fait une fin de semaine sur deux par exemple, c'est facile à céduler. Quand on a trouvé notre bonne personne, on peut faire un horaire d'une fin de semaine sur 2 et c'est un service qui est régulier. Si on regarde le répit pour les gens en soins palliatifs, je peux recevoir un appel à 15h00 pour des services la nuit suivante, la personne est en fin de vie et la famille est épuisée. On peut avoir des mois où on a des heures, des heures et des heures et à un moment donné, on dirait qu'il n'y a plus personne, donc c'est très variable les heures qu'on a. Parfois les préposés font beaucoup, beaucoup d'heures et après ça un peu moins. Puis quand ils se retrouvent à travailler de jour, des fois ça ne leur tente plus d'aller travailler de soir ou de nuit. (EÉSAD-4)

A ce titre, en termes d'attraction et de rétention de main d'œuvre, les concurrents principaux des EÉSAD ne sont pas les agences privées, mais davantage les CISSS et CIUSSS. Pour ces organisations publiques aussi, le manque de personnel est criant, alors que le salaire est au maximum de 10$ plus élevé dans le public que dans le privé. Par contre, pour le personnel qui donne uniquement des AVD (et sont, de ce fait, moins payé), il semble que la rétention soit plus simple.

> C'est sûr que nous on est une EÉSAD et on essaye de donner des conditions de travail et des salaires intéressants, mais c'est difficile d'accoter le réseau de la santé surtout au niveau des avantages sociaux quand on parle des fonds de pension, des congés, etc. C'est certain que des fois on forme nos gens à l'interne et des fois les gens partent pour le réseau de la santé, c'est une réalité qu'on vit. On doit vivre avec. Au niveau des soins à la personne, c'est le risque qu'on a car ce sont des auxiliaires familiales donc elles ont la même formation que chez nous. Quand on parle d'entretien ménager souvent on les forme à l'interne et ils ne font pas de soins. On a des femmes qui ne font que

> de l'entretien ménager, ça c'est plus facile de garder cette main d'œuvre-là. (EÉSAD-4)

Cela est sans compter les tensions qui existent entre les préposés du réseau et ceux des EÉSAD. Les deux types de personnel fournissent, a priori, des soins de même nature. Mais il existe des tensions nées de la différence de statut symbolique entre les préposés d'aide à domicile des EÉSAD et les ASSS du secteur public. Les ASSS critiquent fréquemment la qualité du travail fourni par les préposés.

> C'est sûr qu'il y a des petites chicanes quand on descend au niveau du domicile, quand on va dans le même domicile et quand mes préposées croisent les auxiliaires familiales du CISSS, on ressent plus des *games* de pouvoir à ce niveau, entre préposées et auxiliaires quand elles vont au même domicile (EÉSAD-4)

4.3 Le point de vue des directeurs et directrices de RPA

La position qu'occupent les RPA sur le continuum des services n'est pas homogène car les services qu'elles offrent varient en nombre et en nature, selon les ressources. Il existe des RPA de toutes les tailles et qui ont toutes sortes de clientèles, de la perte d'autonomie légère à celle qui présente des besoins qui se rapproche de l'intensité des ressources d'hébergement de longue durée, telles que les RI. Il est donc difficile de considérer les RPA comme une entité spécifique et uniforme.

4.3.1 Partenariat complexe avec le CISSS/CIUSSS concernant les ententes sur les services

Le principal partenaire des RPA est le CISSS/CIUSSS. S'ajoutent quelques autres collaborateurs, surtout pour les loisirs, comme les écoles du quartier ou des villes et villages. Des projets de collaboration avec les municipalités, avec les clubs de l'âge d'or ou avec la paroisse (messe sur place) ont aussi été mentionnés, mais demeurent rare. Le

résident peut choisir de faire affaire avec des ressources externes et la RPA peut l'aider dans ses démarches, mais elle n'est pas liée à des organismes externes, sauf le CISSS/CIUSSS. La RPA demeure à un niveau domicilaire, selon la politique du MSSS.

> C'est sûr que si le résident appelle, nous, on n'a pas de contrôle sur le résident, s'il fait affaire avec une firme externe. Il est chez lui. Nous on ne fait pas affaire avec d'autres entreprises. Souvent, le résident va venir nous voir, souvent c'est parce qu'il n'a pas les moyens, on va l'aider dans ce processus-là. (RPA-3)

A une exception près, l'articulation des services est pensée dans une logique de lien unique entre la RPA et le CISSS/CIUSSS (qui inclue les hôpitaux). Une seule RPA a tenté de faire intervenir les autres RPA de son territoire comme une voie de concertation horizontale souhaitable, mais ses efforts n'ont pas trouvé d'écho. Les relations et les ententes se font donc d'un à un, à la pièce, entre la RPA et le CISSS/CIUSSS. Un participant considère que le CISSS/CIUSSS est plutôt une ressource qu'un partenaire qui répond quand il est appelé par la RPA.

> C'est quelqu'un que je peux appeler quand j'ai besoin. Je suis contente de les avoir. Si j'ai un problème, je vais appeler le service de SAD parce que c'est eux qui s'occupent de ça… (RPA-5)

Les relations avec les CISSS/CIUSSS sont qualifiées tantôt de collaboratives, exemptes d'autorité, tantôt peu fiables quand ils essaient de proposer des ententes à coût moindre ou quand ils tentent de comparer les RPA pour payer au rabais des services fournis par d'autres RPA. Les RPA ont quelques liens contractualisés avec le CISSS/CIUSSS et d'autres qui se définissent selon les besoins des clients. Toutes les RPA ont une entente avec les CISSS/CIUSSS pour l'accréditation de leur ressource, comme le prévoit les règlements des différents ministères pour tout ce qui concerne les mesures de sécurité, les normes du code du bâtiment, etc. Les ententes *ad hoc* concernent par exemple l'achat de places temporaires par le CISSS/CIUSSS ou le paiement pour l'augmentation de services

que la RPA doit donner à un résident, par exemple lorsqu'il est en attente pour un hébergement public.

> J'ai une madame qui a besoin de plus de soins, alors le CLSC m'en paie. Mais c'est nouveau. Ça fait 3 ans qu'on le fait et je n'ai su ça que dernièrement parce qu'une travailleuse sociale qui m'a appelée m'a dit : « cette madame-là vous lui donné beaucoup de services et on peut vous aider », J'ai dit « ah! c'est nouveau! ». Mais c'est assez dur d'avoir de l'aide. Il faut vraiment que la travailleuse sociale travaille de notre bord. (RPA-4)

Mais il y a aussi de nouvelles ententes qui font leur arrivée avec de nouveaux services qui se développent, comme des places catégorisées comme ressources non-institutionnelles (RNI) qui vont s'ajouter aux services dans certaines RPA.

> Maintenant on a eu un contrat des CISSS/CIUSSS avec les RNI. Donc, ils ont commencé à nous envoyer des RNI. On va avoir des lits de RNI, oui. (RPA-3)

Il y a aussi les « RPA+ » qui augmentent les liens financiers entre les RPA et les CISSS/CIUSSS. Mais cette modalité n'est pas encore développée partout. Il s'agit de services payés directement par le CISSS/CIUSSS pour éviter que la personne ne soit intégrée à une RI ou un CHSLD, qui ne sont pas des milieux qui correspondent à ses besoins en termes de soins et services, et qui sont plus coûteux.

> Ce qui a changé beaucoup depuis un an […], c'est que le CISSS/CIUSSS n'envoie plus d'auxiliaires familiales, de moins en moins chez les gens dans RPA. Ceux qui n'ont pas les moyens de se payer des services avec nous, le CISSS/CIUSSS nous paie nous, pour qu'on donne les services. Ce qui leur coûte beaucoup moins cher que d'envoyer [de leur] personnel. Puis ça, ça grossit de mois en mois […]

> Ça se négocie du cas par cas. Le CISSS/CIUSSS va nous aviser par courriel que tel résident, maintenant, c'est nous qui le prenons à notre charge. On a une liste de prix qui est la même pour les résidents et pour le CLSC. Puis après ça, ils nous font un chèque à chaque mois. (RPA-2)

Suite à de mauvaises expériences, certaines RPA exigent maintenant que les ententes pour les rehaussements de services fassent l'objet d'ententes écrites avec le CISSS/CIUSSS qui détaillent non seulement les services qui doivent être ajoutés, mais les modalités de paiement.

> Le CLSC veut qu'on fasse du rehaussement. On en a fait pendant un mois, ç'a été correct, mais ç'a été « *rough* » un peu […] J'ai dit : « je suis prête à prendre mes employés mais je veux avoir une entente écrite et je ne veux pas être obligée de courir après », parce que la dernière fois […] j'ai été obligée de courir […] pour aller chercher mon chèque. Moi, je ne peux pas financer quelqu'un $10 000. Alors j'ai dit : « Non. Il faut que j'aie une entente écrite et qu'on sache exactement quand on va être payés et c'est quoi les modalités ». (RPA-5)

Les RPA qui profitent de services professionnels à l'interne (infirmière ou médecins) ou qui ont des partenaires professionnels à l'extérieur de la RPA se perçoivent plus performants et plus préventifs en termes de rapidité d'intervention, que le réseau public.

> Moi j'ai une physio qui est capable d'évaluer mes clients, alors si c'est trop long, avec le CLSC, je les fais évaluer par ma physio à moi. Puis, des fois c'est moi qui vais payer, parce que la physio que j'ai, elle me charge 60 $ de l'heure. […] Je ne vais pas attendre un mois ou deux pour entreprendre une réadaptation ou un changement de traitement, parce que le CLSC c'est trop long. (RPA-3)

Si une infirmière et un médecin sont attitrés à la RPA, cela permet d'agir en amont des problèmes et aussi d'éviter des hospitalisations délétères au bien-être de la personne et des autres résidents.

> Je n'ai pas besoin d'envoyer un client à l'urgence pour une infection urinaire. Moi, j'ai des dip [test], je fais le dip, j'appelle le médecin, si c'est positif, il me prescrit un antibiotique. Le client ne va jamais à l'urgence. Puis j'évite beaucoup, beaucoup de transferts à l'hôpital avec notre façon de faire. (RPA-3)

Un participant a soulevé la question du nombre de places en CHSLD public qui n'a pas augmenté depuis plusieurs années. Selon lui, il ne faudrait pas croire que cette situation s'est maintenue grâce aux services de soutien à domicile, mais bien parce que les RPA accueillent les personnes qui ne sont pas en mesure de demeurer dans leur maison ou leur appartement.

> Parce que les lits de CHSLD, il y a 15 ans, il y en avait 40 000. Aujourd'hui, il y en a toujours 40 000. C'est le même nombre d'offres et la population augmente. Ils vont où ? Ils vont dans notre réseau. (RPA-1)

4.3.2 Les places des RPA dans les trajectoires des patients

Le rôle du CISSS/CIUSSS concerne les références qui sont faites aux RPA et les relocalisations dans d'autres types de ressources d'hébergement quand les personnes exigent plus de services que ce que la RPA peut offrir.

> Les personnes sont référencées par le CLSC, l'hôpital ou le CISSS, mais c'est surtout par le CLSC. Souvent ils ont déjà des soins du CLSC et souvent ils ne sont plus capables d'aller chez eux. Alors, ils leur

> donnent une liste des résidences et les clients viennent visiter. Après ça, on discute et on voit. C'est surtout le prix qui peut faire la différence. (RPA-5)

> Quand une personne ne cote plus pour être ici, elle a besoin d'être transférée soit en RI ou au CHSLD, C'est là que le CLSC va venir ici pour faire une évaluation, il y a un mot pour cette évaluation-là, moi je ne connais pas ça, mais en tous cas, ils viennent ici puis là, ils vont dire : « il cote pour un RI ou il ne cote pas pour le CHSLD ». Ça va avec le nombre d'heures. Moi je n'ai rien à faire là-dedans. (RPA-5)

Les règles qui déterminent qui donnera les services ne sont pas claires pour tout le monde. Une seule ressource est quasi autonome en matière de services professionnels de santé (infirmière responsable de la RPA, qui donne les services nursing et qui a aussi accès à un médecin) et cela génère parfois des difficultés à interagir avec le réseau public. Cela brouille les frontières entre le privé et le public, ce dernier s'attribuant le plus souvent la dispensation des services professionnels. Quand les responsables connaissent bien les règles et qu'ils ont les ressources, ils peuvent travailler en amont des problèmes, demander une évaluation ou accompagner les familles pour qu'elles fassent les démarches auprès du soutien à domicile.

> L'infirmière sur le plancher, l'infirmière responsable de l'unité de soins, voit de visu que le cas devient plus difficile, donc on demande de faire une évaluation des heures/soins dès qu'on s'en aperçoit […] on veut avoir une évaluation SMAF […] Donc, on le fait systématiquement et systématiquement, on avertit la famille que le prix augmente. En augmentant le prix, on parle aux familles, on leur dit « écoutez, on s'approche de notre heure et trois quarts, deux heures soins », c'est à discuter avec la famille parce qu'eux ont des capacités limitées de paiement aussi. On va informer clairement la famille que c'est à eux à faire des démarches auprès du CLSC pour obtenir une

> travailleuse sociale, une infirmière et pour procéder à un placement. (RPA-3)

Concernant le rehaussement de services, la RPA est légitimée d'interpeller le CISSS/CIUSSS quand les services qu'elle offre ne suffisent plus à répondre adéquatement aux besoins du résident. Mais les règles demeurent difficiles à saisir. Dans certaines régions, la capacité financière du résident semble être un critère d'accès à ces services.

> J'ai des besoins comblés par le CLSC pour amoindrir la charge pour la famille aussi, là, pour ne pas qu'il y ait une augmentation du coût. (RPA-1)

> Eux nous aident présentement dans le sens que si la personne n'a pas les moyens de payer pour un service quelconque, le CLSC va nous aider dans ce sens-là, ils vont débourser un montant pour que la personne reste à la résidence. (RPA-5)

Et quand les règles changent, c'est souvent pour des questions financières que les ententes prennent fin. Les CISSS/CIUSSS cherchent par tous les moyens à offrir les services au moindre coût, mais le calcul qui est fait n'est pas toujours accepté pour les gestionnaires de RPA. Certains mentionnent clairement que leur RPA est lucrative et que, de ce fait, les coûts demandés prennent en considération la nécessité de facturer un montant important.

> Nous avions une entente écrite et, justement, la semaine dernière, […] ils m'ont dit que finalement ça ne marcherait pas cette entente-là parce que nous étions trop cher. Alors là je leur ai dit « Si moi je suis trop cher pour vous, on ne fera pas affaire. » […] Si le CIUSSS ou le gouvernement désirent faire affaire avec le réseau privé, il faut qu'il en soit conscient qu'on n'est pas des organismes à but non lucratif.

> Puis s'ils veulent faire affaire avec des organismes à but non lucratif, c'est tout à fait louable, mais construisez des résidences qui vont être à but non lucratif. (RPA-1)

Même s'ils gardent une certaine autonomie par rapport aux CISSS/CIUSSS, ainsi qu'une capacité de négociation, certaines RPA subissent des pressions pour reprendre des clients après leur hospitalisation et ce pour libérer des lits à l'hôpital. Mais les RPA sont souvent limitées dans leurs capacités à assurer la sécurité et la surveillance des clients. Les CISSS/CIUSSS ne sont pas toujours à l'écoute de ces limites.

> C'est eux autres [le CLSC] qui demandent le transfert de la personne parce qu'ils veulent sortir la personne de l'hôpital. Puis je le sais, ça a pris 2 semaines la dernière fois et le monsieur, […] il est tombé plusieurs fois ici, alors moi j'ai dit : « je ne peux pas prendre la chance qu'il tombe encore, il n'est pas solide sur ses pieds ». (RPA-5)

L'articulation des services, pour être efficace, a besoin d'une bonne circulation des informations. Or, il semble que ce point pose problème et nuit aux bonnes relations et aux bons services offerts, particulièrement avec les intervenants (infirmières et travailleuses sociales) de l'hôpital qui ne connaissent pas les services que peuvent offrir les RPA.

> On a essayé de faire avec les travailleurs sociaux des hôpitaux de la région, de leurs faire connaître c'est quoi l'environnement d'une résidence de personnes âgées. Puis […] On s'est rendu vite compte que les travailleurs sociaux ne connaissaient pas du tout c'était quoi les résidences de personnes âgées, surtout les travailleurs sociaux des hôpitaux qui étaient la nouvelle ressource des CIUSSS pour faire les placements […] Ils ne connaissent pas c'est quoi une résidence, ils ne savent pas c'est quoi les services qu'on peut offrir. (RPA-4)

Les profils de clientèles changent et exigent des ajustements constants des RPA aux nouvelles réalités, dont l'accroissement des troubles neurocognitifs majeurs qui s'accompagnent souvent de problèmes de comportement.

> Si les gens commencent à faire de l'Alzheimer, des fugues, des choses comme ça, on ne peut plus les garder. Puis ça, il va y en avoir de plus en plus. Quand on commence à appeler la police parce qu'on a perdu une résidente, ce n'est pas drôle. Ça nous est déjà arrivé, puis c'est stressant. Quand la moitié des employés sont dehors, qu'ils font le tour des rues [...] On va faire des étages codés, on n'aura pas le choix de s'adapter à ça. [...] Il y a de la demande pour ça. [...] On va convertir des étages autonomes en unité prothétique. On n'aura pas le choix, on s'en va vers ça à 200%, même à 100 milles à l'heure. [rires] On a déjà les plans, on est prêts. (RPA-2)

4.3.3 Quels effets de la réforme ? Un enjeu de connexion avec les TS

De manière générale, les responsables de RPA ont identifié peu de changements dans leurs relations avec les CISSS/CIUSSS depuis la réforme de 2015. Il faut aussi préciser que certains des participants étaient arrivés en fonction au moment de la réforme et donc n'étaient pas en mesure de comparer avec la situation précédente. Toutefois, si on considère toute l'énergie qui a dû être consacrée à gérer le changement, à revoir l'organisation du travail à une échelle plus grande, etc., il est évident pour les responsables des RPA d'observer que les intervenants et les gestionnaires des CISSSS/CIUSSS sont débordés.

