



## **ATTITUDE DES ACTEURS DU SECTEUR DES SOINS A DOMICILE FACE AU DISPOSITIF DE COLLECTE D'INFORMATIONS SUR LEURS**

### **ACTIVITES:**

### **LE CAS DU BARman**

Karim Bouzourène OMSV / Lausanne -CH

Karim Bouzourène  
Organisme Médico-Social Vaudois  
OMSV  
Av. de Provence 4 CH-1007 Lausanne  
e-mail: Karim.Bouzourene@omsv.vd.ch

### **RESUME**

Cette présentation résume un travail de mémoire universitaire sur le thème du changement au sein d'une organisation médico-sociale. A travers une double enquête, par voies d'entretiens et d'un questionnaire, elle procède à l'analyse de l'attitude des acteurs, face à la mise en oeuvre d'un nouvel outil: le BARman. Ce dernier permet dorénavant une récolte systématique d'informations sur les activités des intervenants dans les centres médico-sociaux (CMS) du canton de Vaud. L'analyse va concerner notamment les enjeux explicites ou implicites qui l'accompagnent au niveau de l'organisation, notamment les stratégies d'acteurs face aux attentes mais aussi aux appréhensions que le BARman ne manque pas de susciter.

### **RESUMO**

Esta apresentação resume o trabalho de uma tese universitária sobre o tema da mudança no seio de uma organização médico-social. Através de uma dupla investigação, de entrevistas e de um questionário, ela procede à análise da atitude dos actores face a este novo utensílio: le BARman. Este, permite, a partir de agora, recolher sistematicamente as informações sobre as atividades dos intervenientes nos centros médico-sociais (CMS) do cantão de Vaud. A análise tratará implicações implícitas e explícitas que a acompanham ao nível da organização, nomeadamente as estratégias dos actores face aux expectativas e as apreensões que le BARman suscita.

### **INTRODUCTION À LA PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE**

La décision d'aborder la problématique du changement et de la stratégie d'acteurs au sein d'une organisation du secteur de la santé, par le biais de l'analyse d'une situation concrète, est grandement inspirée par les réflexions et discussions émises dans le cadre des cours du diplôme post-grade en économie et administration de la santé de l'Université de Lausanne. Ces discussions étaient notamment en relation avec les réformes engagées au sein des institutions sanitaires et la mise en place des réseaux de soins coordonnées dans le canton de Vaud, et subséquent du développement des systèmes d'information.

Etant employé simultanément à l'Organisme médico-social vaudois (OMSV), j'ai pu assister en témoin quelque peu privilégié à la mise en route d'une expérience de changement. Celle-ci a pris en l'occurrence la forme d'une innovation technique, le BARman, permettant de collecter systématiquement des informations sur les activités des intervenants dans les CMS, et par là de développer le système d'information électronique de l'organisation.

Le changement incriminé intervient dans un contexte de montée en puissance du paradigme de l'efficacité dans le domaine de la santé, qui se manifeste notamment par un discours rhétorique sur la rationalisation et une dynamique de réforme tout azimuts. Cette étude s'est intéressée en priorité aux enjeux explicites ou implicites qui l'accompagnent dans la perception des acteurs de l'organisation. La double enquête (entretiens individuels et administration d'un questionnaire) menée dans le cadre de cette étude tente d'investiguer l'attitude des acteurs du terrain, c'est-à-dire leurs opinions et stratégies

face à ces instruments de rationalisation et de mise à nu que sont les systèmes d'information en général et le BARman en particulier. Elle les a interrogé notamment quant à l'impact de l'introduction de tels outils sur leur identité et leurs valeurs.

## **LE BARMAN, L'ORIGINE DU BESOIN**

C'est en décembre 1995, que le Comité directeur de l'OMSV a décidé de procéder à une expérience pilote d'implantation du BARman, en tant qu'outil permettant l'automatisation de la saisie des prestations réalisées par les intervenants des CMS. L'origine de ce projet est en relation avec une exigence de la loi sur l'assurance maladie obligatoire de 1996 (LAMal) concernant l'établissement de factures détaillées des prestations. En effet, avec l'abandon en 1998 d'un financement des prestations de soins à domicile par les caisses-maladie sur la base de forfaits hebdomadaires et l'adoption de la facturation à l'heure, l'utilisation de supports papier pour relever les prestations a vite montré ses limites. De plus, il faut savoir que les prestations non à la charge de l'assurance obligatoire (par exemple l'aide ménagère et les veilles) étaient déjà facturées à l'usager sur une base horaire, ceci antérieurement à 1998.

