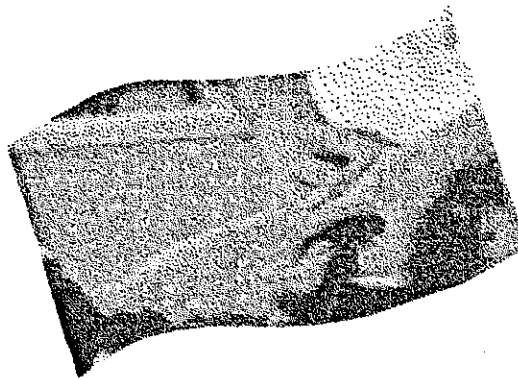


**Santé, sécurité
et organisation du travail
dans les emplois
de soins à domicile**



ÉTUDES ET RECHERCHES

Esther Cloutier
Hélène David
Johane Prévost
Catherine Telger

Octobre 1998

R-202

RAPPORT



IRSST
Institut de recherche

La recherche, pour mieux comprendre

L'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST) est un organisme de recherche scientifique voué à l'identification et à l'élimination à la source des dangers professionnels, et à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes. Financé par la CSST, l'Institut réalise et finance, par subvention ou contrats, des recherches qui visent à réduire les coûts humains et financiers occasionnés par les accidents de travail et les maladies professionnelles.

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

Les résultats des travaux de l'Institut sont présentés dans une série de publications, disponibles sur demande à la Direction des communications.

Il est possible de se procurer le catalogue des publications de l'Institut et de s'abonner à *Prévention au travail* en écrivant à l'adresse au bas de cette page.

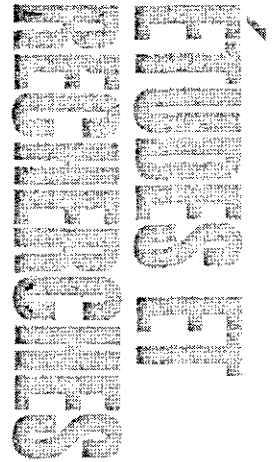
ATTENTION

Cette version numérique vous est offerte à titre d'information seulement. Bien que tout ait été mis en œuvre pour préserver la qualité des documents lors du transfert numérique, il se peut que certains caractères aient été omis, altérés ou effacés. Les données contenues dans les tableaux et graphiques doivent être vérifiées à l'aide de la version papier avant utilisation.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec

IRSST - Direction des communications
505, boul. de Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : (514) 288-1 551
Télécopieur: (514) 288-7636
Site internet : www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche en santé
et en sécurité du travail du Québec,

**Santé, sécurité
et organisation du travail
dans les emplois
de soins à domicile**



Esther Cloutier, Programme organisation du travail, IRSST
Hélène David, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention
Johane Prévost, Programme organisation du travail, IRSST
Catherine Teiger, Laboratoire G. Friedmann, CNRS et Laboratoire d'ergonomie, CNAM
avec la collaboration de :
Patrice Duguay et Paul Massicotte, Programme organisation du travail, IRSST

RAPPORT

SOMMAIRE

Les emplois de soins sont à risque de lésions professionnelles autant chez les jeunes que chez le personnel plus âgé. De plus, les changements actuels dans le secteur de la santé et des services sociaux entraînent des modifications importantes de l'organisation et de l'activité de travail du personnel de soins à domicile (virage ambulatoire, augmentation des bénéficiaires, nature des soins, population qui vieillit, réaffectation de personnel, introduction de nouvelles technologies) à un moment où ce personnel vieillit. Il y a lieu de supposer que ces modifications auront des conséquences sur la santé et la sécurité qu'il importe d'appréhender.

Une étude de cas exploratoire a été entreprise dans un CLSC d'une région métropolitaine afin : 1) d'identifier des contraintes organisationnelles, environnementales et autres qui font que le travail à domicile est à risque; 2) d'étudier les différentes stratégies compensatoires qui sont mises en œuvre par les individus, les collectifs de travail et les organisations pour réduire l'effet des contraintes reliées au travail; 3) d'apporter une attention particulière aux variations de contraintes et de stratégies selon l'âge et l'expérience de la main-d'œuvre. L'étude porte sur les auxiliaires familiales et sociales (AFS) et les infirmières du maintien à domicile (MAD), deux catégories d'emploi importantes.

Plusieurs sources d'information complémentaires ont été utilisées, dont les principales sont : 1) des données sur la main-d'œuvre en CLSC au cours des années 1993-1996 et sur les lésions professionnelles de ce personnel pour la même période ainsi que des données de main-d'œuvre, de lésions et d'absence pour raison de santé du CLSC participant pour les deux années les plus récentes (1995-1997); 2) des entrevues collectives avec cinq AFS et quatre infirmières expérimentées, 3) des entrevues de gestionnaires et de représentants syndicaux et 4) des observations de l'activité de travail de six AFS (22 visites chez 21 patients) et de cinq infirmières du MAD (32 visites chez 29 patients).

Les observations ont porté sur les tâches nécessaires pour accomplir divers types de soins, les variations de conditions de soins, les communications avec les patients, de même que sur les contraintes associées à ces différentes tâches. Elles ont également englobé le travail des infirmières au cours duquel elles accomplissent de la gestion des cas, de la coordination de soins et services ainsi que d'autres tâches administratives de même que sur les contraintes associées.

Les infirmières et les AFS des CLSC québécois représentent respectivement 27,5 % et 12,7 % de la main-d'œuvre alors qu'elles sont victimes de 12,9 % et de 47,6 % de l'ensemble des lésions. En termes de caractéristiques des lésions, les AFS et les infirmières sont victimes des mêmes six types d'accidents (lésions musculo-squelettiques, entorses et foulures des articulations des membres inférieurs, chutes, plaies et coupures peu graves, accidents de véhicules, expositions à des substances et autres types d'accidents) mais en proportion différente.

Chaque CLSC ayant une marge de manœuvre organisationnelle, le service du maintien à domicile où s'est déroulé l'étude a été décrit (ressources, fonctionnement, organisation) de même que l'organisation des services et des interventions en santé et en sécurité du travail. Ces

éléments permettent de situer dans leur contexte organisationnel le travail des AFS et des infirmières qui a été étudié en détail.

L'étude de l'activité réelle du travail des AFS montre pourquoi ces travailleuses sont à haut risque de lésions professionnelles. En effet, les AFS en plus d'accomplir des activités de soins présentant une forte composante physique et nécessitant des postures contraignantes, accomplissent des activités de dépistage et de soutien social qui sont souvent invisibles et qui modifient la façon de réaliser les soins. L'ensemble de ces activités présente des contraintes diversifiées liées à l'environnement, aux caractéristiques des patients et de leur réseau familial, à l'équipement et à l'organisation du travail. Pour faire face à l'ensemble de ces contraintes et en minimiser les effets négatifs les AFS expérimentées développent des stratégies particulières de travail.

En ce qui concerne les infirmières du MAD, les observations et entrevues permettent de repérer des zones de concentration de risque de lésions. Ce sont lors des soins infirmiers, qui ne représentent qu'une partie de leur travail, que se retrouvent les risques posturaux. Cependant, une autre composante du travail des infirmières regroupe des activités administratives, de suivi et de coordination de soins, de gestion des routes et d'autres activités au CLSC qui génèrent des contraintes de temps importantes. Ces tâches représentent près de la moitié de leur temps de travail. De plus, l'ensemble des activités de travail des infirmières du maintien à domicile présente des contraintes diversifiées liées à l'environnement, aux caractéristiques des patients et de leur réseau familial, à l'équipement disponible et à l'organisation du travail. Pour faire face à l'ensemble de ces contraintes et minimiser leurs effets négatifs les infirmières expérimentées, comme les AFS, développent des stratégies particulières de travail.

Cette étude a permis de repérer des pistes d'intervention sur le plan organisationnel qui peuvent être utiles pour la prévention des accidents et des maladies reliés au travail. Parmi les facteurs identifiés on retrouve la coordination entre organismes du réseau de la santé et du réseau communautaire, la gestion financière, des ressources humaines et de la santé et de la sécurité du CLSC. D'autres facteurs importants ressortent en ce qui concerne l'information dispensée aux usagers, l'existence, l'application et le suivi de politiques et de procédures de la part du CLSC. D'autres éléments concernent la gestion des routes (stabilité des patients, équilibre entre cas lourds et cas plus légers, etc.). La dimension du temps ressort des observations et des entrevues à travers plusieurs paramètres (augmentation de la charge de cas, diminution de la marge de manœuvre, introduction de nouvelles procédures et de nouvelles technologies). La circulation d'information ressort comme cruciale à la réalisation des objectifs de soins du CLSC. Enfin, des formations, des séances d'information et des mises à jour sur certains sujets sont organisées par le CLSC.

En privilégiant une approche large de la santé et de la sécurité du travail, cette étude a permis de repérer des facteurs organisationnels, environnementaux et autres qui font que le travail des AFS et des infirmières du MAD est à risque. L'étude montre l'importance des savoir-faire développés par les travailleuses expérimentées pour faire face aux différentes contraintes rencontrées dans leur travail et ainsi se protéger des risques. Enfin, elle met en évidence des pistes de prévention à divers niveaux.

AVERTISSEMENT

Les résultats de cette étude de cas exploratoire sur l'incidence des lésions professionnelles ne sont pas directement généralisables puisque l'étude ne porte pas sur un échantillon représentatif de la main-d'œuvre des catégories professionnelles à l'étude. Par contre, l'identification d'un certain nombre de facteurs, en particulier d'ordre organisationnel, qui semblent jouer un rôle dans cette incidence, fournit des outils d'analyse qui peuvent déjà servir à mieux comprendre comment ces lésions professionnelles arrivent. Ces résultats ne constituent d'aucune façon un jugement sur le CLSC participant étant donné le manque de points de comparaison. D'autre part, cette étude préliminaire a été réalisée dans un contexte de changement important dans le secteur de la santé et des services sociaux; il est donc possible que certaines remarques ne s'appliquent déjà plus à la situation en cours.

REMERCIEMENTS

Nous aimerions souligner que cette étude n'aurait pas été possible sans l'acceptation, la collaboration, la confiance et le temps de nombreuses personnes du CLSC qui nous a ouvert ses portes. Nous remercions toutes ces personnes. Nous remercions plus particulièrement celles qui ont directement participé, par les entrevues, les observations et les séances de restitution, à rendre cette étude possible, dans un contexte général particulièrement exigeant avec les répercussions des coupures et du virage ambulatoire.