> Je trouve que le CLSC est débordé, que les hôpitaux sont débordés, ils n'ont plus le temps de rien faire… Ça c'est un impact que ça l'a eu [la réforme], ça leur a donné beaucoup plus d'ouvrage. Je vois beaucoup moins, justement la personne qui s'occupe des résidences, elle a 33 résidences je pense maintenant. Il faut que je l'appelle pour qu'elle

> vienne me voir, alors qu'avant, elle serait venue pour voir comment ça va. (RPA-5)

Certains estiment que les dirigeants ne connaissaient pas les problèmes du terrain et cela serait dû aux changements de postes et de rôles qui ont résulté de la réforme. Ces changements se sont fait ressentir auprès des responsables RPA aussi. Ils ont aussi déploré la perte des relations et ce n'est que récemment qu'ils peuvent mieux identifier les bonnes personnes à contacter.

> Ils se sont restructurés l'année dernière. Ça a fait du bien parce qu'on ne savait plus à qui s'adresser. (RPA-2)

Comme les responsables des RPA sont en lien non seulement avec les gestionnaires, mais peut-être même davantage avec les intervenants (TS, infirmières, ergothérapeutes, etc.) du réseau public, ils observent certains problèmes qui vont de la méconnaissance des services qu'ils peuvent offrir au contexte de travail qui contraint les intervenants à appliquer des règles avec lesquelles ils ne sont pas forcément en accord. Les changements d'interlocuteurs, des TS du soutien à domicile vers les TS des hôpitaux, a opéré une certaine régression dans l'efficacité des relations et pour la connaissance mutuelle.

> Parce que les travailleurs sociaux dans les CLSC qu'on avait, eux, se connectaient un peu plus localement, mais là, quand ils ont déplacé le problème puis qu'ils ont dit maintenant que tout se faisait par les travailleurs sociaux des hôpitaux, ils sont plus loin de nous. Fait que, ils ne connaissent pas c'est quoi une résidence, ils ne savent pas c'est quoi les services, ce qu'on peut offrir (RPA-1)

> Les travailleurs sociaux se sont éloignés comparativement à avant. Ils étaient plus « local », c'était plus facile d'avoir une interaction avec eux, ils nous connaissaient plus. (RPA-1)

Du point de vue des responsables des RPA, la réforme a peu affecté leurs résidents, notamment parce que dans certains milieux, il n'y a pas eu de grands changements au niveau des professionnels qui s'occupent des résidents. Mais là où il y a eu beaucoup de roulement de personnel, cela a pu affecter la qualité de vie des personnes, et la continuité des soins et services.

> Ils [les résidents] ne sont pas affectés parce qu'il y a toujours quand même du personnel […], on n'est jamais en manque d'effectif. Ça ne dérange pas les résidents à ce moment-là. C'est sûr que des fois quand il y a trop de roulement, c'est le résident [qui questionne] : « elle est où celle qui me donne mon bain, là, j'en connais plus. » C'est ça, à ce niveau-là ça peut être problématique […] on avise quand même le résident, là. On le prépare à ça. (RPA-2)

> C'est peut-être plus déstabilisant pour le résident parce que c'est lui en fait qui subit […] une personne me rapportait que ça faisait le 3e travailleur social qu'il avait. (RPA-3)

Toutefois, d'autres changements ont généré de la satisfaction qui se mesure ici en fonction des ajouts de services qui ont été faits dans les RPA. Certaines ont été mobilisées pour donner des services plus spécifiques pour des clients ayant de grands besoins d'aide et de surveillance, une perte d'autonomie significative. Il y a aussi des hébergements transitoires pour les personnes qui doivent sortir de l'hôpital, mais qui n'ont pas de place en CHSLD.

> Ce que je vois qui a un plus grand impact depuis que le CISSS existe c'est au niveau financier. […] Souvent les personnes vont arriver chez nous puis ils vont être du côté autonome. Puis elles doivent aller en unité de soins et malheureusement elles n'ont pas les moyens. Elles sont en attente d'un hébergement au public. Là, de plus en plus on fait des ententes, le résident va payer un montant x, puis le

> CISSS/CIUSSS va finir de payer l'autre portion. C'est là où je vois que le CISSS/CIUSSS a un impact beaucoup plus qu'avant. (RPA-3)

Comme les RPA ont un statut de domicile, d'autres services sont rendus par le soutien à domicile aux résidents (et non à la ressource). C'est la logique qui prévaut pour les soins infirmiers (prises de sang, injections, pansements, vaccins antigrippaux, etc.), les services sociaux, les soins d'hygiène, etc. Et c'est la TS, par son évaluation du niveau d'autonomie de la personne, qui pourra proposer une relocalisation vers une RI ou un CHSLD, le cas échéant.

4.3.4 Marges de manœuvres variables pour les RPA

Comme pour l'ensemble des acteurs des réseaux locaux de services, les RPA ne profitent pas d'une marge de manœuvre totale. Plusieurs exigences décrites dans les lois et les règlements du MSSS limitent leur rayon d'action. Certains trouvent que les paramètres sont trop nombreux, allant jusqu'à dicter communément les objectifs et les moyens de les attendre, ce qui altèrent leur capacité de gestion.

> Qu'on ressert les lois pour dire ce que nous devons atteindre comme objectif en tant que résidence de personne âgée, je n'ai pas actuellement de problèmes avec ça. Ce avec quoi j'ai des problèmes, c'est lorsqu'on augmente le degré de difficulté, d'atteinte d'objectifs et qu'en même temps, on nous dit « voici comment vous allez le faire ». Ça, j'ai de la misère. (RPA-1)

D'autres estiment qu'ils ne sont pas soumis à trop de règles et qu'il est normal que ces règles existent pour maintenir un niveau de soins et de service de qualité. Les CISSS/CIUSSS n'ont pas été pointé du doigt comme limitant la marge d'autonomie des RPA.

> J'essaie de voir mon autonomie à moi... Ils ne viennent pas chez nous pour nous dicter leur façon de faire. […] C'est sûr que nous, pour nos résidents on est là en premier lieu pour offrir nos services, par la suite on est prêt à les aider à aller chercher de l'aide au public […] Ils ne viennent pas jouer dans nos affaires. (RPA-3)

> Honnêtement, on ne sent pas qu'on est obligé... C'est sûr qu'on a des obligations parce qu'on a quand même des critères pour la RQRA, on doit garder notre niveau de… pas de perfection, mais quand même, on doit être dans nos normes et on n'essaie pas de diminuer ce qu'on donne. (RPA-2)

Leur marge de manœuvre s'est même exprimée dans la possibilité qu'ils ont eu de refuser de participer à la délégation d'actes de soins infirmiers vers les préposés que leur aurait permis la loi 90.

> On avait juste senti au début quand il y avait la loi 90, qu'ils voulaient […] l'imposer, puis nous on a dit « non ». Nous, on ne veut pas, parce que c'est difficile de comprendre qu'une infirmière qui étudie x nombre d'années, donne des médicaments… et avec un cours de quelques heures, un préposé peut donner des pilules. (RPA-1)

Ce qu'ils apprécieraient cependant dans le processus d'évaluation ou de certification, c'est que les aspects particuliers de chaque RPA soit pris en compte plutôt que de viser à standardiser l'ensemble des objectifs et des moyens.

> La RQRA est quand même assez sévère […] L'agrément vient quand c'est le moment pour notre certification, les inspecteurs viennent. Et à eux aussi, peut-être qu'on devrait leur apprendre un peu c'est quoi une RPA. Parce qu'ils ont tendance à généraliser eux aussi. Parce qu'eux, c'est l'interprétation des règlements. Et des fois, ce sont des gens qui

> sont engagés juste pour faire ça, […] Ils font leurs commentaires, et c'est l'agrément après qui établit [la certification] (RPA-1)

4.3.5 Attraction et rétention des préposés

Comme d'autres groupes de participants l'ont mentionné, attirer et retenir les préposés relève du défi quotidien. Il est très difficile de maintenir le ratio de personnel/résident à cause de la mobilité des préposés entre les RPA et de l'attraction qu'exerce le travail dans le réseau public dont le milieu hospitalier surtout pour les plus jeunes. Il y a donc de la compétition pour cette catégorie de personnel, qui se fait rare.

> On essaye de leur donner des conditions qui sont un peu mieux là […] avec ça je réussis à garder un peu mon personnel. Les plus anciens restent ici mais les plus jeunes, au bout de 3 mois, 6 mois, ils vont quitter pour aller à l'hôpital. (RPA-5)

Quand les préposés occupent un emploi, d'autres difficultés se présentent. Ainsi, quand un préposé s'absente, trouver un remplaçant peut représenter un grand défi. Très souvent, ce sont ceux qui sont déjà en place qui doivent assurer des heures supplémentaires.

> C'est sûr que quand je manque de personnel et qu'il y en a une qui dit qu'elle est absente, c'est là mon plus gros problème. Jusqu'à aujourd'hui je leur demande bien volontairement si elles veulent faire un tour de plus pis souvent on s'organise pour qu'il y en ait une qui fait un 4 heures et une autre qui fait un autre 4 heures. (RPA-5)

Aussi plusieurs employés travaillent conjointement dans les secteurs publics et privés, et choisissent le public quand ils sont appelés, vu les conditions salariales que le privé ne peut accorder.

> La problématique qu'on vit c'est que nos employés donnent leur nom pour travailler dans un CHSLD, ils sont sur une liste d'appel, sauf que quand ils se font appeler, ils nous cancellent à la dernière minute pour aller au CHSLD. Puis ça c'est, à Montréal ça commence, en région c'est beaucoup alarmant en ce moment. (RPA-2)

> Ça vient que c'est très, très difficile de trouver des gens pour travailler. Ok, parce que nous, le défi le plus gros défi, c'est de trouver le personnel assez compétent pour ce que tu veux qu'ils fassent. Et puis, arriver budgétairement. Alors là, les CISSS/CIUSSS vont payer une préposée 18$-19 $ de l'heure, mais nous, dans les résidences privées, on ne peut pas faire ça. (RPA-3)

Le recrutement des préposés et la supervision du travail peut devenir des processus lourds et accaparants pour des résultats trop souvent modestes. Le fait que la situation des résidents exige de plus en plus de soins de santé engage une réflexion importante sur les services à offrir, mais certains gestionnaires de RPA pensent à l'avenir refuser, de ce fait, un virage vers des RPA acceptant des personnes en trop forte perte d'autonomie, nécessitant des soins et services de préposés formés.

> Écoutez, de plus en plus on le ressent [la pénurie de travailleurs]. Justement, on a fait un salon de l'emploi récemment, malheureusement ça n'a pas donné les résultats escomptés parce que je pense qu'on a eu une préposée aux résidents qui s'est présentée. Présentement, un peu comme le public, on a notre personnel qui fait beaucoup de temps supplémentaire pour pallier au manque. Je pense que dans les années futures ça va être quelque chose qui va être de plus en plus difficile à gérer. Une autre raison pour laquelle on ne veut pas prendre un virage plus soins à la résidence, c'est parce que plus de soins à donner, ça demande un personnel qualifié en santé. Je pense que l'avenir n'est pas là pour nous, en tous cas dans les années qui

> viennent. Mais oui, ça commence à se faire ressentir de plus en plus dans nos résidences le manque de personnel. (RPA-3)

4.4 Le point de vue des responsables de RI

Les RI accueillent des personnes qui ne peuvent plus demeurer à domicile, mais qui ont encore une certaine autonomie fonctionnelle. Une association provinciale, l'ARIHQ, représente les RI auprès de diverses instances, dont le MSSS. Les RI disposent d'un mode de gestion privée, quoique le référencement des clients se déroule uniquement via le CISSS/CIUSSS.

4.4.1 La RI, un sous-traitant des CISSS-CIUSSS ?

Les CISSS/CIUSSS demeurent des partenaires majeurs des RI, présenté aussi comme un client. Au quotidien, le CISSS/CIUSSS gère la liste des admissions et oriente la clientèle en RI, selon le profil d'autonomie des personnes. Le CISSS/CIUSSS fournit aussi du personnel professionnel qui est présent quotidiennement dans la RI.

> Le CIUSSS c'est notre client et c'est notre partenaire. Le CIUSSS dépêche du personnel, dont une infirmière qui vient ici sur une base quotidienne pratiquement. (RI-2)

La présence régulière des intervenants du CISSS/CIUSSS est considérée comme un moyen de contrôle de la qualité qui s'opère ainsi, informellement, plus ou moins fréquemment selon le volume des clients qui ont besoins de ces services.

> Ils sont très présents dans nos opérations. Ils constatent la qualité de ce qu'on fait, on les appelle à intervenir dans des cas qu'on trouve plus lourds, et ainsi de suite. (RI-1)

Comme les autres ressources, les RI offrent une gamme de services 24/7 dont le gite et le couvert, la surveillance et l'encadrement, l'aide directe par les préposés, certains soins et des activités récréatives. Les services professionnels (soins infirmiers, travail social, ergothérapie, etc.) sont offerts par le CISSS/CIUSSS.

Les participants ont décrit les liens qu'ils développent avec les TS. En dehors des évaluations annuelles et de l'exercice de catégorisation qui les accompagnent, les TS viennent rarement dans les RI, sauf s'ils ont reçu une demande du gestionnaire de la ressource. Les TS, du fait de leur déplacement rare en RI et des nombreux changements de personnel en CISSS/CIUSSS, connaissent peu les résidents des RI et l'évolution de leur situation clinique et sociale. Les TS, par contre, peuvent intervenir lorsqu'il faut qu'un transfert d'un patient de l'hôpital soit réalisé vers une ressource. Les TS peuvent alors recevoir « la commande » de trouver une place dans une RPA ou, parfois, une RI. Il n'y a pas toujours de TS rattachée à la ressource d'hébergement, ce qui multiplie les interlocuteurs pour la RI.

Certains responsables de RI mentionnent qu'ils sont utilisés par le CISSS/CIUSSS comme une « bouée de sauvetage », ou un « sous-traitant », lorsque manque la capacité de fournir un service à domicile ou que les places en CHSLD manquent.

> On est une bouée de sauvetage au Gouvernement. Ils ne veulent plus ouvrir de places CHSLD, ils veulent accentuer le travail à domicile, mais encore, il faudrait qu'ils mettent plus d'argent parce que le gros va dans les hôpitaux. S'ils nous traitaient mieux, on pourrait avoir plus de place en RI et on coûterait moins cher en bout de ligne, mais ça, c'est mon point de vue. (RI-3)

D'autres gestionnaires de RI mentionnent que beaucoup d'acteurs du réseau éprouvent des difficultés à se tenir au courant des services que proposent la RI, ce qui n'a pas vraiment changé avec la création des CISSS/CIUSSS. Enfin, certains gestionnaires de RI

ne se sentent pas comme de véritables partenaires du secteur public, dont on s'occupe, se préoccupe et qu'on soutient.

> On ne se sent pas comme de véritables partenaires alors qu'on devrait être des partenaires réels. On héberge des gens en lieu et place du Gouvernement, puis des fois on a l'impression qu'on est là comme des bouche-trous. Ils sont plus à l'affut de nos omissions. Autrement dit, s'il y a la moindre petite plainte ou petite remarque qui est faite, ils débarquent, alors que quand tout va bien, on ne les voit pas. (RI-3)

4.4.2 Une rigidité organisationnelle dans la dotation de services et la trajectoire des patients

Les besoins du résident et les services qui doivent être offerts ne sont pas laissés au bon vouloir de la RI. Ainsi, la ressource ne peut pas faire d'ententes particulières avec des résidents (pour un bain de plus par exemple). Il existe un protocole avec le CISSS/CIUSSS que les gestionnaires de RI doit respecter.

> Le Ministère, en signant l'entente régionale et en faisant signer le décret des classifications, a instauré aussi ce qu'on appelle un cadre de référence qui est la bible. Ce cadre de référence est d'une rigidité épouvantable. C'est qu'on ne jure que par ça. Dans le cadre de référence c'est écrit qu'on fait ça, donc ce n'est pas négociable. Les seules choses négociables, dans votre comité local de concertation, c'est le prix du kilométrage lorsque vous accompagnez quelqu'un à son rendez-vous médical. Il y a des petites choses qu'ils nous délèguent au niveau régional, mais le reste du temps, c'est qu'on est régi par le cadre de référence, et l'intervenant professionnel du réseau, lui, il suit son cadre de référence, lui c'est sa job. (RI-3)

L'autonomie de gestion de la RI pour la partie qui touche à la gouvernance est jugée par certains à l'aulne de l'absence de reddition de compte au Ministère ou au CISSS/CIUSSS. Ceci étant, des liens très étroits doivent être entretenus avec l'établissement public, d'autant que l'entente nationale le prévoit. Bien que, globalement, les relations soient bonnes entre les RI et les CISSS/CIUSSS, les responsables considèrent qu'il leur faut veiller de près à les maintenir bonnes. Un responsable pose cependant la question à savoir si ces bonnes relations sont synonymes de partenariat :

> On travaille beaucoup pour que ce soit une bonne relation. C'est une bonne relation, mais est-ce que c'est un partenariat? La question se pose. Je veux dire, l'établissement est juge et partie tout le temps, partout. […] Si je ne suis pas d'accord, je parlais de cotation de clientèle, je dis « moi je pense que ça devrait être un 3 », on me dit « non, c'est un 2 », je dis « ah non, je pense vraiment que ça devrait... », « non c'est un 2, ou on va revérifier ça », et finalement c'est un 2, c'est fini, il n'y a rien à faire. On me réfère un résident puis je n'ai absolument aucun droit de regard sur son acceptation (RI-1)

Pour ces gestionnaires, il serait souhaitable que les CISSS/CIUSSS ne soient pas dans une position de juge et partie dans toutes les décisions. Par exemple, le système de cotation qui fait en sorte que le volet clinique soit directement lié au volet financier, n'est pas jugée comme un bon outil parce qu'il ne favorise pas l'implication de la RI dans la détermination des besoins du résident. Le fait aussi de ne pas avoir de droit de regard, de ne pas pouvoir exercer un choix sur les résidents qui sont orientés en RI, en agace plusieurs. Certaines pratiques des CISSS/CIUSSS minent la confiance en l'objectivité et la justesse des évaluations qui sont produites et qui déterminent l'orientation des personnes dans tel ou tel type de ressources d'hébergement.