Dans un rapport interne à l'OMSV [OMSV: " projet pilote BARman. Rapport au comité directeur du 27.01.98 "], les objectifs généraux du projet d'implantation du BARman sont précisés:

- Allégement des tâches administratives
- Une procédure de saisie uniforme
- Intégration du processus de saisie dans le système d'information
- Des informations de gestion plus fines
- L'adaptabilité du type de données saisies
- Maîtrise des coûts de saisie
- Respect du délai de traitement des informations

L'introduction du BARman, comme on peut le constater, a pour tâche principale de rationaliser la procédure de relevé et de facturation des prestations aux divers payeurs. On a pu effectivement observer un gain de temps significatif au niveau du secteur administratif des Associations. Cependant, un des points susmentionnés ouvre la possibilité d'une utilisation différente des données saisies par le BARman, notamment dans un but d'amélioration de la gestion et dans la perspective de la mise en place d'un benchmarking. Il faut savoir que les intervenants ne facturent qu'une partie de leur temps de travail, d'où l'attente des directions des Associations / Fondations régionales (A/F) d'aide et de soins à domicile du canton, ainsi que des autorités publiques en tant que partenaires payeurs, de pouvoir disposer d'informations fiables sur le contenu et la structure du temps de travail non consacré à des prestations facturables.

## **LE BARMAN, UNE BRÈVE DESCRIPTION**

Pour décrire brièvement cet outil, la citation suivante me semble convenir: "le BARman est un appareil portable de saisie de données, gros une grosse calculatrice de poche. Il est programmable pour faciliter l'utilisation et contient une horloge calendrier. Il peut également être équipé d'une tête de lecture pour le code barre. Il est destiné, au travers d'un logiciel adapté, à saisir sans aucun support papier, en temps réel ou différé, de façon automatisée et décentralisée toutes sortes d'activités" [Institut Suisse de Santé Publique (ISP): " Aide et soins à domicile - Mesure de la charge de travail. Rapport intermédiaire]. Dans le même document, il est précisé un peu plus loin que les deux principales fonctions de cet outil dans le contexte des soins à domicile sont:

- la facturation (détaillée) des heures effectuées;
- la gestion des heures de travail du personnel.

## **LE BARMAN, SON INTRODUCTION DANS LES CMS**

La mise en place du projet a démarré par une phase pilote menée dans un nombre restreint de CMS de la région de Nyon durant les années 1996 et 97. Cette expérience s'est d'abord concentrée sur le personnel auxiliaire pour la raison bien simple qu'au moment du lancement du projet, il était encore le seul à effectuer des prestations facturables à l'heure (aide au ménage). De plus, une proportion importante des auxiliaires est engagée sur la base d'un contrat horaire, d'où l'importance d'un décompte simplifié des heures travaillées. La généralisation à tous les CMS en ce qui concerne les auxiliaires a été réalisée à partir de 1998.

Un test avec les intervenantes professionnelles a parallèlement été mené à partir de 1998 dans les mêmes CMS pilotes. La généralisation de l'usage du BARman par les professionnelles n'a réellement débuté qu'au second trimestre 1999.

En cours d'implémentation, une polémique s'était installée dans les sites pilotes à propos de l'utilisation du BARman pour le temps consacré aux activités au CMS. Elle avait abouti à l'abandon de ce type de relevé dans les CMS concernés. Plus précisément, l'ensemble des activités réalisées au CMS était relevé dorénavant sous une seule rubrique commune: "interne CMS". Par contre, les autres A/F ont pris la décision de maintenir le relevé détaillé des activités.

La partie technique du projet a été du ressort principal de l'organisme faîtier (l'OMSV) avec l'appui de relais formateurs dans les CMS. Elle a fait l'objet d'une planification et d'une assistance réussies auprès des utilisateurs du terrain.

Quant à la dimension stratégique du projet, elle a été laissée à l'initiative de chacune des A/F. A ma connaissance, il n'y a eu ni de véritable programme de mise en oeuvre du changement, ni de coordination pour arrêter une approche stratégique cohérente sur le plan cantonal.