Nous voudrions également remercier Gilles Lebeau, directeur de l'ASSTSAS, pour le soutien qu'il a apporté à cette étude exploratoire. Nous tenons particulièrement à souligner ici la collaboration de Rose-Ange Proteau, conseillère à l'ASSTSAS, qui nous a dispensé la formation PDSB-auxiliaire familiale et sociale, qui nous a donné des conseils judicieux sur nos outils de collecte d'information et qui nous a soutenues activement tout au long de cette étude.

Nous avons grandement apprécié la collaboration des membres du comité aviseur. Ils nous ont, en effet, permis d'enrichir les résultats de cette étude exploratoire en termes de recommandations de recherches et d'interventions (l'Annexe 1 donne des informations sur la composition du comité, la fréquence des réunions et les objets de discussion).

Des remerciements doivent aussi être adressés aux collègues du Programme organisation du travail, qui ont participé à l'une ou l'autre des étapes de cette étude : Patrice Duguay, Paul Massicotte, Sylvie Bond, Mireille Duranleau et Micheline Levy. Enfin, nous tenons à remercier Denise Granger, directrice du Programme organisation du travail, pour son soutien tout au long de la réalisation de cette étude.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	i
AVERTISSEMENT.....	iii
REMERCIEMENTS.....	v
TABLE DES MATIÈRES	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	xiii
LISTE DES SCHÉMAS ET DES FIGURES	xv
1. INTRODUCTION	1
Le secteur de la santé et des services sociaux.....	1
Les soins à domicile.....	3
Les objectifs du projet exploratoire	4
2. MÉTHODOLOGIE ET SOURCES DE DONNÉES.....	5
2.1 Une étude de cas	5
2.2 Les différentes sources de données.....	5
2.2.1 Les données de main-d'œuvre et de lésions professionnelles de l'ensemble des CLSC.....	6
2.2.2 Les indicateurs et les méthodes utilisés pour analyser les données de lésions professionnelles.....	8
2.2.3 Les observations ergonomiques.....	9
L'analyse des postures	11
L'identification de contraintes de travail	11
2.2.4 Les entrevues semi-dirigées de travailleuses expérimentées	12
2.2.5 Les entrevues avec les gestionnaires et les représentants syndicaux	12
2.2.6 L'analyse de documents institutionnels et gouvernementaux et l'observation de réunions.....	12
2.2.7 La restitution des premiers résultats aux travailleuses observées et interviewées	12
2.2.8 Les commentaires des membres du comité aviseur	13
2.3 Conclusion	13
3. CARACTÉRISTIQUES DE LA MAIN-D'ŒUVRE ET DES LÉSIONS DANS LES CLSC.....	15
3.1 Situation québécoise	15
3.1.1 La main-d'œuvre.....	15
3.1.2 Les lésions professionnelles des infirmières et des auxiliaires familiales et sociales	18
Les indicateurs de lésions professionnelles	18
Les descripteurs des lésions.....	20
Les principales caractéristiques des lésions des infirmières	23
Les principales caractéristiques des lésions des auxiliaires familiales et sociales	27

3.2	Le portrait du CLSC participant à l'étude.....	29
3.2.1	La main-d'œuvre.....	29
3.2.2	Les lésions professionnelles et les absences	30
	Les auxiliaires familiales et sociales.....	30
	Les infirmières du maintien à domicile	32
3.3	Conclusion	32
4.	LE PROGRAMME DE MAINTIEN À DOMICILE DU CLSC.....	33
4.1	Le CLSC dans le réseau de la santé et des services sociaux.....	33
4.1.1	Les services de maintien à domicile (MAD)	33
4.1.2	La santé et la sécurité du travail dans le réseau de la santé et des services sociaux	33
	Le régime québécois de la santé et de la sécurité du travail	33
4.2	Les rapports entre le CLSC et la Régie régionale de la santé et des services sociaux.....	35
4.3	Le programme de maintien à domicile du CLSC	37
4.3.1	Le service de MAD à l'intérieur du CLSC	37
	Ressources financières	37
	Mission et définition des services de maintien à domicile (MAD)	37
	Milieu, usagers et interventions	39
	Les ressources humaines du MAD	39
	Les horaires de travail.....	40
	La structure organisationnelle du MAD	40
	Les étapes du cheminement d'une demande.....	41
	Les politiques officielles du MAD.....	43
	La satisfaction des usagers.....	44
4.4	La santé et la sécurité au travail au CLSC	44
4.4.1	Le comité de la santé et de la sécurité au travail.....	44
4.4.2	La procédure en cas d'accident.....	45
4.4.3	La santé et la sécurité du travail au service du MAD	45
4.5	Conclusion	46
5.	LE TRAVAIL DES AUXILIAIRES FAMILIALES ET SOCIALES	47
5.1	Ce que révèlent les observations.....	47
5.1.1	Les journées de travail	47
	Les soins, les trajets et type de patient visité	47
	Activités de travail	48
5.1.2	Les postures adoptées pendant les activités de soins	49
	Tâches à risque selon le type de soins	49
	Le type de soins et les postures critiques.....	53
	L'autonomie du patient et les postures critiques.....	53
	La taille et l'âge de l'auxiliaire familiale et sociale ainsi que la disponibilité d'équipement et les postures critiques	57

	Cours sur les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB).....	62
5.1.3	Les activités de dépistage et de soutien social	62
5.1.4	Les contraintes du travail	64
	Interférences dans le travail	64
	Temps.....	64
	Équipement	64
	Environnement.....	65
	Patient	66
	Réseau familial du patient.....	66
	Organisation du travail.....	66
5.1.5	L'âge, l'expérience et les stratégies de travail	66
5.2	Ce que révèle l'entrevue de groupe des auxiliaires familiales et sociales expérimentées.....	67
	L'omniprésence du temps	67
	Les difficultés les plus importantes de leur travail	69
	La transmission d'information et leur place dans l'équipe multi	70
	Les stratégies de travail développées avec l'expérience.....	71
	La santé et la sécurité.....	73
5.3	Conclusion	74
6.	LE TRAVAIL DES INFIRMIÈRES DU MAINTIEN À DOMICILE	75
6.1	Ce que révèlent les observations.....	75
6.1.1	Les journées de travail	75
	Les soins, les trajets, les types de patients visités en avant-midi et le travail au CLSC en après-midi.....	76
	Les fonctions et tâches officielles de travail	76
	Les avant-midis.....	78
	Les après-midis	78
	Le rôle d'instructeurs RCR, comité de plaies et PDSB,	82
	La participation aux médicaments parlants,.....	82
	La participation aux comités CII, de qualité et de maintien des compétences,.....	82
	Le transfert d'information aux médecins s'il y a augmentation de soins,	82
	La participation à des rencontres avec les équipes gériatriques d'hôpital et les familles pour planifier les congés,	82
6.1.2	Les activités de soins en avant-midi	83
	L'analyse des postures	83
	Tâches à risque selon le type de soins	83
	Le type de soins et les postures critiques	83
	L'équipement, l'environnement et les postures critiques	86
	La taille et l'âge des infirmières et les postures critiques	86
	Deux cas nécessitant plus de deux fois le temps moyen à domicile.....	92

	Le rôle d'enseignement à domicile	92
	Le rôle préventif à domicile	94
6.1.3	Les contraintes liées au travail de soin à domicile.....	94
	Interférences ou interruptions dans le travail.....	94
	Temps.....	94
	Équipement et matériel	94
	Environnement	95
	Patient	95
	Réseau familial du patient.....	95
	Organisation du travail.....	96
	Relations interorganisations.....	96
6.1.4	Le travail en après-midi et ses contraintes particulières	96
	Temps.....	98
	Environnement de travail.....	98
	Organisation du travail.....	98
	Relations interorganisations.....	98
	Santé et sécurité du travail	98
6.2	Ce que révèle l'entrevue de groupe avec les infirmières expérimentées	98
	La polyvalence	99
	Le virage ambulatoire	100
	La transmission d'information, les réunions professionnelles et l'équipe multi.....	101
	L'âge, l'expérience et les stratégies de travail.....	102
	La violence.....	102
	La santé, la sécurité du travail et les facteurs de pénibilité du travail	103
6.3	Conclusion	103
7.	SYNTHÈSE ET CONCLUSION : DES FACTEURS ASSOCIÉS À LA SANTÉ ET À LA SÉCURITÉ DES AUXILIAIRES FAMILIALES ET SOCIALES ET DES INFIRMIÈRES DU MAINTIEN À DOMICILE	105
7.1	La travailleuse.....	105
7.2	Le patient et son réseau familial	107
7.3	L'environnement.....	108
7.4	L'organisation du travail.....	109
7.5	Décalage entre l'activité réelle et l'activité formelle de travail	112
7.6	L'atout que représente l'expérience.....	113
7.7	Les effets sur les infirmières et les auxiliaires familiales et sociales de la mise en œuvre du réseau intégré de soins et services.....	114
7.8	Conclusion	115
8.	PISTES DE RECOMMANDATIONS	117
8.1	Pistes d'interventions dans les CLSC en termes d'organisation du travail	117
	Santé et sécurité	117
	Politiques et procédures	117

	Information aux usagers.....	118
	Gestion des routes.....	118
	Temps.....	118
	Transmission d'information.....	119
	Rôle de l'auxiliaire familiale et sociale.....	119
	Formation, information et mise à jour.....	119
8.2	Pistes d'interventions dans les CLSC en termes d'environnement de travail.....	120
8.3	Pistes d'interventions à prendre en charge par d'autres organismes.....	120
8.4	Pistes de recherche.....	120
BIBLIOGRAPHIE.....		123
Annexe 1 :	Le comité aviseur.....	129
Annexe 2 :	Grilles d'observation.....	131
Annexe 3 :	Protocole d'entrevue de groupe.....	143
Annexe 4 :	Observation des auxiliaires familiales et sociales.....	145
Annexe 5 :	Observation des infirmières.....	147