> On me dit « Il vient tel client », on les voit sur papier, sur papier ça a l'air beau, ça fit, mais quand il arrive le client, là tu dis « ce n'est pas la même chose qu'il y a sur le papier. » J'aimerais si c'est possible, on a discuté avec les CIUSSS, avoir un droit de regard sur les clients qui

> viennent. Parce qu'on a assez d'expérience pour choisir les clients. Pour être sûr que je vais être capable de donner les services, parce que si je m'engage à quelque chose, il faut que je le donne. (RI-1)

Pour ces gestionnaires, ce qui est difficile à atteindre, ce ne sont pas tant les objectifs, mais le court délai qui est accordé pour les atteindre et les frais encourus qui ne sont pas couverts. De manière plus globale, un responsable considère qu'il y a beaucoup de règles, de normes, mais curieusement, pas de mécanisme d'accréditation pour les RI, comme c'est le cas pour les RPA. Il réclame un tiers évaluateur, indépendant du CISSS/CIUSSS.

> Ce n'est pas normal que les RPA aient un système d'accréditation, un fonds pour la formation, mais pas nous. On n'a rien de ça, on le réclame haut et fort, et c'est la sourde oreille. (RI-2)

L'évaluation que font les CISSS/CIUSSS de la qualité des services qu'offrent les RI est une source de tension. Il s'agit pour eux d'un autre exemple de la confusion des rôles que jouent les CISSS/CIUSSS auprès des RI et qui nuit au partenariat.

> On est dans le total juge et partie. Moi je vais aller dans une rencontre, je vais dire : « Je pense que mon résident, ça devrait être un 4 », on me dit : « Non, ça devrait être un 3 ». On sort tous de là un petit peu en maudit, car il faut qu'on prévoie le service en conséquence. Et là, après ça, le même établissement va envoyer quelqu'un pour me dire : « On a regardé ça, tu es en écart de qualité sur telle, telle, et telle affaire. » Je veux dire : « Ok, je suis en écart de qualité sur l'accueil des résidents, mais tu me les envois à 6h un vendredi après-midi, tu es responsable de mon écart de qualité et c'est qui qui t'évalue toi ? » (RI-1)

Les questions financières sont sources de frictions avec les CISSS/CIUSSS qui ont des exigences en termes de qualité. Les gestionnaires de RI se plaignent d'un manque de financement des services par le CISSS/CIUSSS.

> Ils ont voulu nous payer pour qu'on puisse donner un bain de plus dans la RI plutôt que de demander à une auxiliaire de se déplacer. Puis nous, on leur a soumis un prix, par bain. « C'est bien trop cher. » Alors, continuez à payer votre personne d'agence à qui vous payez une heure de déplacement plus une heure de bain … Moi je n'ai pas le personnel pour donner des bains, j'aurais engagé une préposée pour donner des bains toute la journée parce que mon infirmière auxiliaire elle répond aux urgences. (RI-1)

D'ailleurs, des gestionnaires de RI se comparent aux RPA. Les RI en opération sont celles qui ont répondu à l'appel d'offre dans les conditions proposées par le MSSS. Pour les gestionnaires qui connaissent les autres formules d'hébergement, une RI, par rapport à une RPA, est une affaire beaucoup moins attrayante et moins rentable.

> Les gros de ce monde, les Chartwell, les Groupe Maurice, les Cogir, ils ne veulent rien savoir des ressources intermédiaires. Pour eux, c'est énormément de problèmes et de trouble à gérer pour un retour sur investissement qui ne vaut pas la peine. (RI-2)

Dans le cadre de ces réglementations financières et de contrôle de qualité strictes, l'autonomie des gestionnaires s'exprime, en partie, dans la gestion du personnel employé par la RI et dans les moyens qu'ils utilisent pour faire leur travail. Tant que cela est conforme aux ententes, le CISSS/CIUSSS ne s'ingère pas dans les décisions.

> Ils ne s'impliquent pas dans nos moyens qu'on prend, ça nous appartient. C'est plus pour les résultats (RI-4).

Les responsables trouvent donc leur marge de manœuvre au niveau de certains paramètres, mais la partie « soins » est régie par des ententes financières, le cadre de référence d'une grande rigidité, les règles de fonctionnement du CISSS/CIUSSS, etc.

> Les marges de manœuvre, il faut les définir. On a une marge de manœuvre en gestion, après ça il y a une marge de manœuvre financière qui est un autre aspect qui est assez important parce que ça vient vraiment dicter ce qu'on est capable de faire. (RI-1)

4.4.3 Les changements récents dans les mandats des RI, liés ou non à la Loi 10

Tous les acteurs ne sont pas au courant des détails de la réforme, mais tous observent la survenue de changements d'un œil critique, comme cette fixation qu'a le réseau public sur la standardisation des pratiques. Cette volonté de standardisation a fait en sorte que les ententes particulières sont de moins en moins envisageables.

> Quand on rentre dans les discussions là, « si je le fais pour toi, il faut que je le fasse pour tous les autres. » Puis là, c'est ça, ça amène une espèce d'interprétation qu'il faut que ce soit la même saveur mur à mur. Ça, ça rend ça difficile. (RI-1)

On peut noter aussi un enjeu crucial quant au manque de communication dû à l'instabilité chez les gestionnaires et les intervenants du réseau public. L'après-réforme a été un moment difficile à vivre pour tout le monde dans les RI, gestionnaires, personnel, résidents et famille.

> On se sentait vraiment seuls, on en était rendus à penser qu'on ne comptait à peu près pas sur eux-autres. (RI-3)

> Des fois on disait on aime mieux que la travailleuse sociale ne vienne pas, parce qu'elle n'est tellement pas au courant du dossier du client, qu'elle ne nous aidera pas. (RI-3)

C'est comme si les CISSS/CIUSSS n'avaient pas eu les ressources pour assurer la cohérence et la continuité des liens avec les RI. Cela est bien observable au niveau des ressources humaines, où les difficultés des CISSS/CIUSSS ont eu des impacts directs sur les RI.

> La capacité de livrer des acteurs de première ligne est limitée, puis honnêtement ce que ça a créé, concrètement sur le plancher, c'est un roulement de personnel qui est à la limite ingérable. Je pense que de leur côté ils le vivent à fond, mais nous aussi avec le travailleur social ou l'infirmière. Ils font quelques mois, ils changent de poste, burn-out, arrêt de travail, on est là-dedans continuellement. Chacun de ces remplacements-là fait qu'il faut se réadapter, réexpliquer, repartir. On rajoute par-dessus ça la transformation de la machine, puis les nouveaux projets qu'ils veulent mettre en place […] C'est clair que tout mouvement de personnel, d'autant plus qu'on travaille avec une clientèle vulnérable, ça a une incidence. (RI-2)

Par ailleurs, cette forte mobilité des professionnels et des employés provoque des répercussions pour les familles et les usagers. Les habitudes des usagers avec les professionnels sont régulièrement brisées.

> Il y a un commentaire qu'un résident m'a fait il y a quelques mois. J'ai dit « c'est qui votre nouvelle travailleuse sociale? » Il a dit : « Ha, je ne le sais pas, je ne veux pas apprendre son nom parce qu'elle va changer de toutes façons. » […] Eux, c'est sûr qu'il y a une perte de services à leur niveau parce qu'ils nous disent « Quand est-ce que ma travailleuse sociale va venir ? » (RI-3)

Aussi, des tâches autrefois dévolues aux professionnels des CISSS/CIUSSS sont aujourd'hui passées du côté des RI, comme la gestion budgétaire de résidents, l'aide pour le courrier, l'accompagnement pour les rendez-vous à l'extérieur (dont les déplacements qui sont remboursés par le CISSS/CIUSSS, mais qui ne couvrent pas tous les coûts). Mais ces changements ne sont pas nécessairement dus à la fusion des CSSS, mais plutôt à l'évolution de la philosophie de gestion du MSSS.

> Avant, tous les résidents qui étaient sur la curatelle, c'était la travailleuse sociale de la RI qui s'en occupait. Maintenant, c'est nous autres qui devons gérer tous leurs avoirs et puis leurs dépenses et tout ça. Alors, c'est sûr et certain, que je ne peux pas demander ça à mes préposés, donc c'est mon animatrice qui a ça dans son assiette. […] C'est épouvantable. La même chose avec le courrier. Avant, c'était la travailleuse sociale, là, c'est nous autres. (RI-3)

Globalement, deux changements interreliés préoccupent principalement les responsables des RI : les cotes d'admission des patients et la base du financement qui repose sur ces mêmes cotes. Ces changements ont précédé la réforme, mais la réforme n'a pas réduit le brassage de procédures et la mouvance des contacts depuis six ans.

> Moi ça va faire cinq ans, six ans qu'on opère la ressource. Il n'y a encore personne qui a arrêté de brasser la soupe durant toute cette période-là. Nous, on a ouvert une ressource intermédiaire, suite à ça il y a eu une entente nationale qui a amené des modifications, des cotes de lourdeur de la clientèle ont été introduites, les évaluations, on s'est mis là-dedans, ça a pris énormément de temps juste de se familiariser avec ça et de faire du sens avec tout ça. Ça n'était pas fini qu'on était déjà plus des CSSS, c'est des CIUSSS. Là leur prochaine affaire, ils parlent de tout leur processus de contrôle de la qualité, c'est leur nouveau truc. Ça en fait beaucoup en même temps. (RI-1)

Les liens entre les évaluations, les cotes et le financement des RI a modifié les rapports entre les organisations (RI et CISSS/CIUSSS) et les intervenantes, notamment les travailleuses sociales.

> Ça a eu plusieurs effets. La première, c'est que des discussions qui se voulaient cliniques ont été teintées d'une notion pécuniaire. Déjà là, c'est très mauvais parce que tu te ramasses avec un travailleur social ou une infirmière qui s'en viennent discuter d'un aspect clinique, mais leurs commentaires ou leur prise de position a une incidence sur les finances de l'organisation. Eux-mêmes ne l'avaient pas vu venir... (RI-3)

4.4.4 Un suivi complexe des malades : Trajectoires de soins et profils

Le CISSS/CIUSSS a la mainmise sur les revenus qui entrent à la RI à travers les cotes attribuées à chacun des résidents[2]. Or, il arrive que ces cotes issues de l'outil de classification utilisé baissent lorsque la personne est bien prise en charge, et la RI est alors pénalisée parce que la cote a diminué. Il y a aussi les situations inverses où la TS qui fait l'évaluation n'est pas toujours présente et ne voit pas nécessairement les comportements problématiques d'un résident.

> Depuis qu'on a l'ASI [assistante au supérieur immédiat] qui les fait, les cotes augmentent, parce qu'elle croit ce qu'on dit, ce qui est important, puis quand on dit « ce monsieur-là il se désorganise, il insulte une autre madame au souper », la travailleuse sociale peut dire « mais moi je ne l'ai pas vu. » Pas vu, ce n'est pas elle qui donne les cabarets. (RI-1)

[2] Il faut préciser ici qu'il s'agit d'un système de cotation différent de celui du SMAF qui est fait en parallèle, une fois que le résident est hébergé en RI, afin de déterminer le montant qui sera attribué à la RI en fonction des services qui seront dispensés pour un client.

Il se pose ainsi le problème de l'ajustement des services aux besoins du résident qui n'évoluent pas forcément à la même vitesse que la fréquence des réévaluations. Il arrive qu'un intervenant de la RI constate qu'un résident a besoin de services qui ne sont pas dans son plan de soins (exemple l'accompagnement à la salle à manger). Il peut interpeller la TS, mais cela n'entrainera pas systématiquement une réévaluation des besoins, ni un ajustement financier, ce qui aura des conséquences sur le résident et aussi sur la RI.

> C'est que le système est lourd. Je comprends parce que je travaille avec des travailleurs et je posais la question, et souvent, ils m'expliquent que même eux autres, pour pouvoir, on va dire, mettre un client d'un niveau à l'autre, il faut qu'ils écrivent 50 000 pages, ils trouvent plus facile de donner des consignes aux préposés dans le cahier de communication, consigne qui ne se retrouvent pas dans l'outil de classification et qui ne traduit pas la réalité. (RI-2)

Le continuum pose problème dans l'orientation des personnes en RI. Il semble difficile de bien cibler la clientèle, entre des cas peu lourds qui pourrait être maintenus à domicile avec les services de soutien et les cas plus lourds qui requièrent une infrastructure comme les RI.

> On a des aberrations sur les cas moins lourds, on se demande pourquoi ils ne sont pas à domicile. L'autre zone où ça va accrocher, c'est les cas les plus lourds. Là où à un moment donné on nous dit que c'est un cas de ressource intermédiaire, on le garde chez nous, oui, mais là avec ce que tu me donnes, je ne peux pas mettre deux préposés à temps plein, ça ne fait pas de sens. (RI-1)

Un responsable de RI a d'ailleurs demandé à ce que le CISSS/CIUSSS fasse preuve de plus de cohérence et de transparence afin que la RI ait une information juste sur le

résident qui sera intégré, pour qu'elle puisse lui offrir les vrais services et les soins dont il a besoin.

> Vous voulez m'amener des clients lourds, je ne dis pas que je ne veux pas, mais donnez-moi les outils nécessaires pour que je puisse m'équiper pour donner les services. Mais vous ne pouvez pas me dire que les clients ont tous besoin d'une légère surveillance, tous niveau 1 ou 2, et me demander des services pour un niveau 5 et 6, je ne suis pas capable de les donner. Dites-moi ce que vous voulez et je vais vous les donner. Mais il faut qu'on parle le même langage. (RI-2)

Certains gestionnaires de RI mentionnent que des transferts sont faits trop rapidement (surtout à la sortie de l'hôpital) ou suite à une mauvaise évaluation de la condition de la personne aînée, ce qui entraîne de nouveaux transferts ou une pression sur la RI pour répondre aux besoins du résident.

> Il faut que les personnes âgées sortent de l'hôpital et c'est sûr que ce n'est pas l'idéal l'urgence pour eux, mais en même temps, on est mieux d'attendre un peu puis leur trouver le milieu de vie qui leur convienne le mieux. (RI-1)

Pour une importante proportion des nouveaux résidents qui sont accueillis en RI, le portrait qui est transmis (et qui est aussi celui sur lequel a été basée son orientation en RI) est très différent de la réalité. Selon une participante, le profil d'autonomie de 80% des résidents qui arrivent ne correspond pas aux besoins réels de services et de soins.

> Une fois que les clients rentrent, s'ils dégradent chez nous, on s'adapte au fur et à mesure. Les professionnels les suivent, on change, on ajuste les services en place. Le problème, c'est le nouveau client qui arrive et qu'on n'est pas prêt parce qu'on n'a pas l'heure juste. Et

> de plus en plus, 80% des clients qui arrivent sont dans ce stade-là. (RI-2)

Pour comprendre comment la catégorisation fonctionne, des responsables de RI ont pris l'initiative d'aller se former pour sortir d'une position d'exécutants et pour pouvoir discuter avec « ceux qui décident ».

> Nous, on a dû nous former nous-même pour l'outil de classification pour pouvoir parler le même langage avec notre partenaire. (RI-2)

Une chose est certaine, il y a une duplication des évaluations en RI. D'abord, il y a celle produite à partir du SMAF et qui détermine le profil d'autonomie et par conséquent le type de services, dont le types de ressources d'hébergement, que requiert la personne. C'est aussi sur ces profils que l'orientation (en RI ou en CHSLD) s'appuie. Puis il y a le système de cotation qui détermine lui aussi les besoins de la personne auxquels est rattaché le financement qui sera attribué à la RI pour qu'elle puisse donner les services requis par la condition de la personne. Or, bien qu'il puisse y avoir eu de la confusion entre les deux évaluations, la plupart des responsables de RI ont surtout parlé de l'évaluation qui détermine leurs revenus, l'outil de classification. Pour ajouter à la confusion, ces deux outils sont généralement complétés par les TS.

4.4.5 Un enjeu de manque de personnel

La RI doit faire preuve de créativité avec son personnel pour offrir les services adéquats, mais elle ne peut aller au-delà de certains paramètres. Par exemple, elle peut jouer jusqu'à un certain point avec des horaires pour avoir plus de personnel tôt le matin ou pour l'heure du souper. Elle peut tenter d'accommoder les horaires et les jours de travail des employés. Mais les conditions de travail plus intéressantes ne font pas toujours le poids face à une meilleure rémunération.

> On ne pourra plus vivre avec une stabilité complète même si l'avantage qu'on a, nous, c'est que le préposé qui aime avoir du temps pour travailler avec le client et une qualité d'intervention il a beaucoup plus de satisfaction personnelle en RI, que d'aller travailler en CHSLD où il y a des quarts de travail, balloté d'un étage à l'autre. Ça, c'est peu valorisant. Des préposés disaient « j'aimais mieux travailler chez vous, j'avais une bonne relation avec les clients, je me sentais plus valorisé qu'en CHSLD », mais encore là, le côté économique va primer. (RI-3)

Certains se sont permis de rêver à une certaine stabilité des intervenants et à une structure plus souple, sans croire réellement que cela arrivera. Comme pour les autres participants, les questions de l'attractivité et de la rétention du personnel sont des enjeux majeurs. Les demande d'hausse des salaires qui n'ont pas été entendues laissent un goût amer chez certains.