## **LES AXES GÉNÉRAUX DE LA DOUBLE ENQUÊTE**

La décision d'entreprendre cette enquête avait pour objectif d'observer sur le terrain le changement à l'oeuvre. Durant la phase de mise en place de l'outil, certaines informations, parfois contradictoires, circulaient à propos de l'accueil et de l'acceptation du BARman par les équipes des CMS. Ce qui semblait certain c'était que le processus d'implémentation de l'outil chez les professionnels suscitait des interrogations et parfois des réticences. A quel niveau ? Pourquoi ? Quels en sont les enjeux réels ? Quelle a été l'attitude des acteurs ? En quoi les professionnels et les auxiliaires ont divergé dans leurs opinions et attitudes ? Telles sont les principales questions auxquelles la double enquête s'est intéressée et a tenté d'apporter sinon des réponses, des pistes d'explication et de réflexion.

Au départ de cette démarche, j'ai décidé de retenir trois zones socio-sanitaires ou A/F pour la réalisation de l'enquête de terrain. Ce choix a tenu compte de critères liés à la localisation géographique diversifiée de ces zones et au degré différent de prépondérance de leur espace urbain. Enfin, la zone sanitaire IV (FMS région de Nyon) m'a particulièrement intéressé car elle a été un site pilote lors du processus de mise en place. Les deux autres A/F retenues étaient: l'APROMAD couvrant la couronne lausannoise et l'ASPMAD Aigle et Pays d'Enhaut. Au total, 13 CMS appartenant à ces 3 zones ont participé activement à l'enquête.

Une fois la phase de préparation du terrain (explications, communication et autorisations) achevée, l'enquête a été programmée pour être réalisée en deux étapes successives:

- 1ère étape (préliminaire) consistant à mener des entretiens individuels avec un échantillon d'intervenants des CMS, représentatif des diverses catégories professionnelles;
- 2ème étape consistant à administrer et ensuite à exploiter un questionnaire adressé à l'ensemble des intervenants équipés du BARman dans les CMS des 3 zones sélectionnées.

## **LES MODALITÉS DE L'ENQUÊTE PAR LE BIAIS DES ENTRETIENS**

Les entretiens, effectués sur une base volontaire et confidentielle, ont duré d'octobre jusqu'au début de novembre 1999. Je me suis déplacé dans 7 CMS répartis dans les 3 zones pour interviewer 17 intervenants. Les responsables des CMS avaient veillé à respecter un certain équilibre entre les différents groupes de professions concernés par la problématique et à qui elles proposaient de participer aux entretiens. La répartition par catégorie professionnelle a été la suivante: 3 responsables d'équipe, 5 infirmières, 4 ergothérapeutes, 3 auxiliaires, 1 responsable et 1 secrétaire du personnel auxiliaire et de ménage. Les entretiens ont duré chacun en moyenne environ 30 minutes.

La discussion n'était pas structurée à l'avance de manière rigide. Seul un fil rouge sous la forme d'une liste de 6 à 7 questions ouvertes, permettait de ne pas trop s'écarter du sujet. Ces questions portaient essentiellement sur le thème du BARman mais pas de manière exclusive. En effet, certaines questions abordaient des sujets plus généraux indirectement liés au BARman tels que la pression à l'efficacité et la place de la dimension économique dans les soins.

Ces entretiens ont constitué une masse appréciable d'informations, ce qui a permis:

- de mieux profiler le questionnaire en ajustant les items aux remarques émises par les interviewées;
- de servir de toile de fonds pour analyser les réponses au questionnaire. En effet, les réponses aux items du questionnaire ont permis de produire des informations quantitatives qu'il fallait analyser et interpréter en les recoupant avec des informations complémentaires de nature qualitative.

## LES MODALITÉS DE L'ENQUÊTE PAR LE BIAIS DU QUESTIONNAIRE

L'importante masse d'informations et de remarques provenant des entretiens a contribué à lister un grand nombre de questions intéressantes à investiguer. Finalement, après un éprouvant processus de sélection, le questionnaire ne comprenait plus que 42 items d'opinions plus 11 questions descriptives (données démographique, CMS, profession, etc...). Les répondantes au questionnaire avaient la possibilité de choisir pour chaque item entre 4 propositions qualifiant dans un ordre décroissant leur degré d'accord ou de désaccord avec l'intitulé de l'item (de "totalement d'accord" à "totalement pas d'accord"). Cependant, elles avaient aussi la possibilité d'opter, le cas échéant, pour la case "ne me concerne pas".

Quelques exemples d'items sont présentés plus bas dans la section traitant des résultats de l'enquête. L'intitulé des plus importants y est repris en même temps que l'analyse des réponses.