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 : Sources de données utilisées.....	7
Tableau 3.1 : Effectifs des infirmières, des auxiliaires familiales et sociales et de la main-d'œuvre en CLSC et principales caractéristiques d'âge entre 1993 et 1995.....	16
Tableau 3.2 : Répartition des lésions selon l'emploi en CLSC entre 1993 et 1995	19
Tableau 3.3 : Taux d'incidence des lésions des infirmières, des auxiliaires familiales et sociales et de l'ensemble des professions en CLSC, selon l'âge, entre 1993 et 1995.....	19
Tableau 3.4 : Durée moyenne et médiane d'absence pour lésions professionnelles chez les infirmières, les auxiliaires familiales et sociales et l'ensemble des professions en CLSC, selon l'âge, entre 1993 et 1995	20
Tableau 3.5 : Répartition des lésions et des durées d'absence des infirmières, des auxiliaires familiales et sociales et de l'ensemble des professions en CLSC, selon le siège de lésion, entre 1993 et 1995	21
Tableau 3.6 : Répartition des lésions et des durées d'absence des infirmières, des auxiliaires familiales et sociales et de l'ensemble des professions en CLSC, selon la nature de lésion, entre 1993 et 1995	22
Tableau 3.7 : Répartition des lésions et des durées d'absence des infirmières, des auxiliaires familiales et sociales et de l'ensemble des professions en CLSC, selon le <i>genre d'accident</i> , entre 1993 et 1995	24
Tableau 3.8 : Répartition des lésions et des durées d'absence des infirmières, des auxiliaires familiales et sociales et de l'ensemble des professions en CLSC, selon <i>l'agent causal de la lésion</i> , entre 1993 et 1995	25
Tableau 3.9 : Les principales classes d'accidents des infirmières des CLSC entre 1993 et 1995.....	26
Tableau 3.10 : Les principales classes d'accidents des auxiliaires familiales et sociales des CLSC entre 1993 et 1995	28
Tableau 3.11 : Répartition des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières du maintien à domicile selon l'âge	30
Tableau 3.12 : Les accidents des auxiliaires familiales et sociales en 1995-1997 selon l'âge.....	31
Tableau 5.1 : Tâches à risque liées à des postures critiques observées pendant le bain au bain.....	50
Tableau 5.2 : Tâches à risque liées à des postures critiques observées pendant le bain au lit	51
Tableau 5.3 : Tâches à risque liées à des postures critiques observées pendant le nettoyage et le ménage de la salle de bain suite à un bain au bain	52
Tableau 5.4 : Les efforts observés et les tâches à risque associées selon le type de soin.....	54

Tableau 6.1 : Les fonctions et tâches des infirmières du maintien à domicile	79
Tableau 6.2 : Tâches et activités des infirmières du maintien à domicile observées en après-midi	82
Tableau 6.3 : Observation des tâches à risque liées à des postures critiques chez les infirmières du maintien à domicile	84

LISTE DES SCHÉMAS ET DES FIGURES

Schéma 1 :	Le CLSC dans le réseau de la santé et des services sociaux.....	34
Schéma 2 :	[Tableau 2] Exemple d'un continuum intégré de soins et services géronto-gériatriques.....	36
Figure 3.1 :	Répartition selon l'âge des infirmières, des auxiliaires familiales et sociales et de l'ensemble des individus en poste dans les CLSC, Québec, 31 mars 1996.....	17
Figure 5.1 :	Proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon le type de soin dispensé.....	55
Figure 5.2 :	Pendant le bain au bain, proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon le niveau d'autonomie de la patiente ou du patient.....	56
Figure 5.3 :	Pendant le bain au bain, proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon la taille de l'auxiliaire.....	58
Figure 5.4 :	Pendant le bain au lit, proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon la taille de l'auxiliaire.....	59
Figure 5.5 :	Pendant le bain au bain, proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon l'âge.....	60
Figure 5.6 :	Pendant le bain au lit, proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon l'âge.....	61
Figure 6.1 :	Proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon le type de soin dispensé.....	85
Figure 6.2 :	Proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon l'endroit où est placée la personne à soigner.....	87
Figure 6.2a :	Proportion moyenne de temps observée en postures critiques lorsque la personne à soigner est installée dans un lit haut (hanche de l'infirmière).....	88
Figure 6.2b :	Proportion moyenne de temps observée en postures critiques lorsque la personne à soigner est installée dans un lit bas (genoux de l'infirmière).....	89
Figure 6.3 :	Proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon la hauteur à laquelle est placé le matériel de soin.....	90
Figure 6.4 :	Proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon la taille de l'infirmière.....	91
Figure 6.5 :	Proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon l'âge des infirmières.....	93
Figure 7.1 :	Facteurs associés à la santé et à la sécurité des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières du maintien à domicile.....	106

1. INTRODUCTION

Plusieurs organismes du réseau québécois de la santé et des services sociaux, dont une région régionale et l'ASSTSAS, s'intéressent à la problématique d'une meilleure adaptation des milieux et de l'organisation du travail en vue de minimiser les risques du personnel de soins à domicile, qui constitue, par ailleurs, une main-d'œuvre vieillissante. Les emplois de soins aux bénéficiaires ont en effet été identifiés comme étant des emplois à risque, autant chez les jeunes que chez le personnel plus âgé, dans le secteur de la santé et des services sociaux (Cloutier et Duguay, 1996). En effet, le taux d'incidence associé à ces emplois est élevé de même que les durées moyennes d'absence. Outre le vieillissement de sa main-d'œuvre, le secteur de la santé et des services sociaux vit également de nombreux autres changements, qui entraîneront des modifications profondes de l'organisation du travail et, par le fait même, de l'activité concrète de travail du personnel de soins à domicile (virage ambulatoire, augmentation des bénéficiaires, nature des soins à dispenser, population qui vieillit, réaffectation de personnel venant d'autres institutions).

Le secteur de la santé et des services sociaux

La population du Québec vieillit, ce qui se répercute sur les pyramides d'âge de la main-d'œuvre active. Ainsi, dans certains secteurs d'activité et pour quelques occupations, les structures d'âge de la main-d'œuvre féminine et masculine présentent un effet assez marqué de vieillissement. À titre d'exemple, en quatre ans (entre 1987 et 1991), l'âge moyen des infirmières auxiliaires du secteur de la santé et des services sociaux a augmenté de 3,1 ans (Cloutier et Duguay, 1996). Ce vieillissement de la main-d'œuvre peut influencer les conditions de santé et de sécurité du travail.

On connaît peu de choses sur les contraintes organisationnelles, environnementales et autres qui pourraient affecter davantage la main-d'œuvre vieillissante. Il en est de même des stratégies individuelles, collectives et organisationnelles qui sont utilisées différemment selon l'âge.

Des profils de risque d'accidents particuliers au regard de l'âge des travailleurs et des travailleuses sont ressortis d'une récente étude statistique, qui identifie les emplois de soins aux bénéficiaires (infirmières et infirmiers auxiliaires ou diplômés, les auxiliaires familiales et sociales, hommes et femmes, et les préposé-es- aux bénéficiaires¹) comme emplois à risque, autant chez les jeunes que chez le personnel plus âgé, dans le secteur de la santé et des services sociaux (Cloutier et Duguay, 1996). En effet, pour ces emplois, toutes catégories d'âge confondues, le taux d'incidence de lésions professionnelles se situe autour de 20 % ce qui est de beaucoup supérieur à la moyenne nationale (5,9 %; Hébert, 1995). De plus, les durées moyennes d'absence varient de 30 à plus de 60 jours. D'autre part, en ce qui concerne les relations entre l'âge et le taux d'incidence, ce dernier décroît avec l'avance en âge alors qu'aucune relation statistiquement significative n'a été observée pour les durées médianes et moyennes d'absence.

¹ Ces emplois de soins aux bénéficiaires regroupent près de 50 % de la main-d'œuvre du secteur.

Enfin, les analyses ont révélé des différences importantes en ce qui concerne la répartition des scénarios d'accidents selon l'âge².

La variation du risque en fonction de l'âge met en évidence, d'une part, l'existence de contraintes particulières du travail qui peuvent devenir de plus en plus difficiles à supporter avec l'avance en âge et qui peuvent même conduire à l'exclusion et, d'autre part, la possible élaboration de stratégies de travail avec l'expérience, qui joueraient un rôle protecteur vis-à-vis du risque.

Ainsi, dans le secteur de la santé et des services sociaux qui est caractérisé par un haut taux de lésions, les emplois de soins sont critiques en termes de sécurité tout au long de la vie professionnelle. Malgré cela, le niveau et la nature des accidents associés à ces emplois varient selon l'âge. Ces profils de risque particuliers laissent soupçonner le fait que l'impact de l'avance en âge de la main-d'œuvre déborde largement les accidents du travail pour englober les problèmes de santé.

Le vieillissement de la main-d'œuvre observé dans le secteur de la santé et des services sociaux et ses conséquences sur la santé et la sécurité du travail ne sont pas les seuls changements en cours actuellement dans ce secteur. En parallèle, on assiste, en effet, à d'autres modifications majeures qui auront un impact à différents niveaux sur les conditions de travail et sur la santé et la sécurité du personnel de soins. Le virage ambulatoire amorcé récemment, jumelé aux coupures budgétaires visant à réduire le déficit gouvernemental, a transformé profondément l'organisation générale des soins à la population. Les durées des séjours en centre hospitalier de courte durée sont raccourcies et les bénéficiaires sont encouragés à retourner à domicile le plus rapidement possible. Pour maintenir la qualité des services, le retour précoce à domicile doit s'accompagner de soins personnalisés accrus à ce niveau. Ainsi, outre une augmentation du nombre de bénéficiaires nécessitant des soins à domicile, la nature des soins à dispenser change également puisque ces derniers retournent à domicile moins bien rétablis qu'auparavant. Ce phénomène va aller en s'accroissant car la population vieillit elle aussi. Ces éléments font que le besoin d'une main-d'œuvre spécialisée en CLSC qui fournit des soins à domicile ira en s'accroissant. D'autre part, la restructuration en cours au niveau des services de soins fait que certains emplois disparaissent des centres hospitaliers de courte durée, ce qui conduit les salariés qui les occupaient à être réaffectés ailleurs. Il est ainsi possible que certains d'entre eux soient affectés à des emplois de soins à domicile. Ces personnes, bien que plutôt âgées, disposeront de peu

² Le scénario d'accidents le plus important en termes de fréquence d'occurrence (entre 55 % et 65 % des lésions selon l'emploi), est celui qui regroupe les efforts excessifs entraînant des blessures au dos qui surviennent en soulevant ou en manipulant une personne. Ce scénario est associé en proportion relativement plus importante au personnel jeune et d'âge moyen (moins de 35 ans). D'autre part, un autre scénario d'accidents qui regroupe les réactions de l'organisme, volontaires ou involontaires, alors que la travailleuse ou le travailleur est en déplacement, est caractéristique du personnel dans la quarantaine. Enfin, un autre scénario regroupant les chutes et les pertes d'équilibre provoquant des blessures aux membres inférieurs, de même que celui constitué de heurts, de coincements et de situations où le personnel est frappé par un objet (meuble ou outil) sont caractéristiques d'une main-d'œuvre plus âgée.

d'expérience pour effectuer les nouvelles tâches qui leur seraient assignées, ce qui est assez inédit. De plus, globalement, l'âge moyen des travailleurs et des travailleuses va fort probablement continuer à augmenter puisque le personnel transféré provient d'autres institutions du secteur et que très peu de personnes jeunes sont embauchées.