> On est du *cheap labor*. Je vais être très modeste parce que je ne suis pas tellement optimiste. L'idéal est de viser d'avoir une stabilité des intervenants parce que si on a des intervenants qui connaissent bien les clients et qui sont stables, qui viennent faire leurs visites régulières, ça va être ça qui va être le plus beau gain qu'on pourrait faire. (RI-3)

Le difficile recrutement des préposés touche aussi ce secteur. En effet, le réseau public offre des postes et des salaires plus intéressants que ce que peuvent offrir les RI. Mais pourtant les préposés des RI doivent réaliser plus de tâches que ceux du public et même du privé.

> Ils offrent des postes plus alléchants, des salaires plus alléchants parce que nous on sert de *cheap labor* au Gouvernement, donc le préposé qu'on paie nous autres 14$ de l'heure, il va avoir 19$ comme préposé

> au CISSS. Et en RI, il doit faire des activités médicales de type Loi 90 (RI-3)

Les responsables de RI ont peu de moyens à leur disposition et peu de pouvoir d'influence sur les décisions pour attirer et retenir les préposés. Les salaires sont plus bas que ceux offerts dans les autres secteurs, la formation (initiale et continue) est peu reconnue, les tâches sont plus nombreuses et les responsabilités plus grandes en RI qu'ailleurs.

> Dans la fonction publique, souvent pour le même type de poste on gagne un petit peu plus, mais là, il y a vraiment un écart qui est considérable dans de petits salaires. Moi, j'ai des préposés qui travaillent à deux emplois. Qui travaillent 40 heures semaine ici, puis un 25 ailleurs. Ça, ça fait des semaines de 60, 65 heures pour être capable de joindre les deux bouts. (RI-5)

4.5 Le point de vue des responsables de CHSLD privés conventionnés et privés

Nous avons questionné les responsables des CHSLD privés et privés conventionnés. Il y a peu de CHSLD de ce type par rapport au nombre de CHSLD publics. Par ailleurs, les CHSLD privés conventionnés et privés sont sous la responsabilité populationnelle du CISSS et du CIUSSS, c'est-à-dire que ce sont les CISSS/CIUSSS qui sont chargés d'évaluer la qualité des soins et services fournis. Les CHSLD privés ont néanmoins une autonomie de gestion importante, tandis que les CHSLD privés conventionnés doivent respecter un cahier des charges et une exigence de qualité identique aux CHSLD publics. Les changements vécus depuis la Loi 10 par les gestionnaires de ces CHSLD sont difficiles à attribuer strictement à la réforme, mis à part la restructuration organisationnelle qui a altéré les communications. Les ententes avec le MSSS sont similaires aux ententes du temps des CSSS.

4.5.1 Un partenariat avec les CHSLD dirigé par le CISSS/CIUSSS : L'enjeu de la qualité de services

Les CHSLD privés sont des membres à part entière du continuum de service. Quoi qu'ils soient moins nombreux que les CHSLD publics et privés conventionnés, les liens qu'ils ont établis avec les CISSS/CIUSSS sont importants, puisqu'ils comblent des places en hébergement pour des personnes en grande perte d'autonomie. La nature des liens et leur appréciation semblent très variables d'un site à l'autre, même si tous les responsables de CHSLD affirment que les CISSS/CIUSSS sont avant tout des partenaires et non des patrons.

> On se le dit, le CISSS/CIUSSS est un partenaire et non pas seulement un fournisseur de services pour un client. Donc il nous exprime sa satisfaction ou son insatisfaction mais ce n'est pas nos boss […] Quand une personne agit comme si elle était notre patron, je ne me gêne pas pour leur dire qu'on devrait s'asseoir pour discuter. Je ne pense pas que vous allez avoir gain de cause en agissant de cette façon-là. Mais par contre, c'est rendu de moins en moins fréquent. (CHSLD-5)

Certaines organisations publiques intègrent les CHSLD privés dans leurs mécanismes de communication et de concertation. Par exemple, un gestionnaire de CHSLD siège sur le comité d'admission en hébergement du CISSS/CIUSSS ainsi qu'aux tables de concertation « milieu de vie, milieu de soins ». Les questions qui concernent la qualité trouvent réponse rapidement dans ce milieu.

> Avec le CISSS/CIUSSS, ce que j'ai vu ici, je ne le voyais pas [dans une autre région], mais ici par exemple, on a une rencontre avec la direction de la qualité parce qu'ils nous proposent de nous soutenir et si on a besoin, ils sont là en partenariat. (CHSLD-4)

D’autres estiment que le CISSS/CIUSSS ne joue pas son rôle, tel qu’il est défini dans la loi, c’est-à-dire qu’ils n’évaluent pas suffisamment la qualité des services fournis.

> De par la loi, les CISSS auraient un regard sur la qualité des services de leur territoire. Mais on ne sent pas vraiment qu’ils viennent nécessairement vérifier comment ça se passe. (CHSLD-2)

Les relations des CHSLD avec des partenaires privés ou communautaires sont peu nombreuses; tandis que celles avec le CISSS/CIUSSS, et aussi le MSSS, vont en augmentant. Les redditions de comptes, les visites ministérielles d’appréciation de la qualité, les cadres normatifs, les orientations ministérielles, et les diverses ententes sont de plus en plus formalisées avec le CISSS, qui agit comme représentant du MSSS.

> Oui, le Ministère et le CISSS nous demandent beaucoup plus de la reddition de comptes et c’est normal! C’est un partenaire avec nous, j’ai accepté les enjeux du contrat. Le contrat, on le négocie, on n’a plus à se plaindre après ça. Si mon partenaire exige d’autres choses, on renégocie les clauses du contrat, mais actuellement avec les ententes que j’ai, je suis bien heureux. Sauf qu’il a des droits, en tant que partenaire. On fait affaires ensemble et vous me fournissez la clientèle et vous me garantissez des paiements et moi je suis votre fournisseur, vous êtes en mesure d’attendre une certaine qualité et un niveau de rendement parce que vous êtes payeur. (CHSLD-5)

La relation entre le CISSS/CIUSSS et les CHSLD privés dépend donc de stratégies de mise en marché, de concurrence sur la qualité, d’ententes négociées, de la même manière que pour les RI.

4.5.2 Une clientèle acceptée en CHSLD qui complexifie la gestion des admissions

Les responsables des CHSLD qui ont de l'expérience ont noté un changement important au niveau de la clientèle. Les résidents arrivent en plus grande perte d'autonomie et avec plus de besoins en soins spécialisés. Ceci est la conséquence de vouloir garder le plus longtemps possible à domicile les personnes en perte d'autonomie.

> Avant, on ne voyait pas des dialyses péritonéales dans un CHSLD. Dès qu'il y avait un accès périphérique, un soluté, ça s'en allait à l'hôpital. Ça, on voit la différence […] Puis il y a 10 ans, il n'y avait pas de BiPAP, CPAP [machines utilisées dans le traitement de l'apnée du sommeil], maintenant il y en a. Mais il n'y en avait pas tant que ça à domicile non plus, il y a 10 ans. (CHSLD-1)

> Ce que je constate, c'est qu'effectivement, la personne âgée, il y a peut-être 75 % qui nous arrivent effectivement plus hypothéqués, avec plusieurs diagnostics dont des troubles de comportement, de la démence, mais aussi des problèmes de cécité, de surditéé Ils nécessitent souvent de la dialyse et ils ont des suivis en pneumologie. C'est des cas qu'on avait à 25%, maintenant, c'est rendu à 75 %, puis on a notre 25% qui nous arrive parce qu'ils ont des déficits physiques, ils ne peuvent pas rester à la maison et ils n'ont personne, ou sinon ben c'est, ils pourraient rester à la maison ou il y a un enjeu de salubrité, ou de soutien nécessaire. (CHSLD-2)

Dans une autre région, en plus de l'alourdissement de la clientèle, il y a des pressions du CISSS/CIUSSS pour admettre un profil de résident de plus en plus lourd, parfois en fin de vie.

> Mais oui, il y a plus de pression [...] ils gardent les gens à la maison plus longtemps, il y a même eu des ajouts de services dans la dernière année pour les soins à domicile, [...] mais ça veut dire que quand ils

> arrivent dans les hôpitaux suite à une chute ou une infection ou autre, il y a encore plus de comorbidités et ils sont encore plus fragiles et vulnérables. Et quand ils arrivent dans nos centres et qu'ils doivent vider rapidement les urgences, on a de plus en plus de gens qui nous arrivent en fin de vie. (CHSLD-4)

Les résidents sont de plus en plus lourds et les structures physiques ne correspondent pas toujours à ces besoins, particulièrement pour les clients qui font de l'errance ou qui sont agressifs. Aussi, il manque d'unités prothétiques pour accueillir les personnes qui présentent des problèmes de comportements sévères. C'est ainsi que des CHSLD font des efforts d'adaptation et de déploiement de moyens pour garder un client faisant de l'errance intrusive au lieu de demander un transfert d'établissement.

> Quand les gens font de l'errance, sans agressivité, ils vont dans les unités prothétiques, c'est à dire que l'endroit est physiquement fait pour ça où tout ce qui pourrait être dangereux ou à risque est enlevé et il y a plus de personnel qui assure la surveillance dans ces unités-là. S'ils ont un profil d'agressivité ou de violence à ce moment-là c'est plus dans les unités spécifiques avec là aussi un budget qui est alloué par le ministère qui permet plus de surveillance et aussi plus de compétences du personnel qui est formé pour ça. C'est ça qui manque, ce sont les unités spécifiques pour la clientèle qui a de l'agressivité en lien avec leur déficit cognitif. (CHSLD-4)

Les responsables des CHSLD privés conventionnés doivent admettre les personnes que leur désigne le mécanisme d'accès à l'hébergement, qui est une structure rattachée au système public.

> Il peut y avoir une liste d'attente, par contre c'est le mécanisme d'accès à l'hébergement qui décide des priorités de nos résidents qui sont envoyés soit dans un CHSLD ou dans l'autre. Ça arrive

> majoritairement des hôpitaux ou des RI, peu du domicile maintenant parce qu'ils vont beaucoup en traitement des urgences. (CHSLD-2)

La possibilité de refuser un résident peut se faire très exceptionnellement, en lien avec des enjeux de capacité et d'offres de services.

> On a les dossiers, on les accepte, on les refuse. C'est sûr que nous on est assez vigilants sur la sécurité des résidents qui nous arrivent, qu'ils soient à la bonne place. Comme dans mon centre je n'ai pas d'unité prothétique. Je n'ai pas ce service là et je n'ai pas non plus d'unité spécifique. C'est à dire que quand je reçois un dossier, je dois analyser vraiment s'il est à la bonne place pour sa sécurité et la sécurité des autres. (CHSLD-4)

La gestion des admissions en hébergement laisse certaines insatisfactions, d'autant que certains CHSLD font affaire avec plus d'un CISSS/CIUSSS, ce qui leur permet de comparer les modes de fonctionnement. Ainsi, ils estiment que tous les CISSS/CIUSSS ne sont pas égaux en termes de flexibilité, de réponse adéquate aux besoins de la population, d'ouverture à une entente, de recherche de solutions, de soutien technique ou de formation. Certains CISSS/CIUSSS forcent l'admission de clients sur des unités qui ne leur conviennent pas.

> Le [CISSS-CIUSSS] respecte les normes, mais ils ont aussi une ouverture, par exemple, si on pense que le client serait mieux sur une unité prothétique et qu'on a un décès qui s'en vient prochainement, ils vont être capables de voir la *plus-value* pour le client. Parce que le client si on le transfère 2-3 fois, ça va le perturber. Tandis qu'un autre [CISSS-CIUSSS] va nous obliger à admettre un client qui a un profil unité prothétique dans une aile régulière. Là c'est sûr que le client est plus désorganisé et ça l'amène à faire dans sa trajectoire

> d'hébergement permanent peut-être 3 ou 4 transferts, et ça désorganise aussi des fois les clients autour. (CHSLD-4)

4.5.3 Une autonomie variable, dans un cadre de réglementation contraint

Les gestionnaires de CHSLD n'ont pas beaucoup de marge sur les orientations et directives, mais disent qu'ils ont de la latitude dans l'opérationnel, dans la manière dont ils vont rencontrer les exigences.

> Moi je ne peux pas dire que je veux rehausser la qualité, si je veux ajouter un poste de PAB dans mon établissement, je ne peux pas faire ça. Nous, nos heures et la structure des postes, c'est le ministère qui nous les donne. Si je révise ma structure et dans mon ratio je veux couper une journée ergo, j'ai le droit de dire que cette journée là je la donne à une PAB, ça, j'ai encore le droit de le faire. Mais le ministère dit : « on vous donne des heures mais c'est pour tel titre d'emploi et tel quart de travail. (CHSLD-4)

Certaines organisations, principalement des CHSLD privés non conventionnés, se donnent aussi les moyens de faire les choses sans s'arrimer étroitement aux directives du MSSS. Ils élaborent leurs propres plans stratégiques, développent leur approche de l'expérience-client, etc.

> Contrairement aux CIUSSS, nous on a un plan stratégique qui n'est pas le plan stratégique du Ministère, alors que dans tous les CIUSSS maintenant il y a un plan stratégique du Ministère avec des objectifs qui sont imposés. Nous, notre plan stratégique c'est notre plan stratégique qu'on fait en consultation avec nos partenaires et avec le Ministère et avec nos résidents et leurs proches, nos employés. Notre plan stratégique demeure la propriété de notre établissement, puis c'est à nous d'en assurer l'implantation. Notre autonomie de gestion

> est la même. C'est sûr qu'on a des contraintes différentes, dans le sens où le Ministère a la bonne habitude de nous envoyer des demandes à 3 jours de préavis... (CHSLD-3)

Ainsi, ceux qui considèrent qu'ils ont une bonne autonomie de gestion sont ceux qui, à la fois, s'accommodent bien des orientations du MSSS et qui ont des tâches et responsabilités définies qui n'empiètent pas sur celles des CISSS-CIUSSS. Mais cette autonomie est tout de même régulée par des balises financières, des balises légales et des contraintes de gestion de personnel.

> Nous on est là pour donner des soins [donc] on a des balises financières, on a des balises légales, on a des balises de gros bon sens, etc. J'ai des contraintes comme la gestion du personnel, la gestion de la pénurie, […] On a des gastros, des congés, des contraintes qui nous arrivent un jour ou l'autre… Sauf que là, c'est à moi à gérer en bon gestionnaire. Le Ministère il dit oui, mais la liste d'épicerie est connue quand on signe une entente avec lui. J'ai à négocier quand l'entente est terminée… (CHSLD-5)

4.5.4 Communication difficile et qualité inégale du partage d'informations

Un enjeu évident touche à la communication entre les CHSLD et le CISSS/CIUSSS. Aux nombreux changements de chaises, surtout chez les cadres, se sont ajoutés plusieurs départs, ce qui veut dire une perte d'expertise et de capacité relationnelle. Ces relocalisations ont laissé des espaces vides, plusieurs gestionnaires de proximité qui étaient des références pour les partenaires sont partis, et leur remplacement s'est souvent fait attendre.

Dans certains milieux, il n'y a pas de partage d'information, hormis les rencontres prévues, pas plus qu'il n'y a de concertation avec les CHSLD (privés conventionnés)

dans l'élaboration des pratiques et politiques. Les communications sont parfois pénibles et, surtout, les informations sont transmises partiellement, voire même, pas du tout.

> Les DG nous oublient. Ils ont mis sur pied la table Milieu de vie – Milieu de soin […] La direction SAPA a mis sur pied cette table-là, puis un an après ils disent « ha, on devrait inviter les privés conventionnés. Je veux dire, le réseau a perdu tous ses repères pendant un an et demi […] Parce qu'il y avait des CSSS qui étaient très impliqués avec les privés conventionnés, d'autres qui ne connaissaient même pas ce qu'était un privé conventionné. Mais, nous aussi on a travaillé fort pour mettre sur pied des canaux de communication. On n'a pas laissé libre cours à la communication pour qu'elle vienne... (CHSLD-1)

La disparition des agences régionales est regrettée par certains, car il semble que les CISSS/CIUSSS n'aient pas encore démontré leur équivalence pour la fluidité des communications.

> Avec l'agence, ils ne nous oubliaient pas. Il y avait tous les établissements de la région de Montréal sous leur gouverne, donc ils ne nous oubliaient pas. C'est de la façon que ça a été constitué qui fait que comme on n'est pas à l'intérieur d'un CIUSSS, l'information ne se rend pas. (CHSLD-2)

Mais d'autres gestionnaires de CHSLD apprécient pouvoir parler directement avec le MSSS qui devient un interlocuteur qui fait une réelle différence dans la mise en place de services, dans la définition des rôles, ce qui se reflète dans les ententes. Les CHSLD privés ou conventionnés qui fonctionnent en consortium ou qui relèvent d'un groupe peuvent souvent compter sur des ressources dédiées aux relations avec le MSSS.

> Moi je suis redevable à la direction générale de Vigie, aux propriétaires et eux, c'est directement au ministère. C'est comme ça qu'on fonctionne chez Vigie. Mais c'est eux qui parlent avec le ministère, mais c'est selon ce que moi je fais ou ce que je ne fais pas. (CHSLD-5)

4.5.5 La difficile adéquation des services aux besoins des résidents

Un facteur qui rend difficile l'adéquation des services offerts par un CHSLD aux besoins des résidents se situe au niveau de l'accès aux services spécialisés. Les résidents des CHSLD ne sont jamais priorisés et souvent meurent avant d'avoir vu le spécialiste dont ils ont besoin, notamment en psychogériatrie et en santé mentale. Si une personne décompense et devient un danger pour elle-même ou pour les autres, elle doit être envoyée à l'hôpital. L'hôpital va résorber la crise et retourner la personne en CHSLD, avec une recommandation de suivi en psychogériatrie, mais ce suivi ne sera jamais fait. Il peut se dérouler jusqu'à deux ans pour obtenir une consultation avec un psychogériatre. Or, la durée moyenne de séjour en CHSLD est d'environ 6 à 9 mois.