## LE TAUX DE RETOUR ET LE PROFIL DES RÉPONDANTS AU QUESTIONNAIRE

Le taux de retour est un élément central pour toute enquête par voie de questionnaire. Sans doute en raison du soutien des relais dans les CMS et de l'intérêt des utilisateurs du BARman pour cette étude, ce taux a été excellent puisqu'il a atteint le niveau de 72.3% toutes catégories professionnelles confondues. Cela correspond à 272 retours. Le taux a été de 75% chez les professionnels et de 71% chez les auxiliaires. Il a varié sensiblement entre les trois zones socio-sanitaires.

Le dénominateur de cette proportion correspond aux effectifs d'intervenants équipés du BARman dans chacun des CMS concernés. Dans la mesure du possible, ne figuraient dans l'effectif pris en compte au dénominateur que les intervenants qui étaient en mesure de répondre pendant la période de remplissage du questionnaire (exclusion des personnes absentes pour divers motifs).

Les répondants étaient presque exclusivement des femmes entre 18 et 62 ans, avec une forte proportion dans la classe d'âge 40-59 ans. La répartition en fonction du type de contrat: mensualisé versus horaire variait nettement d'un groupe professionnel à l'autre et dans une moindre mesure d'une zone à une autre. Les professionnels comptaient 83% de mensualisés alors que les auxiliaires n'en avaient que 36%. D'autres variables d'état figurent dans le questionnaire (ancienneté dans la profession et dans les soins à domicile, niveau d'instruction, etc). Elles ont permis de profiler davantage les répondants, mais surtout de tester quelques hypothèses dans le cadre de la partie analytique de l'étude.

## QUELQUES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Sur les 42 items, les réponses à seulement 9 sont présentées ci-dessous de manière synthétique.

*Item Q1: " Le BARman est un outil globalement positif "*

Q1 est une question en rapport avec le jugement global que portent les utilisateurs du BARman sur cet outil. Les résultats répartis en fonction de la catégorie professionnelle indiquent une forte approbation de l'intitulé de Q1. Cependant, si 3/4 des professionnels sont au moins "plutôt d'accord", l'approbation est quant à elle quasi unanime chez les auxiliaires (99.5%). Autre différence notable entre ces deux catégories, c'est l'écart entre les taux des "totalement d'accord" respectifs, il est un peu moins de 20% pour les professionnels, tandis qu'il avoisine les 2/3 chez les auxiliaires.

Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette différence de score. Certains ont été examinés par le biais d'autres items plus ciblés. Mais l'on peut déjà rappeler le fait que les auxiliaires ont une ancienneté plus importante au niveau de l'utilisation du BARman. Cela pourrait impliquer une plus grande familiarisation avec l'outil, alors que les professionnels sortaient à peine, au moment de l'administration du questionnaire, de la phase d'apprentissage. On peut aussi mettre en avant, même si cela est examiné plus bas, la différence existant dans la nature de l'activité des deux catégories professionnelles, exprimée notamment dans la part de temps d'activité passé au CMS, pour la plupart non facturable, nettement plus importante chez les professionnels.

*Item Q4: " Le BARman est adapté à votre pratique quotidienne sur le terrain "*

A cet item, on retrouve un constat assez contrasté entre les deux groupes. Les auxiliaires approuvent la proposition à 97%, tandis que les répondants "totalement d'accord" représentent les 2/3 (66%). Quant aux professionnels, ces proportions sont sensiblement plus basses, de l'ordre respectivement de 2/3 (66%) et 13%. Ce dernier chiffre montre que très peu de professionnels sont finalement totalement satisfaites du BARman pour son utilisation sur le terrain, même si la proportion des plutôt satisfaits demeure relativement importante. Cet état de chose peut être mis en relation avec le fait que ces derniers ne sont encore pas satisfaits par les rubriques de prestations disponibles dans le programme du BARman. C'est ce qui semblait ressortir des entretiens. On peut encore avancer un autre facteur qui concerne le relevé en différé de certaines prestations aux clients.

*Item Q11: " Le BARman est adapté aux activités de bureau ou CMS "*

On bascule ici dans l'autre enjeu du BARman, c'est-à-dire la dimension relative à la gestion des temps d'activité. C'est cette dernière qui semblait soulever le plus de réticences, en particulier de la part des professionnels. Les raisons invoquées tenaient pour une part aux difficultés techniques de l'utilisation du BARman pour les activités au CMS, et pour une autre part à des motivations que l'on peut qualifier de stratégiques ou psychologiques, en relation avec la notion de contrôle qui serait renforcée par l'introduction d'une pratique de gestion des temps d'activité.