L'ensemble de ces changements entraînera certainement des modifications profondes de l'organisation du travail à différents niveaux; à titre d'exemples, pensons à la coordination entre les surveillants et le personnel soignant ainsi qu'entre les membres d'une même équipe de travail, à l'horaire de travail, au nombre de bénéficiaires, à l'introduction de nouvelles technologies, à la formalisation du rôle des aidants naturels et à la gestion de la santé et de la sécurité. Il s'ensuit que ces changements organisationnels auront des répercussions sur l'activité de travail de la main-d'œuvre dispensant des soins à domicile que ce soit au niveau de la nature et du volume des soins à dispenser, des exigences physiques, émotives et psychiques ainsi que de la reconnaissance formelle de certains aspects du travail (rôle de soutien du bénéficiaire et de sa famille). Il semble donc pertinent en termes de prévention, de connaître les contraintes de travail associées à ces emplois de même que celles qui posent problèmes avec l'avance en âge, afin d'en minimiser l'impact et de permettre aux individus et aux équipes de travail de mettre en œuvre les stratégies compensatoires qu'ils ont développées avec l'expérience. Quelques études dans d'autres secteurs d'activité pour d'autres emplois ont en effet permis de montrer la richesse que révèle le savoir-faire des individus et du collectif en termes de prévention (Cloutier, 1994; Dejours, 1993; Cru et Dejours, 1983). À ce sujet, l'organisation du travail doit fournir aux individus une certaine marge de manœuvre afin de leur permettre d'élaborer et de mettre en œuvre ces stratégies compensatoires de travail (Laville, 1989; Salthouse, 1990; Teiger, 1989). À notre connaissance, cette double problématique des soins à domicile dispensés par une main-d'œuvre qui avance en âge n'a pas été étudiée. Elle mérite cependant de l'être à cause de l'essor que cette population de travailleurs et de travailleuses va prendre dans un avenir rapproché.

Les soins à domicile

La recension des écrits peu nombreux qui concernent l'organisation et l'activité de travail de même que les risques et les contraintes de travail du personnel de soins à domicile met en évidence la complexité du sujet (Cloutier et Dubucs, 1994; Rocher, 1990; Proteau, 1992). En effet, les sources de variations et de diversités se situent à plusieurs niveaux. Elles proviennent : des travailleurs eux-mêmes (âge, expérience, sexe, etc.), des tâches à accomplir (toilette des malades, cuisine, ménage, etc.), des situations de travail (état de santé du malade, présence d'aide à domicile ou non, aménagement des lieux, etc.), de l'organisation du travail (élaboration du plan de soins, équipement disponible, formation, information, isolement, équipe de travail, soutien émotif, etc.) ainsi que du contexte plus macroscopique du travail (CLSC, type de clientèle desservie, région, route, saison, etc.). L'impact du vieillissement de la main-d'œuvre dans un tel contexte de travail peut avoir des effets contradictoires : le personnel plus âgé peut être avantagé par son expérience ou, au contraire, il peut être désavantagé par la manifestation d'usure physique et émotive.

Les objectifs du projet exploratoire

Un projet exploratoire a donc été entrepris pour déterminer parmi l'ensemble des facteurs influençant l'activité de travail des auxiliaires familiales et sociales (AFS) et des infirmières s'occupant des soins à domicile, quels sont, outre le sexe, l'âge et l'expérience, ceux qui doivent être retenus pour déterminer la population spécifique à l'étude et structurer les investigations en vue d'une recherche de plus grande envergure. Ses objectifs sont : 1) d'identifier les contraintes organisationnelles, environnementales et autres qui font que le travail est à risque pour la santé et la sécurité; 2) d'étudier les différentes stratégies compensatoires qui sont mises en œuvre par les individus, les collectifs de travail et les organisations pour réduire l'effet négatif des contraintes reliées au travail; 3) d'apporter une attention particulière aux variations de contraintes et de stratégies en fonction de l'âge et de l'expérience de la main-d'œuvre. Ces connaissances une fois acquises, pourront servir à orienter la prévention et fourniront des repères pour l'élaboration de projets de recherche plus larges.

2. MÉTHODOLOGIE ET SOURCES DE DONNÉES

2.1 Une étude de cas

L'approche de l'étude de cas a été choisie pour réaliser cette enquête exploratoire. Il s'agit d'une stratégie de recherche pertinente pour chercher à **comprendre comment** un phénomène documenté, par ailleurs, se construit ou se déroule (Yin, 1984). C'est le taux élevé d'incidence des lésions professionnelles dans les emplois de soins aux personnes dans le secteur de la santé et des services sociaux qui nous a incitées à aller observer sur le terrain un cas particulier, le service de maintien à domicile d'un CLSC.

L'étude d'un seul cas, par opposition à une étude multi-cas, est appropriée dans le contexte d'une étape exploratoire. Celle-ci vise, notamment, à identifier les facteurs à prendre en compte pour développer un devis de recherche où les cas sont alors choisis en fonction de caractéristiques identifiées comme significatives lors de l'étude exploratoire (Yin, 1984).

Bien qu'il s'agisse d'un seul cas, cette étude exploratoire réalisée auprès du service de maintien à domicile d'un CLSC est néanmoins complexe: elle est de type enchassé (« embedded », Yin, 1984). Elle comprend en effet plusieurs unités d'analyse qui ont trait tant à des individus, des situations de travail, des tâches de travail réelles, qu'à des journées de travail; elle comprend également des catégories professionnelles, des processus organisationnels et des relations hiérarchiques inter-établissements. Divers outils ont été utilisés pour recueillir des données qui ont varié selon l'unité d'analyse considérée.

Comme le souligne Yin, une telle étude exploratoire permet de développer une meilleure compréhension de la question à l'étude tant sur le plan conceptuel que méthodologique. Le cas n'a cependant pas à être choisi à partir de critères théoriques et méthodologiques qui seront indispensables à l'étape suivante. D'autres critères tels que la proximité géographique, des contacts déjà établis facilitant l'accès, permettent de réaliser l'étude et de raffiner les outils nécessaires ainsi que le contenu des données utiles à la réalisation de l'étape suivante (Yin, 1984).

2.2 Les différentes sources de données

Dans le cadre de cette étude exploratoire, nous avons cherché à connaître et à caractériser globalement le travail des auxiliaires familiales et sociales (AFS) et des infirmières qui œuvrent aux soins à domicile, en tentant également de produire des informations qui puissent permettre d'identifier des pistes de recherche future. Le projet s'est donc déroulé dans un CLSC situé dans la région périphérique d'une grande ville. Plusieurs sources de données ont été utilisées; elles peuvent être regroupées en trois catégories. La première vise à alimenter les connaissances théoriques et statistiques par une recension d'écrits scientifiques, des collectes des données sur la main-d'œuvre travaillant en CLSC au cours des trois années les plus récentes (1993-1996); des

données de lésions professionnelles du personnel travaillant en CLSC aux cours des trois mêmes années; des données de main-d'œuvre, de lésions professionnelles et d'absence pour raison de santé du CLSC participant à l'étude pour les deux dernières années (1995-1997). La deuxième source de données concerne le volet ergonomique. Ainsi, deux des chercheuses de l'équipe ont participé à la formation PDSB - soins à domicile de l'ASSTSAS qui est destinée aux AFS; des entrevues collectives de cinq AFS et de quatre infirmières expérimentées et de l'observation de l'activité de travail des AFS et d'infirmières du maintien à domicile ont été réalisées. De plus, des informations supplémentaires ont également été recueillies lors de séances de restitution des premiers résultats auprès des AFS et des infirmières ayant participé aux entrevues et aux observations. Enfin, le volet organisationnel a été couvert par le recueil d'informations sur l'ensemble des politiques institutionnelles; des observations de réunions de liaison entre la région régionale de la région et l'ensemble des CLSC de cette région, des rencontres de gestionnaires et de représentants syndicaux; ainsi que des observations de réunions opérationnelles diverses. Toutes les sources de données utilisées sont présentées au Tableau 2.1.

La méthodologie détaillée qui a été utilisée pour produire et analyser l'ensemble de ce matériel est présentée en détail ci-dessous. Ce rapport constitue une synthèse des résultats suite à l'intégration de l'ensemble de ces données.

2.2.1 Les données de main-d'œuvre et de lésions professionnelles de l'ensemble des CLSC

Les données sur les effectifs de la main-d'œuvre de l'ensemble des CLSC qui sont utilisées dans cette étude proviennent du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Les effectifs de main-d'œuvre par code de profession, statut d'emploi (occasionnel, régulier), sexe et âge ont été obtenus pour les années financières 1993-1994, 1994-1995 et 1995-1996³. Les AFS, dont il est plus particulièrement question dans cette étude, sont des travailleuses du programme de maintien à domicile alors que les infirmières dénombrées au niveau des données provinciales disponibles peuvent être affectées aux soins à domicile ou à d'autres programmes.

Deux types d'effectifs ont été utilisés: les effectifs réels d'individus et les effectifs ETC (équivalent temps complet) calculés à partir des heures régulières rémunérées. Les effectifs d'individus correspondent au nombre de personnes qui ont effectué un travail rémunéré au cours de l'année de référence. Pour ces individus les heures régulières rémunérées ont été converties en effectifs ETC pour chaque profession en utilisant comme valeur de référence le nombre d'heures régulières rémunérées pour un individu qui aurait occupé cette profession à temps plein durant l'année.

Les données sur les lésions professionnelles proviennent des fichiers informatiques de la CSST. Les variables disponibles sont : la date de l'événement, le sexe, la date de naissance, la profession, la durée d'indemnisation, le siège de la lésion, le genre d'accident, la nature de la lésion et l'agent causal de la lésion.

³ L'année financière couvre la période allant du 1^{er} avril d'une année au 31 mars de l'année suivante.