> Si des personnes ont des besoins particuliers de service qui ne sont pas offerts ici, notamment nous on a des médecins, ce sont des médecins généralistes, mais si on touche à de la santé mentale par exemple ou encore, c'est surtout ça finalement, des problèmes de comportement, le nerf de la guerre en hébergement maintenant, alors ça va être extrêmement, extrêmement long avant qu'on puisse offrir le service au client pour avoir une évaluation qui a du sens, là. (CHSLD-5)

Il semble aussi que les critères d'orientation en hébergement sont parfois appliqués à la lettre et que cela peut aller à l'encontre des besoins spéciaux des personnes. Certains responsables de CHSLD remettent en cause la fusion des CSSS en mentionnant que ceci a provoqué un manque de souplesse dans la trajectoire de la personne. Dit autrement, le coût que représente une place à l'hôpital ou en RI serait un facteur trop important dans la

trajectoire de la personne par rapport à des considérations cliniques qui prendraient en compte les dimensions personnelles ou familiales, contributives au bien-être de la personne et de ses proches.

> [Avant], une personne en perte d'autonomie pour laquelle on mettait fin aux soins actifs, on la gardait dans un hôpital jusqu'à temps qu'elle ait une place [en hébergement]. Maintenant, c'est le branlebas de combat pour tout le monde pour prioriser madame pour l'envoyer dans un CHSLD parce que ça coûte cher, l'hôpital... C'est une question monétaire. Il y a une gestion encore, mais c'est depuis 2005, moi je trouve que c'est beaucoup plus [...] c'est exacerbé depuis 2015 [...] Ce n'est pas en ayant fait des CIUSSS qu'il y a de l'amélioration sur ça. Moi je trouve que ça s'est empiré en fait avec les CIUSSS. Quand l'Agence gérait les admissions [...] il y avait une certaine souplesse. On était capable de dire « regardez, là... ». Les travailleurs sociaux disaient « regardez, là, elle a 97 ans, oui, elle cote RI, mais son mari est en CHSLD, à tel CHSLD puis il a 99 ans. Est-ce qu'on pourrait les mettre ensemble ? » Puis l'agence disait oui. Maintenant les CIUSSS disent « non, non, parce que là on va se faire dire qu'on coûte trop cher. » J'avais le même souhait en 2012, mais je trouve que là, on creuse dans la rigidité, au lieu de creuser dans la souplesse. (CHSLD-1)

4.5.6 Un enjeu majeur : Le manque de personnel préposés

Le manque de personnel dans les CHSLD est un enjeu important depuis les cinq dernières années. Il manque principalement de préposés, et le roulement de ce personnel est intense. Ceci pose un problème majeur alors que les directives et les normes de qualité du MSSS se sont intensifiées au cours du temps. Le deuxième bain est un exemple intéressant de l'effet combiné d'un manque de personnel et d'une directive provenant du MSSS.

> Ce qui est très difficile en ce moment dans la structure c'est l'introduction d'un 2ième bain car ce qui a été donné comme rehaussement, on a de la misère à répondre aux besoins et à la demande, ce n'est pas suffisant. On a été rehaussé d'une PAB pour tout l'établissement pour donner un deuxième bain à tout le monde. Pour l'instant, dans mes 2 établissements c'est un enjeu. Je dois revoir toute l'organisation du travail car pour nous, les 96 bains sont donnés de jour présentement avec notre personnel avec le ratio 1 pour 8, j'ai 16 PAB de jour. Le soir, on rajoute juste un PAB pour donner une 2ième bain, c'est un enjeu. Ce n'est pas impossible mais on n'a pas trouvé ça généreux. (CHSLD-4)

Avoir accès à de la main-d'œuvre compétente et stable est un véritable défi pour les responsables de CHSLD, notamment pour la catégorie des préposés, mais pas seulement. Il devient même souvent impossible de rencontrer les ratios de préposé/résident imposé par le MSSS, faute de main d'œuvre. Le MSSS a bien injecté de sommes importantes pour l'embauche de préposés, mais selon ces directions, il n'y en a pas de disponible. La formation de préposés aux bénéficiaires est plutôt accessible partout, mais les cohortes ne peuvent pas toujours se former, faute d'un nombre suffisant de postulants.

> Souvent dans notre territoire quand le taux de chômage est très élevé, les gens sont obligées de se replacer et les plans de replacement, c'est de les envoyer dans les écoles professionnelles. Ce sont des gens qui n'ont pas toujours beaucoup de volonté à travailler… Parfois il y a de très bonnes personnes, mais des fois ce sont des personnes notamment qui ont des difficultés scolaires importantes qui se retrouvent à finir leur secondaire aux adultes et qui sont dirigés vers les écoles professionnelles. Ils ont beaucoup de problèmes d'attention et de concentration, et toutes sortes de diagnostics comme ça et ça aussi c'est un enjeu important. (CHSLD-5)

Pour diminuer les impacts de ces différents problèmes, les responsables de CHSLD développent eux aussi des stratégies. Pour essayer de répondre aux exigences du MSSS et à la pénurie de préposés, certains ont modifié les postes existants et ont étendu les heures où il y a des bains offerts.

> Je n'ai pas fait de rajout de postes mais j'avais des postes de 5 heures donc je les ai allongés. Donc ça c'est moi qui gérais ça. On ne m'a pas imposé ça. On m'a juste dit : « Tu dois ajouter des heures de PAB pour intégrer un 2ième bain ». C'est sûr qu'on ne donne pas de bains la nuit donc je ne l'ai pas ajouté d'heures de PAB la nuit. J'ai juste extensionné pour qu'ils aient les bains l'après-midi. (CHSLD-4)

4.6 Le point de vue des TS à la direction SAPA

Le groupe de TS se distinguent des autres groupes interrogés puisqu'ici, il s'agit d'acteurs professionnels à l'interface de la gestion et des services directs. Ils sont des acteurs centraux dans le continuum de service, jouant le rôle de pivot ou de personne dédiée aux transferts entre milieux des personnes âgées en perte d'autonomie. Ils jouent également un rôle de courroie de transmission des informations et des procédures administratives entre partenaires. Il s'agit ainsi d'un groupe qui est au carrefour de l'ensemble des partenaires potentiels, privés, publics, communautaires et familiaux.

4.6.1 Une tâche complexe de diriger les cas, notamment avec les RPA et les agences privées

Les TS ont un rôle central dans la direction que doit prendre la trajectoire des personnes en perte d'autonomie. L'attribution des cas se détermine d'abord selon la lourdeur des tâches, puis en priorisant le communautaire avant le privé. Ce sont souvent sur les TS que reposent les recommandations et les démarches d'organisation des services.

> Moi j'ai des critères que certains clients avec des profils plus lourds ce sont nos auxiliaires; tandis que nos clients qui sont plus légers si on veut, on les achemine vers la coop de services […] Si la coop n'est pas en mesure de répondre à mon besoin ou qu'elle n'a pas de disponibilités, là je vais me tourner vers le privé. (TS-4)

Mais il n'en demeure pas moins qu'il y a une intensification des liens et des ententes avec le privé (RPA, agences, CHSLD). Les ressources d'hébergement privées sont très souvent l'alternative quand le retour à domicile (RAD) n'est pas possible. Les TS ont donc fréquemment des contacts avec ce type de ressources. La capacité de payer peut toutefois s'avérer un frein à cette solution et la situation financière de la personne devient un élément à prendre en compte dans la décision.

> À ce moment-là, on va regarder ce que la personne est en mesure de payer. On va demander des états de comptes et les avis de cotisation pour s'assurer que la personne paie le maximum de sa capacité, puis on va faire une demande de partage de coûts ou de compensation financière. On a des fonds pour ça au CLSC pour payer la différence. Donc, si la personne est capable de payer 2000$, que l'unité de soin coûte 3500$, on va payer un 1500. Souvent, c'est l'option la moins coûteuse, parce que c'est sûr qu'on a toujours l'option de faire affaire avec […] une agence de service de soins à domicile. Mais là, c'est du 1 pour 1, et ça peut aller jusqu'à du 24/7. (TS-3)

Les RPA ont un statut ambigu qui peut produire des insatisfactions. Il ne faut jamais oublier que les RPA sont des entreprises privées qui ont un statut de domicile, mais qui doivent répondre à des exigences précises pour être certifiées par le MSSS et pouvoir opérer. Cela crée de la confusion vis-à-vis les attentes qu'entretiennent même les intervenants du réseau public à leur endroit.

> Souvent mes collègues ont l'impression que c'est de l'hébergement public et qu'on peut demander n'importe quoi à la RPA, mais en même temps, la personne aînée elle est à domicile, mais ce n'est pas un domicile ordinaire. (TS-1)

Avec les RPA, les TS estiment que les relations sont généralement bonnes et satisfaisantes. Avec le temps, chacun se connait et comprend les limites de l'autre, comme la confidentialité à laquelle les professionnels du réseau public sont tenus.

> Je sais que ce n'est pas toujours facile pour toutes les intervenantes avec les résidences privées. Pour moi, ça va très bien, j'ai une bonne collaboration. Ils savent aussi qu'il y a une affaire de confidentialité. S'ils demandent quelque chose, je leur dis « je ne suis pas capable de te répondre » et ils respectent ça. Donc pour moi ça marche bien. (TS-5)

Néanmoins, il existe un enjeu de circulation de l'information. Les TS ne sont pas dédiées aux RPA, et n'ont pas non plus un rôle de gestion qui leur permet de comprendre adéquatement l'ensemble des relations. Ainsi, les responsables des CISSS/CIUSSS, des RPA, des EÉSAD, des RI et des CHSLD nous ont parlé des ententes actuelles et de celles à venir qui formalisent les liens de partenariat entre les organisations, mais il semble que ce genre d'information ne se rende pas au niveau des intervenants de terrain et ce tout particulièrement lorsque les agences privées sont présentes.

> Je n'ai pas parlé des agences, mais le fait que les auxiliaires travaillent aux CLSC, par exemple, c'est beaucoup plus facile parce que si j'appelle l'ASI de l'aide à domicile dans un dossier, elle, elle va pouvoir rejoindre l'auxiliaire. Mais si c'est l'agence, je n'ai pas de contact. Puis des fois, comment être sûre que le service a été donné, comment il a été donné si on ne connaît pas les auxiliaires ? (TS-1)

Développer une solution qui corresponde aux besoins et attentes des partenaires en termes d'interconnaissance et de maillage semble être une stratégie efficace et appréciable comme le rôle de soutien conseil auprès des propriétaires de RPA qui est né de leurs besoins.

> C'est vraiment créer un contact, développer un partenariat avec les propriétaires de résidences privées pour aînés. Moi je ne travaille pas auprès de la clientèle mais vraiment auprès des exploitants des RPA. C'est vraiment né d'un besoin, là, des propriétaires de RPA qui nous ont dit « nos clients ont des intervenants au CLSC et nous, à qui on se réfère ? » […] Quand on a une personne aînée qui n'a pas de famille, qui est en perte d'autonomie, qui n'a pas d'intervenant au CLSC, qui on appelle, comment on fait, comment on va chercher du soutien? Donc, c'est né de ça en fait mon rôle de soutien auprès des propriétaires, des exploitants de RPA. (TS-1)

En plus de l'aide pour naviguer dans le système, ce site a développé et maintenu une ressource d'aide (une TS) dédiée aux RPA depuis 2013. Cette ressource de liaison aide les RPA (surtout celles de petite et moyenne taille) à monter leur dossier pour la certification. Cette ressource a contribué à changer la nature habituelle des liens entre le public et les RPA ou du moins, la perception que les propriétaires en ont.

> J'ai été plus sollicitée dans les petites et moyennes RPA. Pas les grandes RPA des grands groupes où ils ont tout ce qu'il faut. Moi, dans des petites RPA de 9 places, j'allais jusqu'à aider l'exploitant à définir son offre de service, parce qu'il faut qu'il réponde aux règles, il faut qu'il ait un document. (TS-1)

4.6.2 Des effets de la réforme : Critères resserrés et marge de manœuvre

Mis à part les changements qui visent l'harmonisation des pratiques d'un territoire à un autre, l'ajout de procédures administratives, la révision des mandats entre l'hôpital et le SAD, le manque de ressources humaines, la perte des repères, etc. il demeure difficile d'attribuer spécifiquement à la réforme les changements vécus par l'ensemble des acteurs dont les TS. Toutefois, avec la réforme, la mobilité du personnel (à l'échelle d'un territoire plus vaste, mais aussi à l'intérieur des mêmes titres d'emplois) a été encouragée, mais ce, sans égard aux différences importantes qui sont reliées aux milieux de travail ou aux programmes.

> Depuis qu'on est fusionnés, les jeunes qui rentrent sont sur toutes les listes de rappel, autant la DPJ qu'au CLSC, en DP, DI et ils sont sur les listes de rappel de tous les CLSC du grand territoire. Quand on travaille en milieu hospitalier, ce n'est pas la même routine que dans un CLSC, ce n'est pas du tout la même façon de faire. (TS-4)

La fusion de l'hôpital avec les CLSC force la collaboration et redéfinit les rôles, l'hospitalisation étant un épisode et non une prise en charge des clients, du moins si ces derniers sont connus des services du SAD.

> On donne quand même une responsabilité au CLSC du fait que c'est quand même leur client même s'il est à l'hôpital et ils doivent se mobiliser pour essayer de collaborer avec les intervenants de l'hôpital pour que les choses bougent. C'est comme un peu plus leur responsabilité de trouver des solutions à l'orientation avec nous […] On voyait plus « bah le patient est à l'hôpital, c'est plus la responsabilité du service de l'hôpital » et après ça le CLSC reprenait la relève une fois que le patient était sorti de l'hôpital. Là on travaille plus en cohabitation disons par rapport à avant, on est plus en étroite collaboration par et ça je trouve que ça amène un peu plus de fluidité. (TS-4)

Les changements de pratiques semblent avoir de forts liens avec les changements de règles. Selon quelques participants, le suivi est plus serré et les critères qui déterminent qui fait quoi tendent à se resserrer.

> C'est beaucoup plus serré, beaucoup plus suivi maintenant. C'est vraiment selon les profils d'autonomie, selon ce qui est requis comme services et non pas des désirs de services. On essaye d'être plus pointu dans ce qu'on offre aussi […] Selon les directives du ministère, oui il y a une certaine partie de clientèle qui va aller vers la communauté, d'autres vers nos services. (TS-4)

Le manque de continuité dans les projets, que cela soit dû à la réforme, aux exigences du MSSS ou à l'arrivée d'un nouveau gestionnaire, a pour effet de décourager les intervenants à participer à l'élaboration des changements. Le centre décisionnel est non seulement éloigné des praticiens, mais le sentiment de ne pas contrôler ou influencer les changements produit de la désertion interne, voir des départs formels.

> On essayait de regarder c'était quoi la pratique psychosociale au soutien à domicile, puis de dire ce qui serait bien, ce qu'on aimerait. Puis finalement, après ça, sont arrivés, les CIUSSS. Là, tout le monde a changé de chapeau, puis de chaise et c'est resté sur la tablette. Ça n'a rien donné au bout du compte. Suite à tout ça, c'est quand même de l'énergie que tu mets là-dedans […], c'est fini, pour moi. Je ne me bats plus, je ne revendique plus, je ne fais rien, je ne fais plus rien. […] Il s'est passé quelque chose, il y a eu un énorme changement, tout a changé. Toutes celles de ma génération, de mon âge, qui sont sur le bord de partir ou qui sont partis, tout le monde disait « j'ai tu hâte de partir, de m'en aller, j'ai tu hâte ». C'est ça. (TS-1)

L'agrandissement du panier de services est souvent évoqué comme un effet positif des fusions. Mais cela n'a pas augmenté les ressources humaines qui donnent ces services.

> On a accès à plus de ressources qu'on avait accès avant ou il y a des choses qui se sont développées qui n'existaient pas auparavant comme nous maintenant on a dans le CISSS une équipe de psychogériatrie, ce qu'on n'avait plus depuis un certain temps. (TS-5)

> Là on a une offre de services qui est beaucoup plus grande qu'avant mais côté budgétaire et côté ressources humaines pour offrir les services, on a des limites. (TS-4)

Il semble évident que l'augmentation des ressources et la clarté des ententes contribuent à la marge de manœuvre que peuvent avoir les TS, et ce, bien que tout ceci soit insuffisant pour répondre au nombre croissant des demandes et à la complexité toujours plus importante des situations qu'ils rencontrent.

> Je dirais que d'un côté on a certainement une plus grande marge de manœuvre parce qu'avant c'était 30 heures de services maximum et là, dans certains cas on peut aller bien au-delà de ce nombre d'heures et la diversité des services disponibles est beaucoup plus grande. Ça nous donne nécessairement une marge de manœuvre plus grande pour répondre à des besoins qui sont très grands […] D'un autre côté, le fait que tout n'est pas arrimé, que les corridors de communication et les liens de collaboration sont en redéfinition et ne sont pas tous encore tous bien ficelés, ben peut-être qu'à certains égards ça réduit la marge de manœuvre autrement parce qu'à certains moments, les intervenants se retrouvent dans un flou et ne savent plus trop comment faire les choses et comment s'entendre avec les partenaires. (TS-5)

Certains TS estiment qu'ils ont de la marge de manœuvre une fois qu'ils se sont bien acquittés de toutes les obligations. Ils peuvent parfois demander des ajouts, des bonifications pour les services quand cela peut se justifier.