L'intitulé de cet item évoque principalement les problèmes techniques qu'engendre l'utilisation du BARman au CMS. Les discussions menées avec les professionnels avaient notamment fait ressortir la difficulté de saisie précise des divers temps d'activité du fait qu'un nombre important de ces activités s'enchevêtre, rendant la tâche plutôt ardue. Quant aux auxiliaires, ce type d'activité les concerne dans une moindre mesure, c'est ce qui explique sans doute un taux de réponses plutôt moyen (69%) contrairement à celui des professionnels qui se rapproche de l'intégralité (97%).

Les résultats montrent clairement la représentativité de ce qui avait été avancé par les professionnels lors des entretiens. En effet, moins de 30% approuvent l'intitulé de l'item et ne sont que 9% à être "totalement d'accord" alors que près d'un tiers (32%) est "totalement pas d'accord". Les proportions sont, comme il fallait un s'y attendre, totalement différentes chez les auxiliaires. Ils sont 93% à approuver et même 50% à être "totalement d'accord". Seuls 3% sont "totalement pas d'accord".

Finalement, la différence de nature de l'activité qui existe entre d'un côté les professionnels, qui consacrent entre 30 à 40 % de leur temps de travail pour des prestations directes aux clients, et de l'autre côté les auxiliaires qui ont un taux de prestations directes allant de 70 à 90%, se reflète assez bien dans les chiffres susmentionnés.

*Item Q16: " Au moment de l'introduction du BARman, vous avez été sceptique sur son intérêt "*

Il est intéressant de connaître la position des acteurs de l'organisation au départ, c'est-à-dire avant l'introduction effective du BARman, sur l'utilité perçue de cet outil. L'état d'esprit prévalant au moment de la mise en oeuvre de ce changement peut donner un aperçu de la propension des professionnels et des auxiliaires à intégrer et à s'approprier cet outil.

Les professionnels ont déclaré avoir été sceptiques au moment de l'introduction du BARman dans une proportion de presque 2/3 (64%) alors que près d'un tiers (32%) s'est déclaré "totalement d'accord" avec l'intitulé de l'item et 13% "totalement pas d'accord". Les auxiliaires semblent avoir été sensiblement moins sceptiques puisque moins de la moitié (47%) a déclaré être au moins "plutôt d'accord" avec l'intitulé. La proportion des "totalement d'accord" est de 18% et, à l'autre extrême, celle des "totalement pas d'accord" de 30%.

On constate ainsi l'existence d'un scepticisme, qui si il n'a pas été franc et massif, n'en a pas moins été d'une certaine importance, laissant penser que le succès du processus de changement initié par l'introduction du BARman n'était pas acquis d'avance. Les motivations de ce scepticisme ou méfiance au début du processus doivent encore être expliquées. Quelques unes de ces motivations ont été évoquées durant les entretiens et sont reprises dans les items suivants du questionnaire.

*Item Q18: " Au moment de l'introduction du BARman, vous avez pensé qu'il serait un moyen de contrôle sur votre activité "*

On arrive avec cet item au point sensible de l'enjeu que constitue l'introduction du BARman dans les équipes. En effet, il est vite apparu pendant les entretiens, en particulier avec les professionnels, qu'il y a eu la crainte d'un contrôle sur leur activité. Ce contrôle pourrait être exercé grâce à l'ensemble des données recueillies par le BARman. Les utilisateurs craindraient notamment que ce contrôle se fasse dans une optique de sanction-récompense, et non pas uniquement dans un but d'une meilleure gestion du temps de travail dans les équipes. Par ailleurs, ils surnomment, non sans humour, le BARman d' "oeil de Moscou" ou encore de "mouchard" ou de "tachygraphe".

78% des professionnels se déclarent au moins "plutôt d'accord" avec l'intitulé de l'item et 45% sont "totalement d'accord". Seuls 4% se disent "totalement pas d'accord". Il est évident, à la lecture de ces chiffres, que l'introduction du BARman a été précédée chez eux d'un fort sentiment de crainte et d'appréhension par rapport à un contrôle qui pourrait s'exercer à l'avenir sur leur activité.

Ce sentiment est loin d'avoir été absent chez les auxiliaires même si les résultats indiquent une moindre prépondérance de cette crainte. En effet, ils sont 56% à être au moins "plutôt d'accord" et seulement 19% à l'être totalement, alors que 28% se sont déclarés "totalement pas d'accord".