Tableau 2.1 : Sources de données utilisées*Connaissance théorique et statistique*

- Littérature scientifique
- Statistiques d'accidents et de main-d'œuvre des CLSC québécois (1993-1995) et du CLSC participant (1995-1997)

Volet ergonomique

- Formation PDSB - soins à domicile pour les AFS
- Entrevue semi-dirigée de 5 auxiliaires familiales et sociales expérimentées
- Entrevue semi-dirigée de 4 infirmières du maintien à domicile expérimentées
- Observations de 6 auxiliaires familiales et sociales au cours de 22 visites à domicile chez 21 patients en 5 jours
- Observations de 5 infirmières du maintien à domicile au cours de 32 visites à domicile chez 29 patients en 5 jours
- Restitution des premiers résultats auprès des auxiliaires familiales et sociales observées et interviewées
- Restitution des premiers résultats auprès des infirmières observées et interviewées

Volet organisationnel

- Documents administratifs du CLSC et de la Régie régionale
- Observations de réunions de liaison entre la Régie régionale et les CLSC de la région
- Entrevues auprès de gestionnaires (chefs de programme, chef d'équipe) et de représentants syndicaux (auxiliaires familiales et sociales et infirmières)
- Observations de réunions professionnelles (infirmières, auxiliaires familiales et sociales, travailleuses sociales), de comités d'évaluation et d'orientation, de discussions de cas

Les lésions qui ont été retenues sont celles qui sont survenues au cours du même découpage annuel (1^{er} avril au 31 mars) que celui utilisé pour les effectifs de main-d'œuvre. La sélection des lésions qui sont attribuables au CLSC a été faite à partir des codes d'unité d'employeurs de la CSST.

D'autre part, les données de main-d'œuvre, de lésions professionnelles et d'absence pour raison de santé du CLSC participant à cette étude ont été fournies par la direction administrative pour les deux années les plus récentes soit 1995-1996 et 1996-1997. Ces données concernent les AFS et les infirmières du maintien à domicile. Des analyses descriptives sommaires ont été réalisées à partir de ces informations afin de les comparer aux données québécoises. Il n'a cependant pas été possible de réaliser des analyses statistiques sophistiquées étant donné les faibles effectifs considérés.

2.2.2 Les indicateurs et les méthodes utilisés pour analyser les données de lésions professionnelles

Le fait de disposer d'informations sur la main-d'œuvre et sur les lésions professionnelles pour une période de temps qui couvre plusieurs années permet de s'assurer de la stabilité en ce qui concerne les caractéristiques des lésions professionnelles (incidence, gravité et type). Les données obtenues pour cette étude, qui couvrent trois années complètes, sont suffisantes pour assurer cette stabilité.

L'amplitude des catégories d'âge considérées pour les analyses est de 5 ans (9 catégories). Par ailleurs, un travail de recodage a été fait pour chacun des descripteurs d'accidents et de lésions disponibles. Ainsi, les sièges de lésions ont été regroupés en 9 catégories : 1) la région cervicale; 2) les épaules; 3) la région lombaire; 4) les autres parties du dos; 5) les bras, mains et doigts; 6) les genoux et chevilles; 7) les autres parties des jambes; 8) les sièges multiples et 9) les lésions à la tête, au thorax, à l'aîne ou à différents systèmes.

Les natures de lésions ont été catégorisées en 7 groupes : 1) les entorses et foulures; 2) les plaies et coupures; 3) les luxations, fractures et natures multiples; 4) les douleurs (sauf au dos); 5) les douleurs au dos; 6) les bursites et tendinites; 7) les brûlures, intoxications, troubles des yeux, bronchites et autres.

Les codes de genre d'accident ont été regroupés en 10 catégories : 1) les heurts, coincements et situations où la travailleuse est frappée par un objet ou autre chose; 2) les chutes à un niveau plus bas; 3) les chutes au même niveau; 4) les lésions liées au fait de se pencher, de s'étirer et de se retourner; 5) les lésions survenant après avoir glissé ou trébuché; 6) les efforts excessifs; 7) les efforts en soulevant; 8) les efforts en faisant d'autres gestes que soulever; 9) les accidents de véhicule; 10) l'exposition à des substances, des actes violents, des mouvements répétitifs et autres.

Enfin, la variable précisant l'agent causal de la lésion a été regroupée en 9 catégories : 1) un mouvement de la travailleuse; 2) une personne; 3) une surface intérieure; 4) une surface

extérieure; 5) un contenant; 6) une pièce de mobilier; 7) un véhicule; 8) une partie d'édifice (fenêtre, porte, etc.); 9) un produit chimique, un animal, un agent infectieux et autre.

Les indicateurs de risque utilisés pour les analyses statistiques sont :

- le taux d'incidence des lésions professionnelles (TI) qui est défini par le rapport entre le nombre de lésions et le nombre de travailleurs exposés au cours d'une période d'un an;
- la durée moyenne d'absence par lésion (DMAL) qui est obtenue en divisant le nombre de jours de travail perdus pour cause d'accidents de travail par le nombre d'accidents au cours d'une année;
- la durée médiane d'absence (Md) qui correspond au nombre de jours qui divise la distribution des durées d'absence en deux parties égales.

La durée médiane a été considérée en plus de la durée moyenne car cette statistique constitue une mesure de tendance centrale plus appropriée des distributions de durées d'absence. En effet ces distributions sont particulières; elles sont constituées de beaucoup d'accidents entraînant des durées relativement courtes et de peu d'accidents provoquant des absences très longues. La durée moyenne d'absence est ainsi artificiellement gonflée par ces absences très longues.

Afin de décrire les caractéristiques des accidents dont sont victimes les infirmières et les AFS de CLSC, les descripteurs d'événements enregistrés par la CSST tels que le genre d'accident, l'agent causal, le siège et la nature de la lésion ont été analysés en détail. De plus, des analyses multidimensionnelles des données permettant de tenir compte de l'interaction entre plusieurs variables de nature différente ont été réalisées, afin d'obtenir des résumés des principaux types d'accidents. Ces techniques sont : l'analyse factorielle des correspondances (AFC) et la classification ascendante hiérarchique (CAH). L'utilisation combinée de ces techniques pour l'analyse des accidents sert d'abord à distinguer les caractéristiques sur la base desquelles ils se ressemblent et ils se différencient, dans un cadre multivarié. Elle permet ensuite de fusionner les accidents en classes d'événements homogènes appelées scénarios d'accidents que l'on peut à la fois quantifier et qualifier. Chaque scénario est constitué d'un nombre réduit d'événements dont les caractéristiques et les fréquences relatives sont connues (Benzécri, 1985). Par la suite ces scénarios sont utilisés pour vérifier l'existence de relation statistiquement significative avec l'âge (chi-2) ou avec d'autres variables descriptives.

2.2.3 Les observations ergonomiques

L'un des principaux moyens retenus dans cette étude pour connaître le travail a été d'observer le déroulement de toute la journée de travail (dont font partie les visites à domicile) de plusieurs AFS et infirmières d'âge et d'expérience différents. Les observations ont porté sur le déroulement de la journée de travail, tant au CLSC qu'à domicile et pendant les déplacements : suivi des dossiers, activités de soins, communications avec les patients, relevé de postures et d'efforts, conditions de soins (conditions environnementales, aide d'une tierce personne,

participation du patient, etc.) de même que le matériel et l'équipement disponibles à domicile. Des informations confidentielles et générales sur la condition du patient (âge, maladie, réseau, etc.) ont également été recueillies. Puis, chaque soignante (auxiliaire ou infirmière) a été rencontrée individuellement lors des journées d'observation pour recueillir des informations sur certaines caractéristiques personnelles (âge, taille, expérience, sites corporels de fatigue ou de douleur s'il y avait lieu, etc.). De plus, pour les infirmières qui reviennent au CLSC l'après-midi pour accomplir le travail de suivi des dossiers, les observations ont consisté en une prise de notes large des activités de travail en cours, des interruptions et des communications en fonction du temps sans grille pré-établie. Les grilles de compilation d'informations qui ont été utilisées apparaissent à l'Annexe 2.

La grille d'observation portant sur le déroulement des visites à domicile a été développée entre autres pour l'observation des postures et des efforts. Les composantes posturales relevées lors des observations concernent la posture globale du corps (debout, assis, accroupi, à genoux, monte un escalier), certaines postures du dos (flexion -en relevant approximativement le degré de flexion, rotation identifiable, flexion latérale, dos voûté), certaines postures des jambes (appui sur un genou, appui sur une jambe) et la flexion des bras, en relevant approximativement le degré de flexion. Les composantes d'effort prévues dans la grille non exhaustive consistaient en des transports d'équipement de travail, des déplacements de mobilier (table à roulette, lit électrique, fauteuil roulant, etc.), des déplacements de patients (tourner dans son lit, soulever une jambe, etc.). La grille était ouverte dans le sens où son utilisation visait à supporter la prise de notes en temps réel sans pour autant limiter l'information et les types d'efforts ou de postures à noter.

Un bloc d'informations important de cette grille sur le déroulement de l'activité concerne la communication. La prise de notes concernant les communications avec les patients n'a pas été précatégorisée. Le sens du contenu des échanges a été noté, en privilégiant une prise de notes intégrale des passages significatifs.

En prévision des situations de soins où les événements à noter se produiraient plus vite que la possibilité de tous les prendre en note, les chercheuses ont privilégié le déroulement de l'activité (heure et nature des nouveaux événements) et les communications avec les patients car peu de données existent dans la littérature sur ces aspects du travail.

Deux observatrices ont réalisé les observations en s'étant préalablement amplement concertées pour planifier la prise de notes en étroite collaboration.

Le matériel ainsi recueilli a été mis sous forme de chronique de déroulement de journée de travail, en situant pour chaque opération ou ensemble d'opérations toutes les informations relevées à savoir son heure précise d'occurrence, la posture globale et celle du dos, l'effort réalisé et les communications en cours.

L'analyse des postures

Une posture est le résultat d'un travail à accomplir dans des conditions particulières et c'est pourquoi une posture est analysée comme le compromis entre plusieurs composantes :

1. les exigences du travail (détails à percevoir, force à appliquer, précision, caractéristiques des patients, etc.)
2. l'aménagement des lieux (et conception de l'équipement)
3. les caractéristiques personnelles (âge, expérience, taille, état de fatigue, etc.).
4. l'organisation du travail (incluant les contraintes de temps).

La description des postures permet de préciser les conditions d'exécution du travail qui sont les plus critiques pour toutes les personnes indépendamment des différences entre les individus. Les contraintes posturales peuvent être plus ou moins importantes selon *divers facteurs qui déterminent les conditions d'exécution du travail* comme l'équipement ou le matériel disponibles, l'environnement, les caractéristiques des patients et des soins dispensés, les particularités du réseau du patient ainsi que des éléments de l'organisation du travail dont les contraintes de temps et selon les *caractéristiques personnelles* (taille, poids, force, âge et expérience).