> On a tous des politiques, des choses à suivre, un fonctionnement. C'est clair qu'il faut faire ce qui est demandé, mais par contre, si on souhaite rajouter quelque chose de plus à nos usagers, pour une période précise, dans un but défini, ils sont très ouverts à ça. (TS-3)

4.6.3 Un problème de manque de ressources dans la trajectoire de soins

Parler de l'accès aux ressources oblige à parler des listes d'attente qui sont un véritable casse-tête pour les TS. Il manque de ressources spécialisées (pour les troubles cognitifs, pour les problèmes de comportement, etc.). Les personnes sont réévaluées, mais sans que davantage de ressources ne soit dédiées.

> Quand j'entends le ministre Barrette dire aux nouvelles à l'heure du souper un soir, […] que les gens rentraient en CHSLD quand ils voulaient et qu'ils avaient juste à se mettre sur une liste d'attente, je m'excuse, mais il y a des transitions et te ne rentres pas quand tu veux au CHSLD. Il y a des normes, des critères d'admissibilité et ce n'est pas comme ça que ça marche! Il faut que le système soit organisé, moi je dis tout le temps, ils ont comme mis la charrue avant les bœufs parce qu'ils ont augmenté les critères d'admissibilité au CHSLD, ainsi ils n'ont pas pensé aux ressources intermédiaires. Il y aurait peut-être plus de gens qu'on orienterait vers les RI, si les RI étaient mieux outillées, s'il y avait plus de places au public dans les RI. On doit diriger les gens en ressources privées en attendant une RI publique, parce qu'il y a un an, un an et demi d'attente […] Des fois le temps d'avoir ta place en RI publique, et tu es presque rendu un profil CHSLD. Les profils évoluent et ça finit qu'on révise le profil et là oups il cote CHSLD et n'a pas eu le temps d'être admis en RI publique et ils sont encore en ressource privée avec ajout de services. (TS-4)

Mais les listes d'attente ne concernent pas seulement l'hébergement, mais presque tous les services. L'hébergement est parfois la seule solution possible et ce, même si les TS veulent croire que plus de services à domicile pourraient l'éviter, notamment dans les situations de troubles cognitifs majeurs et d'épuisement des aidants. Ceci dit, orienter la personne en hébergement ne s'avère pas toujours une solution effective car partout il y a des listes d'attente. Les procédures pour avoir accès à une ressource publique sont tellement longues que les TS ne se gênent pas pour recommander aux familles de faire des démarches au privé.

> La personne est en attente pour un CHSLD et une fois par année, le Ministère nous demande une mise à jour du dossier pendant que la personne est en attente. Ça veut dire retrouver encore un formulaire médical et un médecin pour le remplir, faire une mise à jour de notre RSIPA nous aussi. Ça aussi, c'est d'autres genres d'évaluation qui se glissent, de réévaluations qui se glissent entre les autres. Tu sais, comme ça peut arriver aussi qu'une personne décède […] on a tellement de demandes et ça nous prend tellement de temps pour faire ça à travers tout le reste, que finalement, on encourage fortement les gens à utiliser le privé pour ça. (TS-1)

Mais encore, pour vivre dans une ressource privée, il faut avoir les moyens d'acheter les services. Or, la précarité financière des personnes peut s'avérer un frein important pour avoir accès à une RPA.

> Souvent les gens ont besoin d'aide financière du CLSC parce que dans un contexte où ils n'ont pas de gros revenus et qu'on augmente les services, les résidences privées augmentent les prix. Alors, on a de la misère à orienter les gens vers le privé, notamment des cas de RI car les coûts sont très élevés. C'est tout « à la carte », donc ça devient difficile d'accès au niveau financier… (TS-4)

En même temps qu'il est possible de reconnaitre le bien fondé de sortir la personne de l'hôpital lorsque sa condition ne requiert plus de soins aigus, s'ouvre la porte d'une cascade de problèmes liés à l'insuffisance et l'inaccessibilité des ressources d'hébergement qui donnent lieu à l'insertions d'un type d'hébergement très particulier, l'hébergement transitoire qui s'effectue le plus souvent en ressources privées. Cette solution permet bien de libérer les lits d'hôpitaux pour la clientèle qui en a besoin, mais elle génère aussi d'autres problèmes comme celle reliée à la qualité des services et à la capacité des organisations à en faire un suivi rigoureux.

> On a des partenariats aussi parfois pour sortir les gens des hôpitaux rapidement. Puis s'il n'y a pas de place en hébergement, on a des résidences privées au sein desquelles le CIUSSS a acheté des lits. Donc les personnes se retrouvent là, en hébergement transitoire. Puis là, des fois la qualité n'est pas toujours là. Elle n'est pas toujours là, parce que les murs puis le personnel préposé appartient au privé. Mais, les services professionnels relèvent du CIUSSS. (TS-1)

Le rehaussement de service intervient dans un contexte de besoins de services dans une RPA, par exemple. Alors, les mises en place de services doivent être autorisées, mais du moment qu'un coordonnateur donne son accord pour que le service soit accordé, il faut encore que quelqu'un, un préposé ou une auxiliaire, soit disponible. La mise en place des services n'est pas garantie par l'autorisation et cela illustre bien la panoplie des démarches que doivent faire les TS pour qu'au bout du compte, le service soit donné.

> C'est sûr que ça peut prendre plusieurs semaines. […] Quand je vais voir la personne qui priorise au niveau de l'aide à domicile des auxiliaires, elle sait que c'est pour des congés d'hôpital et que c'est pressant. Il y a toujours des alternatives, comme faire affaire avec des agences de services en attendant, si vraiment les services sont conditionnels au congé de l'hôpital. (TS-3)

4.6.4 Un maillage complexe avec l'hôpital

Pour les TS, les références proviennent de partout, y compris des médecins, des GMF (groupes de médecine de famille), des organismes communautaires et des RPA, mais aussi et surtout de l'hôpital.

> Les références peuvent provenir de partout. On a évidemment des références qui nous viennent de l'hôpital, des proches-aidants, des usagers eux-mêmes et moins fréquemment on a aussi des références du voisinage ou d'un proche intéressé qui se soucie de la personne. Donc les références viennent de partout. Quelques fois d'organismes communautaires, qui ont eu le consentement de l'usager et qui s'adressent à nous pour faire la demande de services. (TS-5)

L'organisation d'un congé d'hospitalisation exige des compétences particulières, dont celles de bien évaluer les impacts financiers pour la personne et pour le CISSS/CIUSSS, comme l'exemple suivant le décrit bien. On entre ici dans des négociations qui impliquent plusieurs acteurs.

> Si la personne elle a besoin absolument d'avoir des auxiliaires matin et soir, […] c'est à évaluer, du cas par cas. […] On va regarder s'il y a des disponibilités en répits, […] même privés. Des fois on a plus de chances d'arriver à nos fins en privé, alors on regarde ça, puis on aide financièrement la personne. Sinon, c'est sûr qu'on essaie de voir si on peut justifier de faire affaire avec une agence. L'agence elle ne se déplacera pas pour moins de 3 heures par exemple. Alors, est-ce que ça vaut vraiment la peine de payer 3 heures le matin, 3 heures le soir pour ça? Sinon on va essayer de voir est-ce qu'on peut impliquer la famille en attendant. Des fois, les familles si on a une date de début de service, elles vont être rassurées puis elles vont dire « regarde, moi

> pour une semaine je peux m'impliquer le soir, est-ce qu'on peut trouver une solution pour le matin. » Donc on essaie de négocier, trouver les alternatives en attendant. Puis sinon, si elle n'a pas le choix de rester à l'hôpital pendant ce temps-là, elle y restera. C'est ça, si on n'a pas d'autre alternative, on n'en a pas d'autre. (TS-4)

Ces demandes pour organiser des congés d'hospitalisation doivent être priorisées et deviennent un facteur de désorganisation du travail. Ici, la présence d'une ressource dédiée pour ces situations peut faire une différence, d'autant qu'un CISSS/CIUSSS fait souvent affaire avec plus d'un hôpital et que chacun impose ses règles de fonctionnement.

> On a plus d'un hôpital dans la région puis je vous dirais que la vision de l'hôpital de […] versus la vision de l'hôpital de […] est complètement différente. On fait des projets dans les 2 hôpitaux et on ne fonctionne pas à 100% de la même façon non plus. (TS-3)

Si les améliorations dans les procédures de transmission des informations entre l'hôpital et le SAD sont soulignées, il n'en demeure pas moins qu'il se trouvent encore des situations qui sont traitées en urgence. Dans ces derniers cas, il faut bien comprendre que ce ne sont pas uniquement les professionnels du réseau public qui sont pris dans un tourbillon administratif.

> Quand il faut relocaliser le client à partir de l'hôpital, ça se fait en étroite collaboration. Eux ils ont l'information dans le dossier et des fois on révise l'OEMC, il y a du travail qui a été fait. Parfois il faut se parler, mais il y a une bonne communication et une bonne collaboration […] Évidemment des fois il y a des frustrations, on se fait appeler à la dernière minute et il faut sortir le client pour hier. Généralement, on va tenter de dresser un portrait aux responsables de RPA et leur demander si les besoins ont augmenté, s'ils sont encore en

> mesure d'y répondre car ils ont une responsabilité là-dedans, mais ça se peut que des fois ça soit escamoté. (TS-4)

La présence d'une personne dédiée pour organiser les congés d'hôpital et faire les liens avec les ressources et les intervenants est une amélioration qui sauve du temps, malgré que le volet administratif puisse accroitre les délais. Le dispositif est apprécié et les statistiques montrent la pertinence de cette ressource.

> Moi je suis une intermédiaire dans le fond. Ça favorise beaucoup la fluidité du corridor de service, mais c'est sûr que dans les délais d'attente, toute la portion administrative se fait soit après mon implication, après mes évaluations, soit en même temps. C'est ici maintenant qu'il faut que ça se passe, alors c'est sûr que d'attendre tout le volet administratif, des fois c'est ça, mais c'était plus long dans le passé. (TS-3)

Sortir les gens de l'hôpital est une nouvelle cible, pas forcément en lien avec la réforme, mais un changement néanmoins important et conséquent sur les ressources à développer et les partenariats à établir. Cela comporte aussi des effets pervers en termes de priorisation des demandes qui proviennent de l'hôpital sur les clients à domicile qui voient leurs demandes toujours reculer sur la liste des priorités.

> En ce moment la planification des congés change beaucoup nos pratiques avec nos partenaires, notamment avec les RPA avec qui on fait plusieurs ententes de services qu'on n'aurait pas faites auparavant. Donc dans la planification des congés il faut sortir les gens de l'hôpital rapidement et s'ils ne peuvent pas retourner chez eux, on va leur trouver un autre milieu de vie temporaire, en attendant un hébergement dans le réseau. Évidemment, on a créé plusieurs ententes de services avec les résidences, on revoit même l'offre de services qu'on peut aller dispenser dans ces résidences, donc ça a changé […]

> maintenant les RPA savent jusqu'où on peut aller dans notre offre de services pour certains patients qui répondent à certains critères, on s'entend, ils savent qu'on est là pour collaborer avec eux. (TS-5)

4.6.5 Des relations importantes avec les familles et les organismes communautaires

L'articulation des soins et des services avec l'hôpital est une préoccupation qui a donné lieu à différents projets pilotes. Et l'on peut constater les efforts qui sont déployés pour libérer les lits d'hôpital et organiser les services requis à la suite d'un congé d'hospitalisation. Lorsqu'un retour à domicile est possible, la mobilisation des familles peut faire une différence dans les délais de prise en charge par le CLSC. En fait, la famille doit voir à ce que les demandes qui sont faites à ou par l'hôpital soient suivies.

> C'est sûr qu'on ne peut pas garantir aux familles que la semaine prochaine [ils auront les services demandés]. Des fois ils nous rappellent et ça fait 3 semaines et ils nous disent « je n'ai pas eu de nouvelles du CLSC ». Donc on leur dit « s'il y a des changements dans votre situation, rappelez à l'accueil, mentionnez qu'il y a une demande qui a été faite de l'hôpital et expliquez le contexte qui fait que ça devient peut-être plus urgent » (TS-4)

Le manque de ressources, c'est aussi le manque d'infrastructures comme des CHSLD, ce qui fait retomber sur les épaules des familles beaucoup de responsabilités, et ce, malgré que la composition des familles d'aujourd'hui.

> On a beau dire qu'on ne veut pas développer des places en CHSLD, à un moment donné il va falloir suivre la cadence. Malheureusement, c'est complexe, on a de plus en plus de cas très lourds pour lesquels les familles ne peuvent pas nécessairement subvenir aux besoins. On en a des gens qui gardent des profils 14 à la maison, mais de moins en moins parce qu'on n'a plus les grosses familles et les ressources qu'on

> avait […] Puis les enfants sont de plus en plus vieux, […] ils sont encore au travail ou ils ont de jeunes enfants […] C'est compliqué, ils ont d'autres réalités avec lesquelles ils doivent composer qui font en sorte que ça ne fonctionne pas. J'en ai une actuellement qui n'a pas d'enfants, pas de mari. La seule personne, c'est un neveu qui n'habite même pas dans la région. On est chanceux, là, il y a des familles même si elles ne sont pas dans la région qui s'impliquent beaucoup, mais ce n'est pas toujours le cas. (TS-3)

La participation de l'usager et de ses proches semble s'articuler autour de leurs capacités financières à contribuer aux coûts des services, particulièrement dans les situations d'augmentation des services suite à une hospitalisation. La situation financière de la personne va alors être scrutée attentivement.

> C'est sûr qu'on va vérifier les états financiers de madame, on va voir c'est quoi sa capacité de payer, est-ce qu'elle a des actifs, est-ce qu'elle a des placements, et puis on va vraiment faire le calcul à savoir ben qu'est-ce que madame peut payer, c'est quoi sa réelle capacité de payer, et nous, on va engager à ce moment-là la différence. Si la personne a les moyens de payer, on ne va pas engager des fonds pour payer la différence à ce moment-là. (TS-3)

Le réseau de contacts des TS est certainement celui qui est le plus développé parmi les participants au projet. Les ressources communautaires sont particulièrement détaillées et la connaissance des mandats de chacun a nombre de fois été exposée. Pour certains TS, le travail ne s'arrête pas avec la connaissance des ressources et la transmission des informations. Il est souvent préférable d'accompagner les usagers et les aidants pour qu'ils fassent les contacts avec les ressources de la communauté. Les liens et les procédures avec le communautaires sont bien établis, bien formalisés et durent depuis nombre d'années. Les exigences des organismes communautaires sont faciles à rencontrer et les réponses sont généralement rapides à venir.

> Il n'y a rien qui a changé. Donc si vous avez besoin d'accès à une ressource communautaire […] et que vous avez besoin d'organiser un transport adapté pour un rendez-vous, ben je les appelle et je n'ai pas de problème. C'est facile. (TS-5)

Il y a aussi des activités autrefois dévolues au professionnels du public qui sont maintenant offertes par des organismes communautaires, comme les suivis psychosociaux pour les aidants. Dans ces cas, les TS du soutien à domicile n'hésitent pas à y référer la clientèle, d'autant qu'ils sont surchargés.

> La Société Alzheimer offre beaucoup beaucoup d'interventions psychosociales. Fait que c'est des aspects que maintenant je suis portée à déléguer ça, même, parce que je sais que ça existe, et que c'est de plus en plus organisé comme à l'extérieur du CLSC. Alors, puis il y a même, ici, une intervenante de la Société Alzheimer qui ne fait que ça du support psychosocial pour des aidants, et ils ont aussi des groupes pour les aidés. Il y a d'autres organismes aussi qui offrent du support, […] qui ne font pas juste du gardiennage, mais qui vont recevoir des groupes d'aidés, des groupes d'aidants, donc il y a beaucoup de ça qui s'est organisé à côté du CLSC. (TS-1)

4.6.6 Un travail éprouvant

Le volume de clients, de services et d'interventions prend une place importante dans l'activité quotidienne des TS. Néanmoins, celles-ci s'interrogent sur l'importance d'évaluer la qualité de ce qui se fait, aussi bien à domicile qu'à l'hôpital.

> Faudrait regarder ce qui se fait sur le plan de la qualité [pas juste en termes de quantité]. Qu'est-ce que je dis à mes clients, moi, qui ne savent pas, ils savent si je suis à jour dans mon caseload et tout, mais

> ils ne savent pas comment j'interviens, jusqu'où je vais dans mes interventions, qu'est-ce que je dis, qu'est-ce que je ne dis pas. Est-ce que je préconise une approche, pas une approche, on ne parle plus d'approche, de rien, surtout au niveau théorique, là, on n'a plus de discussions là-dessus pantoute. (TS-1)

La complexité des dossiers exige que les TS reçoivent du soutien, surtout dans le contexte actuel où les cas sont plus complexes et doivent être répondus dans un délai court.