*Item Q20: " Le BARman est un instrument qui a été négocié et discuté avec les équipes plutôt qu'imposé "*

Lorsque la question de savoir si l'introduction du BARman a été précédée d'une phase de négociation et de discussion, ou que celui-ci a été tout simplement imposé, leur a été posée, les personnes interrogées au cours des entretiens répondaient le plus souvent en optant pour le second terme. Même celles favorables à son utilisation dès le départ estimaient que le BARman avait été imposé. Cet item tente de vérifier si ce sentiment est réellement partagé parmi leurs collègues.

Les résultats sont éloquentes notamment pour les professionnels. En effet, seuls 9% approuvent l'opinion comme quoi le BARman a été plutôt négocié, et seulement 3% sont "totalement d'accord". Ils sont par contre 62% à se déclarer "totalement pas d'accord".

Quant aux auxiliaires, leur opinion sur cette question est plus nuancée et semble presque s'équilibrer entre ceux qui sont au moins "plutôt d'accord" (48%) et ceux qui sont au mieux "plutôt pas d'accord" (52%). Ils sont 19% à se déclarer "totalement d'accord" et 31% qui se considèrent comme "totalement pas d'accord". Ce constat peut-être s'expliquer par une moins grande attente de ces derniers à être impliqués dès le départ au niveau de la prise des décisions, notamment à caractère stratégique. Leur éloignement du CMS, en raison de l'organisation de leur activité (à l'extérieur), contribue probablement à les maintenir à l'écart des discussions sur les enjeux de l'organisation.

*Item Q28: " Dans la mesure où vous ressentez le BARman comme un moyen de contrôle, cela vous donne un sentiment de malaise "*

Nous avons vu à l'item Q18 dans quelle mesure les utilisateurs du BARman pensaient au départ que cet outil serait surtout un moyen de contrôle sur leur activité. Avec cet item, nous allons savoir dans quelle mesure, cette appréhension du départ s'est confirmée dans leur perception après une certaine période d'utilisation. Mais en fait, cet item contient deux propositions: en plus du sentiment d'un contrôle, il y a son corollaire, à savoir, le sentiment de malaise que ce contrôle peut engendrer.

Les professionnels sont 44% à approuver l'intitulé tandis que 13% se disent "totalement d'accord". Ils sont, à l'autre extrême, 15% à se déclarer "totalement pas d'accord". Ces résultats donnent une image nuancée de cette question chez les professionnels. Le sentiment de crainte et de malaise par rapport à la dimension de contrôle résultant de l'introduction du BARman, apparaît moins fort que les anticipations. Une pratique assez souple au niveau de la gestion des temps d'activité et la non utilisation des données recueillies à des fins de contrôle répressif, mais plutôt comme une base de discussion pour améliorer progressivement l'efficacité du travail, sont des facteurs qui expliquent sans doute dans une large mesure ce constat. Cependant, les professionnels semblent rester sur leurs gardes par rapport à l'usage qui sera fait à l'avenir des informations générées par le BARman.

Quant aux auxiliaires, ils apparaissent peu préoccupés par l'idée d'un contrôle exercé grâce au BARman. Ils ne sont que 12% à être au moins "plutôt d'accord" avec l'intitulé de l'item et seules 1% sont "totalement d'accord". 54% se disent "totalement pas d'accord".

*Item Q32: " Si vous aviez le choix, vous pourriez facilement renoncer aujourd'hui au BARman "*

Même si il n'est pas situé en fin de questionnaire, cet item représente une sorte de question décisive. Après avoir pu donner leur avis d'abord sur un plan général à l'item Q1 et ensuite sur les différents aspects spécifiques du BARman aux items suivants, les utilisateurs sont invités à se positionner clairement quant à leur attachement ou au contraire à leur désir de se débarrasser de cet outil.

Une majorité de professionnels (59%) approuve l'idée de renoncer au BARman dans le cas où le choix aurait été possible. Ils sont 41% à se déclarer "totalement d'accord" et seulement 14% "totalement pas d'accord". Ces résultats donnent le sentiment que la partie n'est pas encore gagnée si l'objectif est de faire accepter le BARman par les principaux concernés. Il faut encore signaler l'existence d'une variation relativement importante entre les trois zones.

Sans surprise, le tableau se présente encore une fois différemment pour les auxiliaires. Ces derniers ne sont que 17% à être au moins "plutôt d'accord" tandis 10% sont "totalement d'accord". Inversement, ils sont exactement 2/3 à répondre être "totalement pas d'accord". C'est donc plutôt une opération qui peut être considérée comme réussie pour les auxiliaires.