Certains facteurs sont reconnus à risque (répétitivité, contrainte de temps, etc.) pour le développement de problèmes musculo-squelettiques (Hagberg et coll., 1995). Les contraintes posturales et les postures en amplitude maximale s'inscrivent parmi ces facteurs de risque. Ainsi des analyses de la proportion de temps de soins passé dans ces postures à risque ont été entreprises dans le cadre de cette recherche préliminaire. Les postures considérées ici sont des postures extrêmes :

- des flexions du dos de 45° et plus,
- des postures du dos combinant des flexions, des rotations et des inclinaisons latérales,
- des postures accroupies,
- des postures à genoux.

De plus les efforts accomplis par les travailleuses ont été relevés le plus systématiquement possible et les tâches correspondantes compilées.

La première étape de l'analyse a consisté à repérer les tâches à risque qui se rattachent aux postures critiques présentées ci-dessus. Par la suite, des analyses ont été réalisées pour étudier la proportion moyenne (minimum, maximum) de temps de soins passée dans ces postures selon certaines caractéristiques des AFS et des infirmières (taille et âge) et des patients (autonomie), selon le type de soin dispensé et dans certains cas selon l'équipement et l'environnement dans lequel les soins s'accomplissent.

L'identification de contraintes de travail

D'autre part les observations ont également permis de procéder à l'identification de différentes contraintes rencontrées dans le travail et qui ont trait : aux interruptions, au temps, aux équipements disponibles, à l'environnement physique, aux caractéristiques du patient et de son réseau ainsi qu'à l'organisation du travail.

2.2.4 Les entrevues semi-dirigées de travailleuses expérimentées

Des entrevues semi-dirigées de groupes ont été réalisées auprès d'un groupe de cinq AFS et d'un groupe de quatre infirmières du maintien à domicile expérimentées (minimum de 8 ans d'expérience). Ces entrevues ont été enregistrées avec l'accord des personnes interrogées. L'objectif de ces entrevues étaient de comprendre comment sont organisés concrètement les soins à domicile, de repérer les difficultés que les travailleuses rencontrent au cours de la réalisation de leurs activités de travail, d'identifier les stratégies de travail qu'elles développent avec l'expérience et, enfin, de recenser les risques pour leur santé et leur sécurité. Le protocole d'entrevue utilisé figure à l'Annexe 3. Les thèmes abordés lors des entrevues ont permis de structurer le codage du matériel lors de l'analyse de contenu et de créer des liens entre les différentes problématiques.

2.2.5 Les entrevues avec les gestionnaires et les représentants syndicaux

Les entrevues avec les gestionnaires et les représentants syndicaux visaient à comprendre l'organisation générale et les politiques du CLSC de même qu'à connaître l'organisation de la santé et de la sécurité du personnel. De plus, les répercussions du virage ambulatoire ont été abordées. Enfin, l'organisation des soins à domicile a été discutée en détail. Ces entrevues ont été enregistrées avec l'accord des personnes interrogées. Ces informations ont par la suite été mises en relation avec celles obtenues à partir des entrevues et des observations et ont ainsi permis de comparer l'organisation prescrite et l'organisation réelle du travail. D'autre part, ces informations sont fort utiles pour révéler certaines contraintes, vécues par les gestionnaires, qui peuvent provenir d'autres niveaux de décisions tels que de la Régie régionale ou des centres hospitaliers.

2.2.6 L'analyse de documents institutionnels et gouvernementaux et l'observation de réunions

L'ensemble de la documentation écrite disponible au CLSC a été étudiée en détail. Elle concerne par exemple l'organisation des différents services offerts à la population, les budgets et les politiques du CLSC. D'autre part, les relations entre la Régie régionale et le CLSC ont également été considérées afin d'identifier des contraintes macroscopiques qui se répercutent sur le travail à domicile et par le fait même sur la santé et la sécurité des AFS et des infirmières du maintien à domicile.

2.2.7 La restitution des premiers résultats aux travailleuses observées et interviewées

La restitution des premiers résultats de l'étude s'est faite avec chaque groupe séparément, en présence de l'équipe de chercheuses. Les réunions, organisées sur le temps de travail, ont duré un peu plus de deux heures et ont été enregistrées avec l'accord des participantes. Une note de présentation des résultats concernant l'essentiel de ce qui était exposé a été distribuée. La présentation s'est appuyée sur des données visuelles (graphiques, tableaux) qui étaient commentées et discutées au fur et à mesure.

Les objectifs de l'équipe de recherche en impliquant les travailleuses dans ce processus étaient multiples : valider et enrichir les premiers résultats des observations et des analyses de documents et d'entrevues avant la rédaction du rapport de l'étude; le cas échéant, corriger d'éventuelles erreurs d'interprétation; compléter en cas d'oublis et constater des zones de désaccords possibles à élucider par la suite.

2.2.8 Les commentaires des membres du comité avisé

L'ensemble des résultats ont par la suite été présentés aux membres du comité avisé (Annexe 1). Leurs commentaires ont permis d'enrichir les données et la problématique de santé et de sécurité, de valider des pistes de recherches futures à entreprendre et de maximiser les retombées concrètes pour l'ensemble des CLSC à partir des résultats d'une étude exploratoire.

2.3 Conclusion

Cette étude de cas exploratoire multidisciplinaire a fourni des résultats très riches et très révélateurs à partir de ce seul cas. De plus, elle a permis de mieux fonder des hypothèses sérieuses sur différents facteurs qui jouent un rôle important dans la structuration du travail et qui ont des conséquences sur les risques d'accidents.

3. CARACTÉRISTIQUES DE LA MAIN-D'ŒUVRE ET DES LÉSIONS DANS LES CLSC

3.1 Situation québécoise

3.1.1 La main-d'œuvre

D'après les données les plus récentes sur les effectifs de main-d'œuvre des CLSC québécois, 19 867 personnes y travaillent en 1995-1996⁴ ce qui représente 14 278 personnes en équivalent temps complet (Tableau 3.1). Au cours de la période 1993-1995, les effectifs de main-d'œuvre ont augmenté. Cette main-d'œuvre est concentrée à 60 % en région urbaine (Montréal, Québec, Montérégie, Laval). D'autre part, la proportion de main-d'œuvre âgée de 45 ans et plus dans les CLSC a également augmenté entre 1993 et 1995 passant de 31,2 % à 35,1 %. Toutes professions confondues, l'âge moyen et l'âge médian du personnel de CLSC sont de 41 ans. La Figure 3.1, présente la structure d'âge des employés de CLSC en 1995.

Les infirmières⁵ représentent 27,5 % de la main-d'œuvre des CLSC en 1995 (5456 personnes sur 19 867). On remarque que la proportion d'infirmières âgées de 45 et plus est plus élevée que la proportion globale dans les CLSC (toutes professions confondues). En effet, cette proportion se situe à 34,2 % en 1993 et augmente jusqu'à 37,4 % en 1995. Ainsi, en 1995, plus d'une infirmière sur trois en CLSC sont âgées de 45 ans et plus; l'âge moyen se situe à 41,2 ans et l'âge médian à 42 ans. La structure d'âge des infirmières de CLSC en 1995 est également représentée à la Figure 3.1. Les hommes ne représentent que 4,4 % du personnel infirmier en poste en 1995-1996.

Les AFS représentent 12,7 % de la main-d'œuvre des CLSC. Les travailleuses de ce groupe sont encore plus âgées que les infirmières, 50,2 % d'entre elles ont 45 ans et plus en 1995. D'autre part cette proportion a augmenté entre 1993 et 1995 (47,8 % à 50,2 %). L'âge moyen de ce groupe est de 44,4 ans et l'âge médian de 45 ans en 1995. La structure d'âge des AFS en 1995 est également représentée à la Figure 3.1. Les AFS masculins représentent 13,1 % du personnel en poste en 1995-1996.

Dans la région où s'est déroulé le projet exploratoire, la proportion de main-d'œuvre âgée de 45 ans et plus est parmi les plus élevées; en moyenne cette proportion se situe à 35,1 % au Québec alors que dans cette région, elle se situe à 41,3 %. Ceci est également vrai pour les deux

⁴ Les données de main-d'œuvre ont été obtenues du ministère de la Santé et des services sociaux du Québec sur une période de trois années financières. L'année la plus récente disponible concerne la période allant du 1^{er} avril 1995 au 31 mars 1996. Ces données concernent 153 CLSC.

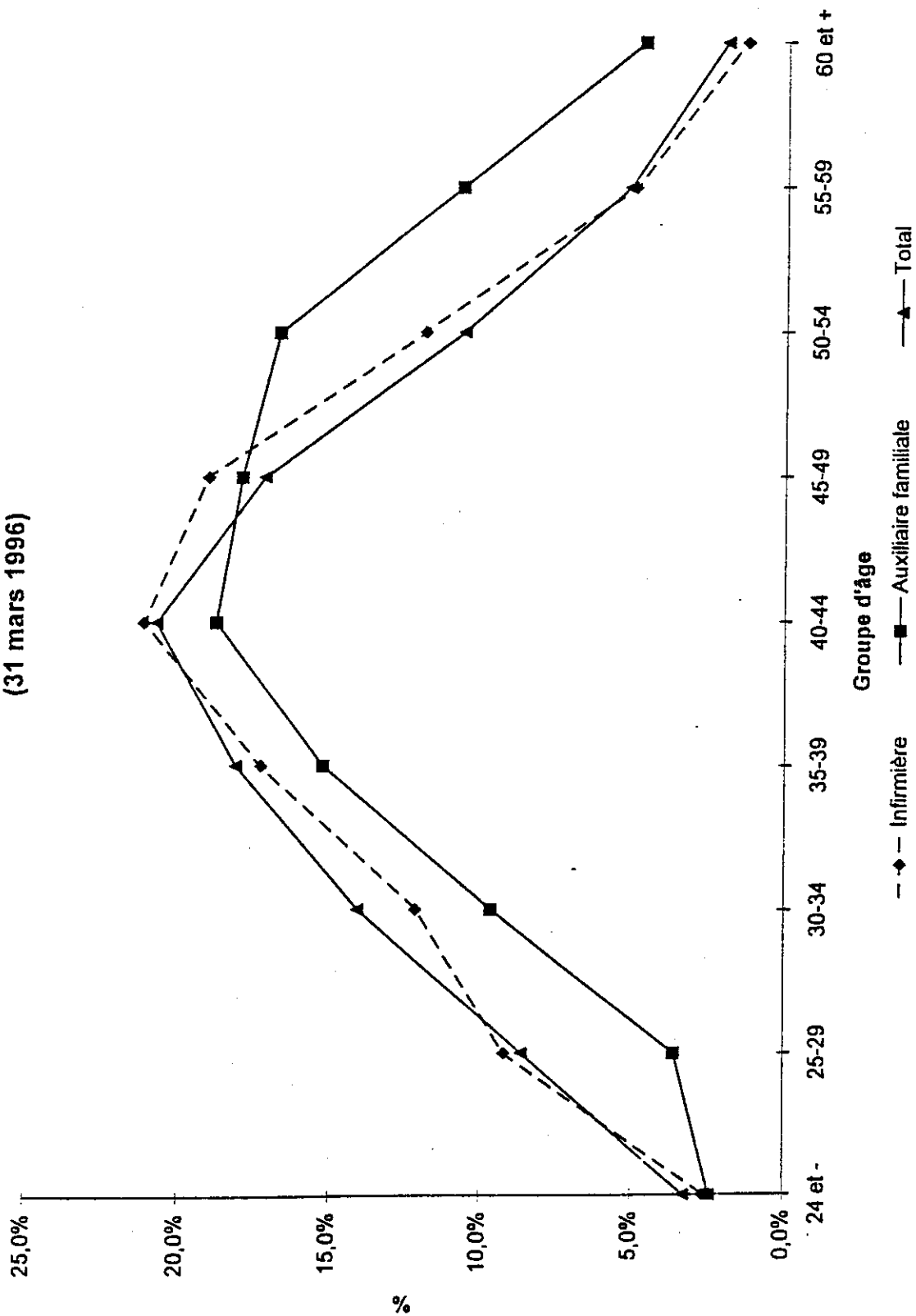
⁵ Rappelons que le nombre d'infirmières dont il est ici question regroupe celles qui travaillent en CLSC dans tous les types de programmes.