> Je pense que le travail est difficile et éprouvant de par la complexité des cas. Je pense que ça prend juste vraiment une équipe de soutien derrière les TS aussi et qu'elles ne restent pas toutes seules avec la complexité de leurs dossiers […] Je ne pense pas que ça ait changé, on a toujours travaillé vraiment en interdisciplinarité et on a toujours eu des partenariats. Les partenariats se sont peut-être un peu mieux définis par exemple les partenariats avec les RPA […] c'est juste dans la continuité de ce qu'on faisait déjà avant. Je pense que des fois ça va juste très vite et qu'on a pas le temps de se concerter peut-être par rapport à ça et c'est là que des fois on reste peut-être un peu plus tout seul parce qu'il faut que je tranche vite, il faut que je décide vite, il faut qu'ils sortent vite de l'hôpital faque je n'ai pas le temps d'aller consulter ma collègue ergo ou infirmière pour dire ben là, quel bout tu peux faire et c'est ça qui fait que des fois elles se sentent isolées ou à porter les dossiers toutes seules, c'est plus la rapidité avec laquelle on doit faire les choses dans le contexte actuel. (TS-5)

L'absence de considération du jugement clinique a été souligné à maintes reprises et semble être un facteur de perte de sens du travail et de démobilisation des TS qui constituent le groupe professionnel qui intervient régulièrement pour et au nom des usagers. La manière de gérer les demandes qu'ils font, notamment pour l'octroi de

services, a changé, de leur point de vue, dans le sens d'une rigidité des critères qui laisse peu, voire pas de place à la discussion

> Dernièrement, il y a peut-être une année, il y avait encore un débordement à l'hôpital où on a créé des lits temporaires J'ai participé comme travailleuse sociale pour soutenir les aînés qui arrivaient là, et dans une situation en particulier, avec l'autorisation du client, j'ai fait une demande de soutien à domicile et elle m'a été refusée […] c'est quand même difficile. Et après, il faut retourner, dire au client que c'est refusé. Ce que ça me dit, à moi, c'est que je n'ai peut-être plus la bonne façon de travailler. (TS-1)

La fusion a aussi altéré l'identité, l'appartenance à une organisation qui est devenue trop abstraite pour qu'on s'y reconnaisse et s'y sente chez soi. Et cela a peut-être même débuté avec les CSSS car dans certains milieux, surtout ceux fortement urbanisés, l'unité qui fait sens pour les TS, ce sont les CLSC.

> C'est dépersonnalisé. CLSC ça veut dire quelque chose. C'est un peu comme les accueils psychosociaux qui s'en vont pour certains dans des GMF. Maintenant on va pouvoir voir un travailleur social en GMF, tant mieux, mais CLSC, c'est quoi le CLSC maintenant ? Des CLSC moins ouverts, un sur le territoire, donc avant il y en avait un sur le CSSS ouvert le soir ou le samedi, c'était à 3 km, ou 5 ou 6 au plus loin […] C'est complètement dépersonnalisé, c'est 15 000 employés pour le CIUSSS […] et moi je n'ai aucun sentiment d'appartenance. J'ai dans mon équipe des collègues que je ne connais pas, et que je n'ai pas envie de connaître pour le moment parce que je n'aurai des échanges avec ces personnes-là [que] 3 fois par année pour une réunion d'équipe, mais de quelle équipe on parle ? L'équipe RNI-CIUSSS... (TS-1)

5. Analyse transversale des résultats

La compilation de l'ensemble des discours permet de comparer les points de vue des acteurs interrogés. Nous présentons tout d'abord une analyse par catégorie d'acteurs, afin d'analyser globalement les informations issues de la partie Résultats. Puis, dans un second temps, nous réaliserons une analyse transversale de nos données, pour mettre de l'avant les analyses majeures.

5.1 Analyse des différents points de vue présentés par les acteurs

Les directions SAPA, générales ou adjointes, nous ont présenté leur mandat relatif à la gestion de l'ensemble des soins et services pour les ainés dans leur territoire CISSS/CIUSSS. Ils mettent de l'avant l'importance cruciale de la standardisation des pratiques, telles qu'elle a été imposée par le MSSS. Selon eux, cette standardisation ne créé cependant pas que des effets négatifs : cela leur permet d'avoir davantage de contrôle sur l'ensemble du territoire, ce qui favorise une harmonisation de l'offre de services et réduit d'autant des iniquités entre territoires de RLS. Par contre, ils mentionnent que leur marge de manœuvre tient davantage aux modalités de mise en œuvre des objectifs plutôt qu'aux objectifs eux-mêmes. L'ancrage aux enjeux locaux est moins important depuis 2015, tandis que l'importance de fournir un volume important de soins et de services devient prépondérante pour l'évaluation de leur performance.

Dans ce cadre, les partenaires du réseau sont d'abord et surtout des prestataires d'affaire, c'est-à-dire des acteurs avec qui ils se lient dans une relation contractuelle pour la dotation de services, qu'il s'agisse du domicile ou de l'hébergement. Par ailleurs, les directions SAPA ont mis en évidence que leur mandat se prolonge par le monitorage de la qualité des services fournis à l'extérieur des murs du CISSS/CIUSSS. Cette double fonction de relation contractuelle d'affaire et d'évaluation de la qualité peut occasionner une complexité dans la manière dont les acteurs vont travailler ensemble, idéalement dans une relation égalitaire. Les relations avec les partenaires EÉSAD et RPA semblent les

plus exigeantes, principalement en termes de coordination des services dans la trajectoire de l'usager, de volume de services, mais aussi de qualité des prestations.

Une difficulté notable des directions SAPA demeure leur capacité de fournir un service rapide et adapté aux personnes hospitalisées, tant la pression à sortir rapidement de l'hôpital est forte. Or cette demande concerne bien sûr la reddition de compte relative au taux de NSA, mais les risques cliniques découlant d'une hospitalisation évitable fondent aussi cette exigence. Cette dernière raison a peu été évoquée par les gestionnaires. Dans ce cadre, la coordination avec les familles pour un retour à domicile ou avec les RPA (si le retour au domicile est impossible) semble incontournable pour une offre de services adaptée à ce besoin. C'est la mission, précisément, des TS de la direction SAPA des CISSS/CIUSSS, que de gérer cette trajectoire de services et de soins à partir de l'hôpital, surtout en privilégiant la sortie des personnes hospitalisées. Du côté des CHSLD publics, l'enjeu demeure surtout relatif au manque de main d'œuvre, principalement les préposés aux bénéficiaires.

Pour les responsables d'**EÉSAD**, la mise en concurrence des EÉSAD avec les agences privées est un résultat direct de la réorganisation des services amorcée en 2015. Si, historiquement, leur mandat fut de réaliser des AVD pour une clientèle d'un territoire déterminé, la nouvelle donne imposée par le MSSS les oblige à se transformer pour donner une offre de services SAP. Ceci, bien sûr, modifie leur relation avec le CISSS/CIUSSS, de la co-construction d'une réponse aux besoins des ainés à la relation de sous-contractant Les EÉSAD subissent une pression importante de la part du secteur public, autour de quatre facteurs : la qualité relative du lien de partenariat avec le CISSS/CIUSSS (compte-tenu de leur concurrence avec les agences privées), le manque de moyens financiers fournis par le CISSS/CIUSSS pour la réalisation des SAP suivant les standards de qualité recherchée, le manque de main d'œuvre qualifiée et la difficulté d'attraction et de rétention de préposés à domicile, et, enfin, les difficultés relatives à la communication et la concertation avec la direction SAPA (et notamment les délais dans lesquelles les EÉSAD doivent répondre aux référence qui leur sont transmises). Ainsi, les EÉSAD espèrent pouvoir compter, un jour, sur une entente de services avec les

CISSS/CIUSSS qui inclurait un nombre minimal d'heures de SAP par année, ce qui permettrait, entre autres, une meilleure gestion du personnel pour répondre à la demande et une meilleure planification et organisation des services visées par une telle entente.

La relation de partenariat des EÉSAD avec les CISSS/CIUSSS est variable d'un territoire à un autre. Elle dépend étroitement de la présence d'agences privées de soins à domicile – concurrents directs des EÉSAD – et des relations historiques tissées avec cesentre CISSS/CIUSSS et EÉSAD. Si le virage des EÉSAD vers les SAP a été imposé pour l'ensemble de ces organisations par le MSSS, certaines EÉSAD démontrent leur capacité ou, tout du moins, leur intérêt à opter pour une stratégie de *statu quo* : maintenir une mission d'AVD dans une relation privée avec des clients qui ne les lierait pas autant au CISSS/CIUSSS quant à la dotation de services. Bien que ces stratégies demeurent minoritaires dans le portrait de ces organisations, elles expriment la volonté des EÉSAD à bien faire comprendre leur autonomie de gestion constitutive.

Les **RPA** sont des ressources qui ne sont pas homogènes, peu importe la dimension à travers laquelle on les analyse. Elles se distinguent les unes des autres par leur taille, leurs structures et modes de gestion, leurs clientèles, la qualification de leur personnel, etc., tout en conservant leur statut formel de domicile. Entre une petite RPA de quelques chambres et une filiale RPA de grande taille (Chartwell, Groupe Maurice, etc.), les différences sont nombreuses, et les réalités vécues par les gestionnaires sont très distinctes. Les RPA sont soumises à une réglementation et à un processus de certification dont les objectifs sont difficiles à atteindre pour les RPA de petites tailles. Bien que leurs relations contractuelles soient bien établies avec les CISSS/CIUSSS (qui sont leurs partenaires d'affaire quasi exclusifs), ils considèrent que leur partenariat doit être consolidé pour favoriser leur propre développement. Certains liens exigent des clarifications, par exemple pour définir et comprendre les règles qui s'appliquent, pour déterminer quel service doit être donné par la RPA, ou pour clarifier les situations dans lesquelles le CISSS/CIUSSS va apporter un soutien financier. Il est difficile d'attribuer à la réforme des changements majeurs pour les RPA, mis à part les bris de contact temporaires avec les personnes référentes au CISSS/CIUSSS. Néanmoins, les RPA jouent

de plus en plus un rôle majeur dans la trajectoire des personnes hospitalisées. Les TS intégrées à l'hôpital deviennent alors des contacts de premier ordre, qui vont demander des transferts de personnes vers les RPA, lorsque le retour à domicile est impossible et que l'entrée en RI ou CHSLD est prématuré. De fait, comme pour les EÉSAD, ce sont les CISSS/CIUSSS qui paient ces services fournis dans les RPA pour les usagers, mais en imposant un certain montant qui ne correspond pas toujours aux attentes des gestionnaires, qui rappellent pour la plupart, la dimension lucrative de leur activité. Et cette place de plus en plus importante du CISSS/CIUSSS dans les activités des RPA (notamment pour contrôler au maximum les trajectoires de patients vers l'hôpital, les RI ou les RPA, et ce, en lien avec la gestion des dépenses de soins et services institutionnels dont les hospitalisations évitables) ne plait pas à tous les gestionnaires de RPA. Certains veulent refuser à l'avenir d'intégrer des clients dont la perte d'autonomie est trop lourde. Ils souhaitent notamment éviter une gestion trop ardue du personnel qui est, comme ailleurs, trop peu disponible. Là encore, il semble que ce souhait soit minoritaire chez les répondants.

Les problèmes que vivent les gestionnaires de **RI** sont en partie les mêmes que ceux rapportées par les autres ressources d'hébergement et aussi par les services de soutien à domicile, soit d'une part une forte standardisation des pratiques imposées par le MSSS, d'autre part une difficulté à transiger avec le CISSS/CIUSSS sur le profil clinique des personnes accueillies en RI et conséquemment sur la financiarisation des soins et services, et, enfin, les difficiles attraction et maintien en emploi de préposés qualifiés et engagés auprès de la clientèle. Encore une fois, la disparité des salaires est pointée du doigt comme étant une cause importante des difficultés rencontrées dans le secteur des ressources humaines. Plus spécifiquement pour les RI, tout le processus d'évaluation et le système de cotation qui sont utilisés pour orienter les résidents et déterminer le financement de l'hébergement sont questionnés au niveau de leur contenu souvent décalé par rapport à la réalité, mais aussi au niveau de leur utilisation rigide, sans remise en question possible. Cela altère certainement l'efficacité des relations de partenariat avec les CISSS/CIUSSS, qui sont considérés comme occupant une position de juge et partie, peu enclins à respecter les limites des RI, mettant toujours plus de pressions et de

responsabilités sur elles, sans que cela s'accompagne d'un soutien financier à la hauteur des attentes. Les RI décodent dans ces manières d'agir des CISSS/CIUSSS qu'ils les perçoivent ou s'attendent à ce qu'elles jouent un rôle d'exécutants et non de partenaires. Or, du point de vue des RI, ce mode de fonctionnement nuit à l'autonomie de gestion des RI et aussi à la qualité des services pour les résidents qui leur sont confiés.

Comme du côté des CHSLD publics, les responsables de **CHSLD** privés et privés conventionnés ont vu peu de transformations dans leur mandat, hormis quelques ajustements dans leurs pratiques en raison de nouvelles règles. Tout comme les CHSLD publics, ils accueillent des clientèles variées sur la base de l'âge, des problématiques et des impacts sur les services. Toutefois, ils estiment que les CISSS/CIUSSS et le MSSS sont peu attentifs aux difficultés qu'ils rencontrent pour donner certains services spécialisés comme dans les cas de problèmes de comportements, de plus en plus fréquents, qui requièrent des installations et des approches particulières que tous les CHSLD privés ne détiennent pas.

Le statut du CHSLD, selon qu'il est entièrement privé ou privé-conventionné, va encadrer différemment les relations, les mandats, les exigences, etc. avec les CISSS/CIUSSS. Les relations avec le réseau public (MSSS et CISSS/CIUSSS) sont de plus en plus balisées et formalisées, entrainant une standardisation des pratiques à appliquer qui se rapprochent de plus en plus des CHSLD publics. Les CISSS/CIUSSS se révèlent leur principal partenaire, d'autant que, comparé aux services de soutien à domicile, le nombre de partenaires est très limité pour les gestionnaires de CHSLD. Toutefois, les communications demeurent peu satisfaisantes au regard du partenariat auquel ils s'attendent. Par exemple, ils sont souvent oubliés dans les invitations aux tables de concertation, ils subissent des pressions pour admettre des résidents qui ont des besoins plus grands que ce qu'ils sont capables d'offrir, ils subissent des règles (ex. hébergement transitoire) qui jugent à l'encontre de l'approche centrée sur la personne. La plupart des responsables de CHSLD estiment que les mois qui ont suivi la réforme ont mis à mal les liens de partenariat, mais que les communications se reconstruisent tranquillement. Comme pour les CHSLD publics, l'attraction et la rétention des préposés

sont ici des enjeux centraux, surtout pour les CHSLD privés dont le salaire du personnel préposé est inférieur aux membres des CHSLD privés conventionnés. La tâche demandée pour les préposés en CHSLD est exigeante, compte tenu de la lourde perte d'autonomie des résidents intégrés dans ces installations.

Les **TS** intégrés à la mission CLSC des CISSS et CIUSSS forment le groupe de participants qui a le plus de contacts, en nombre et en fréquence, avec une grande diversité de partenaires, y compris les familles et les organismes communautaires. Cette liste de contacts inclut aussi des ressources vers lesquelles les TS délèguent certaines tâches qui leur revenaient récemment (ex. le suivi des proches aidants). De nouveaux partenariats (ex. avec la Société Alzheimer) se développent dans une perspective de dégager une marge de manœuvre pour faire face aux nombreuses demandes qui les attendent. Avec la multiplication des liens et des ententes, le fractionnement des tâches et la rapidité des changements, la coordination semble essentielle pour un bon arrimage entre les ressources, et les TS sont souvent impliqués dans ce rôle d'interface (Bourque et al., 2010). L'articulation des soins et des services entre le SAD et l'hôpital occupe une grande part du travail et est un facteur important de dérèglement de leur rythme de travail en raison de la priorisation des demandes en provenance de l'hôpital (comparativement aux autres provenances, telles que la famille ou les organismes communautaires). Les TS sont en première ligne quand vient le temps de libérer les lits d'hôpitaux et de mettre en place les services requis à la suite d'un congé d'hospitalisation. Cela explique aussi leurs liens très fréquents avec le secteur privé. Les TS doivent gérer les effets du manque de ressources (humaines, matérielles et aussi de structures d'hébergement) dans tous les secteurs (publics, privés communautaires) et les délais que cela occasionne dans la transition entre l'hôpital et le domicile. La marge de manœuvre des TS semble de plus en plus limitée par les nombreuses exigences administratives qui ne cessent de s'accroitre et qui ne se font pas toujours à la faveur du client. Les TS connaissent bien toutes les particularités des situations cliniques qui se butent aux critères d'accès, notamment financiers, et aux décisions administratives imposant ou refusant un déplacement des personnes vers telle ou telle ressource. Il s'agit d'un groupe professionnel qui perçoit une dévalorisation de sa mission relationnelle et humaine en raison de cette focalisation sur

les besoins des organisations en termes de trajectoires. Les TS sont peu consultés et, quand ils le sont, leur parole est peu prise en compte, ce qui alimente, à tort ou à raison, un sentiment de perte de contrôle sur un travail dont l'écart se creuse entre la motivation première d'aider les personnes et l'application de règles et de procédures, largement imposées par des considérations budgétaires, qui font souvent peu de place à la personnalisation des services.

5.2 Une analyse transversale des résultats

Certains thèmes sont transversaux à l'ensemble ou à plusieurs acteurs du continuum de services que nous avons interrogé. Selon nous, il s'agit des thèmes les plus importants à retenir en termes d'analyse.

Le MSSS impose une partie de la dotation des services et de la réglementation auprès des partenaires privés et du tiers-secteur via la direction SAPA du CISSS/CIUSSS. On peut constater ici un paradoxe : le souhait du MSSS que les partenaires demeurent dans une relation égalitaire avec les CISSS/CIUSSS, quoi que ces derniers imposent de manière « top-down » la dotation et la réglementation. Les ressources du secteur privé, notamment les RPA, profitent d'une grande autonomie dans la nature et le volume de services à offrir aux clients de leurs ressources. Mais certaines RPA disent souffrir d'une imposition unilatérale et top-down d'un quota de services aux personnes qui sont dirigées par les TS dans leurs RPA, via le programme de RPA+. De la même manière, les EESAD se sont vues progressivement octroyées des fonctions de SAP qui n'étaient pas intégrées à leur mandat initial (les AVD), et, quoique cette attribution peut représenter une forme de reconnaissance de leur expertise, ces ressources ont dû subir la concurrence des agences privés de services dans plusieurs territoires. En RI et en RPA, l'appréciation est identique : les gestionnaires disent subir une imposition de réglementation et d'imposition de clients qui, parfois, ne correspondent pas au profil qu'ils peuvent accueillir. De la même manière, pour tous les acteurs gestionnaires, le budget octroyé par le CISSS/CIUSSS pour fournir les services est insuffisant. Cette orientation pose des problèmes d'ordre opérationnel pour les partenaires (capacité à

accueillir la personne selon son profil clinique, capacité à financer les services, etc.), mais permet au MSSS de maximiser d'un point de vue quantitatif et clinique l'offre de services via les partenaires sans accroitre considérablement la part du secteur public. On retrouve ici un principe important de la NGP, qui, ici, se traduit moins par une hyper-libéralisation des soins et services, que par une présence accrue du secteur public dans la dotation et l'évaluation des services à la population. Les directions SAPA des CISSS et CIUSSS suivent une ligne propre à la NGP, qui est de continuer à fournir des services aux cas les plus complexes, mais pas à la hauteur de l'ensemble des besoins de la population selon la perception de leurs partenaires privés et du tiers-secteur.