*Item Q35: " Si il y a pression sur le temps d'intervention chez les clients, cela se fera au détriment de la prévention "*

Cet item n'est pas directement relié à l'introduction du BARman. Cependant, il concerne une préoccupation assez souvent évoquée durant les entretiens, notamment par les professionnels. Ils pensent que la pression que pourrait engendrer l'usage du BARman se répercuterait négativement sur ce que l'on pourrait qualifier d'approche préventive de leurs interventions. Autrement dit, ils craignent que la recherche du résultat à court terme et d'une conception de leur profession de plus en plus médicalisée aboutisse à marginaliser une conception plus "communautaire" et orientée pour une partie sur l'écoute et la dispense de conseils. Le BARman est très souvent associé à la recherche de la productivité. Pour de nombreux professionnels des soins à domicile, cela rime avec moins d'écoute et de contact humain.

Les professionnels ont répondu massivement à cet item (97%). Par contre, le taux de réponses des auxiliaires est quelque peu en retrait (79%). Cette différence s'explique peut-être par le fait, d'une part, qu'une partie des auxiliaires n'a pas compris clairement le sens de la question, et le fait d'autre part, qu'ils sont moins façonnés par l'état d'esprit orienté santé communautaire. Ils sont en général moins anciens dans leur métier et proviennent souvent de divers horizons professionnels en dehors du secteur de la santé.

Une forte majorité (91%) de professionnels approuve l'intitulé et 57% sont "totalement d'accord" contre seulement 2% "totalement pas d'accord". Ce résultat confirme ce qui a été dit plus haut.

Chez les auxiliaires, ils sont près des deux tiers (68%) quand même à être au moins "plutôt d'accord" et près d'un tiers (35%) à être "totalement d'accord". Par contre, ils sont 16% à être "totalement pas d'accord". On voit donc que cette idée qu'une pression accrue se ferait au détriment de la prévention, est également présente chez eux, même si c'est avec une moins grande prévalence.

## **ANALYSE COMPLÉMENTAIRE, CROISEMENT AVEC LES VARIABLES D'ÉTAT**

L'ajout en fin de questionnaire de 11 items portant sur des variables d'état permet de faire des croisements avec les réponses aux items relatifs aux opinions exprimés sur l'introduction du BARman. On peut ainsi explorer quelques hypothèses en comparant les réponses de deux sous-groupes de répondants constitués à partir d'un critère discriminant: âge, expérience dans la profession, niveau d'instruction, type de contrat, etc..

Seuls deux items d'opinion ont été retenus pour ce type d'analyse bivariable: Q1: " *Le BARman est un outil globalement positif* " et Q32: " *Si vous aviez le choix, vous pourriez facilement renoncer aujourd'hui au BARman* ". Ce choix se justifie à mes yeux du fait que ces deux items sont censés synthétiser l'attitude finale du répondant par rapport à l'ensemble des dimensions spécifiques ou plus globales du BARman. Dans le texte original de l'étude, une analyse détaillée, critère par critère, est proposée. Cependant, c'est une brève synthèse qui est proposée dans la suite de cet article afin de respecter les contraintes d'espace imposées. Seules les constatations particulièrement marquantes concernant uniquement les professionnels, ceux-ci étant le groupe le plus intéressant à analyser, sont brièvement relevées. Les auxiliaires sont écartés de cette partie analytique pour la raison qu'ils apparaissent dans une nette majorité satisfaits de l'introduction du BARman.



La relation entre le groupe d'âge et les réponses aux items Q1 et Q32 est peu évidente. Seul le groupe des 40-49 ans se distingue du reste par une attitude plus circonspecte vis-à-vis du BARman. Par exemple, au niveau de l'item Q32, on observe une nette différence dans les proportions respectives: soit 75% de professionnels âgés de 40 à 49 ans prêts à renoncer au BARman contre 44% dans le groupe constitué des autres sous-groupes d'âge.

L'utilisation du critère: *type de contrat (mensualisé versus horaire)* laisse apparaître une certaine contradiction entre les réponses à l'item Q1 et celles à l'item Q32. En effet, à l'item Q1, on constate que les horaires (11) sont tous favorables avec une proportion de 31% de "totalement d'accord" alors que les mensualisés (58) sont clairement moins unanimes puisqu'ils sont 74% à être favorables et 21% à être "totalement d'accord". Ces derniers sont d'autre part 5% à se déclarer "totalement pas d'accord". Par contre, à l'item Q32, on note que les professionnels mensualisés (53) sont moins disposés à renoncer facilement au BARman que leurs collègues horaires (10). Les proportions de ceux au moins "plutôt d'accord" sont respectivement de 55 et 80%. De plus, les proportions des "totalement pas d'accord" sont également sensiblement différentes, soit respectivement de 17 et 0%.