emplois considérés. Au niveau provincial, la proportion d'infirmières de CLSC âgées de 45 ans et plus est de 40,8 % alors que dans la région où s'est déroulé le projet, elle est de 43 %. La tendance est la même pour les AFS mais les proportions sont encore plus élevées (50,2 % au Québec et 64,3 % dans la région de l'étude).

Tableau 3.1 : Effectifs des infirmières, des auxiliaires familiales et sociales et de la main-d'œuvre en CLSC et principales caractéristiques d'âge entre 1993 et 1995

Emploi/ Caractéristiques de la main-d'œuvre	1993	1994	1995
Infirmière			
Nombre de personnes	4 882	4 989	5 456
Nombre de personnes en équivalent temps complet	3 402	3 487	3 745
% de la main-d'œuvre âgée de 45 ans et plus	34,2	36,8	37,4
Âge moyen	40,9	41,4	41,2
Âge médian	41	42	42
Auxiliaire familiale et sociale			
Nombre de personnes	2 518	2 511	2 533
Nombre de personnes en équivalent temps complet	1 794	1 785	1 822
% de la main-d'œuvre âgée de 45 ans et plus	47,8	49,5	50,2
Âge moyen	43,8	44,2	44,4
Âge médian	44	44	45
Total			
Nombre de personnes	18 975	19 282	19 867
Nombre de personnes en équivalent temps complet	13 588	13 901	14 278
% de la main-d'œuvre âgée de 45 ans et plus	31,2	33,4	35,1
Âge moyen	40,1	40,6	40,8
Âge médian	40	40	41

Figure 3.1 : Répartition selon l'âge des infirmières, des auxiliaires familiales et sociales et de l'ensemble des individus en poste dans les CLSC du Québec (31 mars 1996)



3.1.2 Les lésions professionnelles des infirmières et des auxiliaires familiales et sociales

Les indicateurs de lésions professionnelles

Le Tableau 3.2 présente le nombre de lésions survenues à des infirmières, à des AFS, aux personnes occupant d'autres emplois ainsi qu'au niveau de l'ensemble du personnel de CLSC pour les trois années à l'étude. Les trois années seront considérées ensemble pour les analyses des lésions professionnelles afin de dégager des tendances plus stables. Ainsi, on remarque que les AFS regroupent 47,6 % des lésions, les infirmières 12,9 % et le personnel des autres emplois (préposé aux bénéficiaires, travailleur social, concierge, entretien, bureau, etc.) les 39,4 % restantes.

Afin de tenir compte du poids relatif de chacune des catégories professionnelles ainsi que de l'exposition des personnes au risque, le taux d'incidence des lésions professionnelles a été considéré en utilisant comme dénominateur le nombre de personnes en équivalent temps complet. Les infirmières de CLSC présentent un taux d'incidence des lésions professionnelles de 1,97 % alors que celui des AFS est de sept fois supérieur; il se situe à 14,3 %⁶ (Tableau 3.3). Le taux d'incidence des lésions des CLSC, tous types d'emplois confondus, est de 3,9 %⁶.

Le taux d'incidence varie en fonction de l'âge selon l'emploi considéré. Chez les infirmières la relation est en forme de U. Les jeunes infirmières âgées de moins de 35 ans présentent un taux légèrement au-dessus de la moyenne. Ensuite, chez les infirmières âgées entre 35 et 54 ans, le taux d'incidence varie peu et se situe autour de 1,7 %. Enfin, chez les infirmières âgées de plus de 55 ans, le taux d'incidence augmente jusqu'à 2,72 %. Au contraire, on observe une décroissance du taux d'incidence selon l'âge chez les AFS. Les jeunes âgées de 25 à 29 ans présentent un taux d'incidence de 28,6 % alors que chez les auxiliaires les plus âgées il se situe à 13,8 % (Tableau 3.3).

La durée moyenne d'absence suite à une lésion dans les CLSC est de 68,5 jours⁷ et la durée médiane de 16 jours (Tableau 3.4). Pour les infirmières cette valeur se situe à 58,8 jours (durée médiane de 17 jours; le nombre de jours d'absence varie de moins de 1 jour à 962 jours) alors que pour les AFS la durée moyenne d'absence est de 75 jours (durée médiane de 19 jours; le nombre de jours d'absence varie de moins de 1 jour à 1 388 jours). Ces durées d'absence sont très longues. On remarque des variations de durée d'absence en fonction de l'âge et ce chez les deux groupes occupationnels.

⁶ Il faut comparer ce taux au taux d'incidence provincial (tous secteurs et emplois confondus) qui est de 5,9 %.

⁷ La durée moyenne d'absence provinciale (tous secteurs et emplois confondus) est de 25 jours.

Tableau 3.2 : Répartition des lésions selon l'emploi en CLSC entre 1993 et 1995

Emploi	1993		1994		1995		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Infirmière	79	13,4	60	12,3	71	13,1	210	12,9
AFS	264	44,9	250	51,4	256	46,9	770	47,6
Autres emplois ¹	244	41,6	176	36,2	218	40,0	638	39,4
Total	587	100,0	486	100,0	545	100,0	1618	100,0

¹ Ce regroupement contient des préposés aux bénéficiaires, des travailleurs sociaux, des secrétaires, des infirmières auxiliaires, des préposés à l'entretien, des concierges, etc. (les emplois sont énumérés selon l'ordre d'importance en termes de lésions).

Tableau 3.3 : Taux d'incidence des lésions des infirmières, des auxiliaires familiales et sociales et de l'ensemble des professions en CLSC, selon l'âge, entre 1993 et 1995

Âge	Infirmière	Auxiliaire familiale et sociale	Ensemble des emplois en CLSC
24 ans et moins	- ¹	22,9	3,5
25-29	2,23	28,6	2,8
30-34	2,37	15,0	3,2
35-39	1,76	15,3	3,4
40-44	1,69	13,6	3,4
45-49	1,92	13,9	4,2
50-54	1,99	12,8	5,1
55-59	2,72	12,0	6,01
60 ans et plus	- ¹	13,8	6,3
Total	1,97	14,3	3,9

¹ Le nombre de lésions étant inférieur à 10, le taux d'incidence n'a pas été calculé.

Tableau 3.4 : Durée moyenne et médiane d'absence pour lésions professionnelles chez les infirmières, les auxiliaires familiales et sociales et l'ensemble des professions en CLSC, selon l'âge, entre 1993 et 1995

Âge	Infirmière		Auxiliaire familiale et sociale		Ensemble des emplois de CLSC	
	Durée moyenne	Durée médiane	Durée Moyenne	Durée Médiane	Durée Moyenne	Durée Médiane
24 ans et moins	-	-	52,7	27,5	46,9	23
25-29	20,3	12	38,7	13	35,4	12,5
30-34	50,8	12,5	81,8	15,5	55,3	13
35-39	30,6	16	66,4	20	72,6	17,5
40-44	71,6	29,5	83,5	19	79,4	17
45-49	57,2	14	63,7	18,5	52,9	14
50-54	52,1	20,5	62,2	17	53,3	14
55-59	157,6	67	72,1	20	90,1	19
60 ans et plus	-	-	186,5	29	164,6	27
Total	58,8	17	75,2	19	68,5	16

Les descripteurs des lésions

Qu'en est-il des caractéristiques des lésions professionnelles dans les CLSC. En ce qui concerne le **siège de lésion** atteint (Tableau 3.5), les infirmières sont victimes de lésions au dos (25,2 % des lésions à la région lombaire, 13,3 % à d'autres parties du dos) ainsi que de lésions aux articulations des membres inférieurs (14,3 % des lésions) et aux autres parties de la jambe (10 % des lésions). On remarque que les lésions au dos ainsi que les lésions multiples entraînent des absences de longue durée (durées moyenne et médiane longues). Les AFS sont principalement victimes de lésions au dos et aux épaules. Les blessures aux épaules sont particulièrement graves puisqu'elles entraînent des absences de 105 jours en moyenne. Il est également important de remarquer que, comme dans le cas des infirmières les lésions multiples provoquent des absences longues (près de 100 jours en moyenne).