La Loi 10 n'a pas été présentée par une majorité d'acteurs comme une étape cruciale de la transformation du continuum et des réseaux de services. La plupart des acteurs mettent davantage de l'avant les transformations historiques qui ont débuté avant la Loi 10, et qui ont conduit au développement des acteurs privés. La Loi 10 a tout de même eu des conséquences pour deux acteurs importants. D'une part, les directions SAPA des CISSS et CIUSSS doivent assurer leur responsabilité populationnelle sur un plus grand territoire. La capacité modulatrice des planifications stratégiques locales des CSSS n'existe plus. Les objectifs sont standardisés et imposés à l'ensemble des CISSS et CIUSSS par le MSSS. Cette transformation a certes posé des difficultés pour les divers acteurs, principalement en termes de liens et de communications (changements de gestionnaires, d'acteurs pivot, etc.). Mais elle a aussi été présentée par les directions SAPA comme une opportunité de mieux contrôler l'ensemble des ressources à leurs dispositions sur le territoire pour atteindre les objectifs prescrits par le MSSS, de même que de prioriser certains objectifs clairs et univoques (comme la réduction des NSA, la réduction du temps d'attente pour une place en CHSLD, etc.). D'autre part, les EÉSAD ont vu leur mandat se transformer, de fournisseur d'AVD à prestataire de SAP. La Loi 10 n'a pas visé directement ces objectifs, mais l'intégration de l'EÉSAD à un RTS plus large que le RLS a permis la mise en concurrence par le MSSS de ces organisations avec les agences privées de services à domicile. Certes, ce changement a été présenté comme un risque majeur pour les EÉSAD qui, par ailleurs, ont perdu progressivement leur mission sociale et locale. Cependant, la majorité des responsables d'EÉSAD ont accepté d'entrer

dans cette compétition, en espérant que le lien historique avec les anciens CSSS demeure vif, et que des stratégies de proximité favorisent leurs entreprises.

Les directions SAPA des CISSS et CIUSSS ne répondent pas à un mandat d'animation du RTS, mais davantage à un mandat d'octroi de contrat. En ce sens, ces directions dictent les objectifs aux acteurs privés et du tiers-secteur, et ne leur laissent que peu de marge de manœuvre dans la gestion partagée de ce qui devrait être la responsabilité populationnelle. Les directions SAPA se perçoivent, justement, non pas comme des animateurs d'un réseau territorial de services composé d'acteurs souhaitant travailler ensemble, mais comme un acteur responsable, légitime, fournisseur de contrats et de services dans une logique verticale d'imposition, davantage que de participation. Ceci ne veut pas dire que des discussions n'ont pas lieu; au contraire, les TS jouent un rôle important dans ce cadre-là, pour bien faire correspondre les services des acteurs publics, privés ou associatifs avec les besoins des personnes. Néanmoins, les critiques sont unanimes sur le manque de moyens financiers octroyés par le CISSS/CIUSSS pour permettre le déploiement efficace de tels services, surtout dans un contexte d'alourdissement de la clientèle. Les directions SAPA présentent justement leurs partenaires comme des partenaires « d'affaire », sous-entendant qu'ils doivent parvenir à exiger un maximum de services de ces prestataires, pour un minimum de coût. Et les besoins locaux des territoires ne semblent pas présenter beaucoup d'importance dans ces contractualisations. Peu d'acteurs ont signifié clairement l'impact du local dans les contrats ou les offres de services développés; les seuls qui l'ont fait appartiennent au territoire montréalais. Il semble que l'offre de services à Montréal se démarque des autres territoires, du fait de la densité de population, des cultures et différences ethniques qui viennent modifier les prestations de services, et des problématiques sociales plus importantes en termes de prévalence (toxicomanie, santé mentale, etc.). Bien que les orientations du MSSS tiennent compte aussi de la dimension clinique, qui est bien réelle (limiter le nombre de NSA, éviter le sur-traitement ou le sous-traitement, réduire les délais dans le passage d'une étape à une autre de la trajectoire, etc.), bien peu de participants ont souligné ces objectifs, si louables soient-ils. Il semble donc que ce soient davantage les paramètres des redditions de comptes qui occupent davantage l'esprit des

gestionnaires. Les effets escomptés des changements en vue de l'amélioration de la santé et du bien-être de toute une population ont été peu abordés.

Le rôle pivot de l'hôpital dans le parcours de soins et services des usagers et dans l'offre de services des partenaires. Nos résultats mettent clairement en lumière l'importance décisive pour les directions SAPA de sortir de l'hôpital rapidement des personnes âgées pour qui les soins hospitaliers sont terminés. Ces directions ont en effet le mandat de réduire les taux de NSA qui demeurent un enjeu financier important, mais aussi un risque clinique en termes de pertes d'autonomie pour les ainés. Les TS, de ce fait, nous ont clairement mentionné qu'un de leur rôle central est de faciliter les transitions entre l'hôpital et le domicile, la RPA, la RI ou le CHSLD. Les difficultés liées à cette transition sont diverses, mais le manque de places en RI et CHSLD ainsi que l'incapacité du réseau familial à soutenir l'ainé considérant sa condition clinique semblent les plus importants. Pour éviter des déplacements en RI ou en CHSLD pour une clientèle dont le profil ISO-SMAF ne correspond pas à ces ressources, le CISSS/CIUSSS acceptent de payer des places et des services dans les RPA (les RPA+). On peut néanmoins s'interroger sur les conséquences d'une telle concentration des ressources autour de la sortie de l'hôpital. Elle tend à imposer aux RPA de prolonger leur mandat initial vers une dotation de services complexes qui n'est pas toujours bienvenue pour les gestionnaires. Elle oblige aussi les TS à fournir un maximum d'efforts dans ce processus post-hospitalisation dans une logique de rendement (diminuer le taux de lits NSA), à réduire les actions proches du domicile, notamment avec des acteurs locaux (organismes communautaires, municipalités, etc.), et à sous-investir la part de prévention de la perte d'autonomie.

Le manque de main d'œuvre préposés (et assimilés) demeure une préoccupation centrale pour l'ensemble des partenaires. Les problèmes relatifs au manque de personnel préposé, quel que soit son titre exact (préposé de résidence en RPA, préposé aux bénéficiaires en RI et en CHSLD, préposé d'aide à domicile en EESDA, ASSS en CLSC), est vif pour l'ensemble des acteurs. Trois enjeux propres à la gestion des ressources humaines sont clairement mentionnés : l'attraction, la rétention et la

qualification des préposés. En ce qui concerne l'attraction et la rétention, il existe une différence très importante de niveau salarial entre le secteur privé (entre 12 et 15$ de l'heure) et le secteur public (entre 19 et 22 $ de l'heure) et ce avant même les hausses salariales découlant de la crise sanitaire de 2020. Il est certain que le secteur public attire les préposés et les ASSS détenant un diplôme d'étude professionnelle en assistance à la personne. Dans le privé, la plupart des candidats aux postes de préposés n'ont suivi qu'une formation courte, qui interpelle les partenaires du réseau relativement à la qualité des pratiques. Par exemple, dans les RPA qui fournissent des services (RPA+) ou dans les RI, les personnes en perte d'autonomie intégrées à ces organisations peuvent avoir besoin d'un certain nombre de services de type SAP qui nécessitent minimalement des acquis en termes de sécurité et d'hygiène. Dans les RI, les préposés se voient par ailleurs déléguer des activités infirmières de base (Loi 90). Devant ce constat, les partenaires du privé ou du tiers-secteur s'inquiètent du manque de main d'œuvre qui complexifie la continuité des services de base dans leur organisation, mais ils demeurent également préoccupés par le manque de qualification des candidats rencontrés. Il faut mentionner que la mise en concurrence des acteurs privés (par exemple les agences privées de services et les EESAD) tend à pousser le salaire des préposés à la baisse, les CISSS/CIUSSS considérant que le plus bas prix de service doit être priorisé. Si les acteurs du secteur privé et du tiers-secteur réclament davantage de soutien de la part du CISSS/CIUSSS pour accroitre les salaires et recruter plus facilement des préposés, il est remarquable de constater l'absence de regard critique des acteurs du secteur public sur ce problème. Tout se passe comme si l'attraction et la rétention de la main d'œuvre préposés ne dépendait pas, selon eux, de leviers politiques et financiers directement actionnés par le MSSS et par la direction Ressources humaines des CISSS/CIUSSS, mais plutôt d'un contexte favorable à une pénurie de main d'œuvre. L'inertie, voire l'absence de revendications des acteurs des CISSS/CIUSSS démontrent clairement à quel point aucune stratégie inter-directions basée sur l'accroissement substantiel du salaire ne peut être développée pour attirer et retenir davantage de personnel préposé. Enfin, les acteurs privés et du tiers-secteur se plaignent globalement d'un transfert majeur de personnel du réseau privé mais le réseau public, qui offre un salaire et des avantages sociaux plus compétitifs.

Conclusion

Cette étude visait à documenter l'articulation des réseaux de soins et de services publics, privés et du tiers-secteur destinés aux personnes âgées de 65 ans et plus. Nous souhaitions obtenir le point de vue d'une multitude d'acteurs intégrés au continuum de services (directions SAPA des CISSS/CIUSSS, EESAD, RPA, RI, CHSLD et TS) sur la transformation progressive de ces liens, en prenant en considération l'impact hypothétique de la Loi 10, qui fut promulguée en 2015. Force est de constater que, mis à part pour certains acteurs tels que les EÉSAD (mise en concurrence avec les agences privées de soins à domicile sur les SAP) ou les directions SAPA (élargissement du territoire), la Loi 10 ne fut pas présentée comme une phase cruciale d'une transformation estimée progressive des réseaux. Il semble que cette transformation s'ancre davantage sur une tendance plus longue, historique, qui prend racine dans deux processus bien spécifiques : le premier est démographique, et porte sur le vieillissement de la population; les besoins de soins et services de personnes âgées en perte d'autonomie s'accroissent d'années en années, et imposent au MSSS de transformer ce réseau de soins et services afin de répondre à sa responsabilité populationnelle. Le second processus porte sur le développement progressif de la Nouvelle gestion publique, qui, pour des raisons d'équilibre des budgets publics notamment, vise la progression de l'offre de services publics (sans pour autant qu'elle permette de répondre totalement aux besoins exponentiels de la population âgée en perte d'autonomie) et le développement de l'offre par des « partenaires » privés et extérieurs au CISSS/CIUSSS, mais devant répondre aux besoins de la population. Les résultats de l'étude démontrent que le partenariat n'est pas pensé dans une logique de coconstruction horizontale, mais davantage dans une logique verticale d'imposition de services et de budgets, que les « partenaires » d'affaire sont soumis de respecter. Cette responsabilité du secteur public dans la dotation de services pour les partenaires n'a pas que des inconvénients. Elle est aussi une stratégie pour mieux contrôler la qualité des services dans ces ressources, rendre plus efficaces les stratégies de transfert post-hospitalisation des patients âgés, et réduire les risques d'hospitalisation prolongée. Mais elle peut aussi présenter des inconvénients de taille pour des petites

structures qui peuvent difficilement répondre aux mandats imposés et aux faibles budgets proposés.

Cette capacité relative des milieux privés ou du tiers-secteur à répondre à la demande quantitative de services n'est pas le seul enjeu. Si l'étude a été réalisée entre 2017 et 2019, la crise de la COVID-19 subie au Québec en 2020 démontre à quel point le secteur public a une difficulté à mettre en œuvre correctement sa fonction d'évaluation de la qualité des services dans ces milieux externes à sa gouverne, surtout en contexte de crise. La situation déplorable dans laquelle se sont retrouvés les résidents de divers CHSLD, RI et RPA, dont le CHSLD Herron à Dorval (CHSLD privé), démontre les failles de ce système, et ce à deux niveaux : le premier porte sur l'évaluation de la qualité des services fournis par les partenaires externes au CISSS et CIUSSS qui, ici, serait à améliorer, en favorisant davantage un dialogue partenarial entre la direction SAPA et les milieux externes. Le second porte sur le sous-financement des services imposés aux partenaires externes, notamment en ce qui concerne les SAP, qui conduit à une limitation des budgets destinés à payer les dispensateurs de ces services, principalement les préposés du privé ou du tiers-secteur. Le manque de main d'œuvre dans ces milieux est directement lié à la faiblesse des salaires. À cela, le gouvernement Legault a proposé plusieurs transformations majeures (nationalisation des CHSLD privés et RPA, accroissement du salaire des préposés en CHSLD) qui, à l'heure actuelle, demeurent des promesses davantage politiciennes que des changements réels.

Bibliographie

Bellot, C., Bresson, M. et Jetté, C. 2013. *Le travail social et la nouvelle gestion publique*. Québec : PUQ.

Bourque, D. 2008. *Concertation et partenariat: entre levier et piège du développement des communautés*. Québec : PUQ.

Bourque, D., Lachapelle, R., Savard, S., Tremblay, M., Maltais, D. 2010. *Les effets de la création des CSSS sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires. Rapport de recherche,* Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, Cahier no 1004, 175 pages.

Bourque, D., Lachapelle, R., Maltais, D., Savard, S. et Tremblay, M. 2011. Création des CSSS et impacts sur les rapports avec les organismes communautaires et d'économie sociale dans le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement. *Service social*, 57(1), 80-98.

Breton, M., Wankah, P., Belzile, L., Guillette, M., Gagnon, D., Couturier, Y. et al.. 2017.What does one learn from the implementation of a mandated integrated network for older adults across three different settings in Quebec. International Journal of Integrated Care, 17(3):A46.

Couturier, Y., Bonin, L., et Belzile, L. 2016. *L'intégration des services en santé : une approche populationnelle*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile L. et Salles, M. 2013. *La coordination en gérontologie*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Couturier, Y., Wankah, P., Guillette, M., Belzile, L. & Breton. M. (2018). Population-based approach and integration of services: their relationship to the territory in the context of Québec's integrative reforms. *International Journal of Integrated Care*, 18(S2): A257, pp. 1-8.

Dubuc, N., Demers, L., Tousignant, M. Tourigny, A., Dubois, M.-F., Caron, C., Desrosiers, J., Marceau, R. et Bernier, S. 2009. *Évaluation de formules novatrices d'alternatives à l'hébergement plus traditionnel*, FRQSC, rapport de recherche.

Grenier, J. et Bourque, M. 2018. *Les services sociaux à l'ère managériale*. Québec : PUL.

Jobin, M.-H. et Fortin, A.-H. 2016. *Conditions de succès et obstacles aux collaborations public-privé en santé au Québec*, Rapport de recherche, Montréal : Pôle santé-HEC Montréal.

Lavoie, J-P., et Guberman, N. 2007. Prendre soin des personnes âgées ayant des incapacités. Quel partage de responsabilités entre les familles et l'État ? *Informations sociales*, 143, 76-86.

Protecteur du citoyen. 2016. *Rapport annuel d'activités 2015-2016*. Québec : Le Protecteur du citoyen.

Proulx, J., Bourque, D., & Savard, S. (2007). The government–third sector interface in Quebec. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 18(3), 293-307.

Roy, D., Litvak, E. et Paccaud, F. 2010. *Des réseaux responsables de leur population: Moderniser la gestion et la gouvernance en santé*. Montréal : École Polytechnique.

Tourigny, A., Bédard, A., Laurin, D., Kroger, E., Durand, P., Bonin, L. et Robichaud, L. 2013. *Soins à domicile: Une synthèse des connaissances pour répondre à des questions priorisées aux paliers local et central*. Québec : Centre d'excellence en santé de Québec.

Vaillancourt, Y., Aubry, F. et Jetté, C. 2003. *L'économie sociale dans les services à domicile*. Québec : PUQ.

Vaillancourt, Y., Jetté, C. et Leclerc, P. 2009. *Les arrangements institutionnels entre l'État québécois et les entreprises d'économie sociale en aide domestique: une analyse sociopolitique de l'économie sociale dans les services de soutien à domicile*. Montréal : Éditions vie économique.

Vandevelde-Rougale, A. 2017. *La novlangue managériale: Emprise et résistance*. Paris : Erès.

Vérificateur général du Québec. 2013. *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014*. Québec : Gouvernement du Québec.

Wankah, P., Couturier, Y., Belzile, L., Gagnon, D. & Breton, M. (2018). Providers' Perspectives on the Implementation of Mandated Local Health Networks for Older People in Québec. *International Journal of Integrated Care*, 18(2): 2, 1–18.

Wankah, P., Guillette, M., Dumas, S., Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L., Mosbah, Y. & Breton, M. (2018). Reorganising health and social care in Québec: a journey towards integrating care through mergers. *London Journal of Primary Care* (online), 10:3, 48-53. DOI: 10.1080/17571472.2018.1453957

Wiener, J. M., Freiman, M. P. et Brown, D. 2007. *Nursing home care quality: Twenty years after the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987*. Henry J. Kaiser Family Foundation.