A l'item Q1, les variables de discrimination: *niveau d'instruction, ancienneté dans les soins à domicile / dans la profession*, en fixant comme seuil de discrimination le niveau médian, n'apportent pas d'explications significatives pour expliquer la variabilité des réponses des professionnels. A l'item Q32, on a le même constat pour la variable de discrimination: *ancienneté dans la profession*. Cependant, pour la variable: *niveau d'instruction*, on observe que les plus instruits (soit au moins le niveau médian des études professionnelles supérieures) sont moins favorables à l'abandon du BARman (50%) que ceux avec un niveau d'instruction inférieur (62%). La variable *ancienneté dans le soins à domicile* montre également des différences de réponses. Les professionnels plus anciens (seuils médians de 4 ou 5 années au moins) sont plus enclins à abandonner le BARman (68% pour les deux seuils) que ceux moins anciens (46% au seuil de 4 ans et 51% à celui de 5).

## CONCLUSION

Les réponses au questionnaire ont pu mettre en évidence un fait majeur mais attendu: les professionnels et les auxiliaires ont réagi de manière assez différente à l'introduction du BARman. En réalité, on peut convenir avec l'adage qui dit que souvent un changement en cache un autre. Celui vécu par les professionnels et les auxiliaires n'est pas de même nature. Il a certes pour dénominateur commun l'introduction d'un outil de saisie de temps. Cependant, le véritable changement est ailleurs. Il touche à une vision nouvelle de la gestion au sein de la profession. Plus exactement, le BARman ouvre de nouvelles perspectives et opportunités. Tout dépendra de comment celles-ci seront exploitées. Evidemment, les frémissements de cette transformation à venir posent des questions fondamentales pour les groupes concernées: que suis-je exactement ? Quelles sont mes missions et ma finalité dorénavant ? Bref, des questions touchant au devenir de leur identité.

L'introduction du changement telle qu'elle a été menée dans le CMS présente, à mes yeux, une situation que je qualifierais de paradoxale. Un processus de changement c'est un programme avec ses différentes étapes, mais aussi, et c'est important, un projet qui prend en compte les répercussions de ce changement sur la composante humaine de l'organisation. C'est également ce projet qui doit favoriser l'adhésion des acteurs à la démarche et leur permettre de s'y identifier.

Or, mes observations durant le déroulement de l'enquête et les résultats montrent que la première partie du processus, à savoir la planification et la réalisation d'un programme de mise en oeuvre, a été grandement satisfaite. La formation des utilisateurs apparaît répondre aux besoins et exigences formulés dans le cadre de cette mission. Ce point semble faire la quasi-unanimité chez tous.

Ce qui apparaît demander davantage d'effort c'est incontestablement la partie stratégique du processus. Si les auxiliaires estiment s'être adaptés à la démarche BARman, la situation est toute autre chez les professionnels. Ceux-ci me paraissent hésitants dans leur jugement. Il y a chez eux une sorte d'ouverture d'esprit doublée d'un fort sentiment de méfiance. Leurs réponses au questionnaire oscillent souvent entre attitude d'acceptation et celle de refus.

Divers facteurs contribuent à expliquer la variation des attitudes chez les utilisateurs du BARman, comme l'âge, l'ancienneté, le niveau de formation. Mais le facteur qui apparaît fondamental et déterminant c'est le statut dans la profession. Celui-ci détermine notamment le degré et la nature des répercussions du changement initié. Ce facteur discriminant aurait pu faire l'objet d'une anticipation dans la mesure où une phase initiale de préparation du terrain avait été envisagée. En effet, l'anticipation des réactions des acteurs au sein des groupes concernés est un élément important de la stratégie du changement dans les organisations. L'anticipation peut permettre de mettre en place des



mesures permettant de lever ces freins au changement. L'information et la communication peuvent clarifier la situation et lever les ambiguïtés, sources de méfiance et de blocage. Même si les résultats du questionnaire ne le montrent pas de manière claire, les entretiens m'ont conforté dans l'idée qu'il n'y a pas eu de véritable stratégie de communication, voire de pilotage au sens stratégique.