Autant chez les infirmières que chez les AFS, les principales **natures de lésions** recensées sont des entorses et des foulures, des plaies et des coupures de tous types ainsi que des douleurs au dos (Tableau 3.6). Les natures de lésions entraînant les absences les plus longues sont : les luxations et les fractures (66 jours en moyenne chez les infirmières et 142 jours en moyenne chez les AFS), les douleurs au dos (85 jours en moyenne chez les infirmières) ainsi que les bursites et

Tableau 3.5 : Répartition des lésions et des durées d'absence des infirmières, des auxiliaires familiales et sociales et de l'ensemble des professions en CLSC, selon le siège de lésion, entre 1993 et 1995

Siège de lésion	Infirmière				Auxiliaire familiale Et sociale				Ensemble des emplois de CLSC			
	Lésions		Durée abs (jours)		Lésions		Durée abs (jours)		Lésions		Durée abs (jours)	
	N	%	Moy	Md	N	%	Moy	Md	N	%	Moy	Md
Région cervicale	17	8,1	176,3	13	49	6,4	61,4	13	104	6,4	88,6	13
Épaule	10	4,8	39,6	14,5	78	10,1	105,5	43	152	9,4	101,7	31
Région lombaire	53	25,2	40,3	14	206	26,8	72,03	22,5	396	24,5	62,2	19
Autres parties du dos	28	13,3	49,1	34,5	180	23,4	91,4	25	314	19,4	79,9	20
3ras, main, doigts	16	7,6	24,3	9	73	9,5	39,7	12	210	12,9	48,9	11
Genou, cheville	30	14,3	28,9	13	68	8,8	72,2	23,5	139	8,6	56,5	24
Autres parties de jambe	21	10,0	48,3	25	28	3,6	18,9	9,5	87	5,4	27,2	7
Multiples	11	5,2	86	29	43	5,6	99,02	2,9	83	5,1	91,1	25
Autres ¹	24	11,4	92,8	14	45	5,8	61,5	13	133	8,2	63,2	13
Total	210	100,0	58,8	17	770	100,0	75,2	19	1618	100,0	68,5	16

Chi-2 significatif, p<0,001

¹ Autres : systèmes, tête, thorax, aine, prothèse, etc.

Tableau 3.6 : Répartition des lésions et des durées d'absence des infirmières, des auxiliaires familiales et sociales et de l'ensemble des professions en CLSC, selon la nature de lésion, entre 1993 et 1995

Nature de lésion	Infirmière			Auxiliaire familiale Et sociale			Ensemble des emplois de CLSC					
	Lésions		Durée abs (jours)		Lésions		Durée abs (jours)		Lésions		Durée abs (jours)	
	N	%	Moy	Md	N	%	Moy	Md	N	%	Moy	Md
entorse, foulure	113	53,8	51,9	18	430	55,8	77,3	20	819	50,6	65,7	18
laie, coupure	29	13,8	14,03	4	72	9,4	27,3	7	182	11,2	26,3	6
luxation, fracture, multiples	20	9,5	66,1	53	27	3,5	141,8	53	93	5,7	119,6	51
douleurs autres que dos	7	3,3	-	-	46	5,9	77,5	19,5	92	5,7	77,9	27
douleur dos	21	10,0	84,8	32	93	12,1	87,8	29	182	11,2	81,7	18
ursite, tendinite	6	2,8	-	-	69	8,9	85,1	33	161	9,9	96,1	28
autres ¹	14	6,7	99,9	14	33	4,3	37,7	12	89	5,5	40,5	10
total	210	100,0	58,8	17	770	100,0	75,2	19	1618	100,0	68,5	16

Chi-2 significatif, $p < 0,001$

¹ Autres : brûlure, intoxication, trouble des yeux, bronchite, infection peau, trouble nerveux, etc.

les tendinites (85 jours en moyenne chez les AFS). Il est intéressant de remarquer que les luxations, fractures et blessures multiples sont proportionnellement plus élevées chez les infirmières qu'au niveau global.

En ce qui concerne le **genre d'accidents**, les infirmières de CLSC sont principalement victimes de chutes au même niveau ou à un niveau plus bas (Tableau 3.7). Ces genres d'accidents sont suivis de près par des efforts excessifs, des heurts, des coincements ou des situations où elles sont frappées par quelque chose ainsi que par des accidents de véhicules. Les AFS quant à elles sont principalement victimes d'efforts excessifs et de lésions qui surviennent alors que les travailleuses se penchent, se retournent ou s'étirent. Les genres d'accident entraînant les absences les plus longues sont : les chutes à un niveau plus bas (133 jours en moyenne chez les infirmières et 46 jours en moyenne chez les AFS) et les efforts excessifs (entre 78 et 98 jours en moyenne chez les AFS).

Les principaux **agents causants les lésions** sont une personne pour les AFS et une surface de travail intérieure ou extérieure pour les infirmières (Tableau 3.8). Ces agents sont suivis par le mouvement de la travailleuse autant chez les auxiliaires que chez les infirmières. Les agents associés aux absences les plus longues sont : les surface intérieures (57 jours en moyenne chez les infirmières et 69 jours en moyenne chez les AFS), les contenants (64 jours en moyenne chez les infirmières et 142 jours en moyenne chez les AFS) ainsi que les véhicules (75 jours en moyenne chez les AFS).

Les principales caractéristiques des lésions des infirmières

L'ensemble des 210 lésions des infirmières peut se résumer en six classes d'accidents (Tableau 3.9) qui sont énumérées en ordre décroissant :

Classe 1 (52 cas; 24,8 %) : La première classe regroupe des **chutes** dans un escalier, sur le sol, le trottoir ou dans la rue qui entraînent des fractures et des blessures multiples aux membres inférieurs ou à divers sites. Les infirmières de 50 à 59 ans sont, en proportion relative plus importante, victimes de ce type d'accident. Ces accidents entraînent des durées d'absence moyennes de 76,6 jours (durée médiane de 27 jours) et des coûts moyens de 7 595 \$ par lésion.

Classe 2 (51 cas; 24,3 %) : Les accidents de cette classe sont des **dorsalgies ou lombalgies** qui résultent d'un effort excessif en manipulant une personne. Les principales régions du corps atteintes sont la région lombaire. Ces lésions entraînent des durées d'absence moyenne de 61 jours et des déboursés moyens de 5 086 \$.

Classe 3 (46 cas; 21,9 %) : La troisième classe d'accidents est constituée d'**entorses et de foulures** qui surviennent lorsque l'infirmière se **penche, s'étire ou fait un mouvement du corps**. Les lésions atteignent les genoux, les chevilles et la région lombaire et elles entraînent des absences moyennes de 36,6 jours et des coûts moyens de plus de 3 000 \$. Les infirmières âgées de 40 à 44 ans en sont principalement les victimes.

Tableau 3.7 : Répartition des lésions et des durées d'absence des infirmières, des auxiliaires familiales et sociales et de l'ensemble des professions en CLSC, selon le genre d'accident, entre 1993 et 1995

Genre d'accident	Infirmière				Auxiliaire familiale Et sociale				Ensemble des emplois de CLSC			
	Lésions		Durée abs (jours)		Lésions		Durée abs (jours)		Lésions		Durée abs (jours)	
	N	%	Moy	Md	N	%	Moy	Md	N	%	Moy	Md
Heurter, coincer, frappé par	24	11,4	21,3	5	54	7,0	36,2	6	141	8,7	31,3	6
Chute plus bas	15	7,1	132,9	52	28	3,6	45,7	31,5	80	4,2	62,7	26
Chute même niveau	37	17,6	56,3	23	83	10,8	80,7	24	193	11,9	65,4	17
Se pencher, s'étirer, retourner	25	11,9	33,2	19	116	15,1	72,9	21,5	233	14,4	64,8	16
Glisser, trébucher	19	9,0	43,1	14	40	5,2	51,9	13,5	93	5,7	42,9	13
Effort excessif	36	17,1	44,4	16,5	243	31,6	88,3	25	393	24,3	76,9	20
Effort en soulevant	8	3,8	-	-	75	9,7	98,2	23	134	8,3	94,4	23
Effort autres gestes	9	4,3	-	-	57	7,4	78,9	17	120	7,4	79,7	21
Accident de véhicule	22	10,5	82,1	24	42	5,4	82,1	29,5	80	4,9	70,2	17
Autres ¹	15	7,1	84,4	16	32	4,2	20,5	11	151	9,3	76,8	14
Total	210	100,0	58,8	17	770	100,0	75,2	19	1618	100,0	68,5	16

Chi-2 significatif, $p < 0,001$

¹ Autres : mouvement répétitif, exposition au froid, au chaud, à des substances, acte violent, etc.

Tableau 3.8 : Répartition des lésions et des durées d'absence des infirmières, des auxiliaires familiales et sociales et de l'ensemble des professions en CLSC, selon l'agent causal de la lésion, entre 1993 et 1995

Agent causal de la lésion	Infirmière				Auxiliaire familiale Et sociale				Ensemble des emplois de CLSC			
	Lésions		Durée abs (jours)		Lésions		Durée abs (jours)		Lésions		Durée abs (jours)	
	N	%	Moy	Md	N	%	Moy	Md	N	%	Moy	Md
Mouvement	47	22,3	36,7	16	162	21,03	67,4	19,5	365	22,6	58,9	16
Personne	39	18,6	66,3	14	313	40,6	87,2	24	502	31,02	84,3	21
Surface intérieure	32	15,2	56,8	32	62	8,05	69,04	26,5	160	9,9	54,5	21,5
Surface extérieure	19	9,04	112,4	23	40	5,2	75,9	15,5	96	5,9	81,4	17
Entretien	10	4,8	63,7	28,5	27	3,5	142,3	27	85	5,2	80,9	13
Mobilier	13	6,2	68,6	9	30	3,3	82,6	22,5	82	5,1	54,3	13,5
Véhicule	25	11,9	72,7	16	49	6,4	74,8	28	95	5,9	77,7	14
Partie d'édifice	10	4,8	16,3	6	48	6,2	23,6	7,5	97	5,9	35,1	8
Autres ¹	15	7,1	38,2	28	39	5,1	31,4	9	136	8,4	61,3	13
Total	210	100,0	58,8	17	770	100,0	75,2	19	1618	100,0	68,5	16

Chi-2 significatif, p<0,001

¹ Autres : produit chimique, animal, agent infectieux, stress, aiguille, vêtement, froid, glace, etc.

Tableau 3.9 : Les principales classes d'accidents des infirmières des CLSC entre 1993 et 1995

Descripteur	Classe I 52 cas; 24,8 % 13,2 % inertie	Classe II 51 cas; 24,3 % 8,7 % inertie	Classe III 46 cas; 21,9 % 8,4 % inertie	Classe IV 26 cas; 12,4 % 10,8 % inertie	Classe V 22 cas; 10,5 % 3,6 % inertie	Classe VI 13 cas; 6,2 % 3,9 % inertie
Type d'accident	Chute même niveau (71,2) Chute niveau inf. (26,9)	Effort excessif (66,7) Effort en soulevant (15,7) Effort aut. gestes (15,7)	Se pencher, s'étirer (54,4) Réaction du corps (41,3)	Heurter, frappé (92,3)	Accident véhicule (100,0)	Autres ¹ (100,0)
Agent causal	Escalier, plancher (61,5) Sol, trottoir, rue (36,5)	Personne (62,8) Contenant (15,7)	Mouv. du corps (100,0)	Partie d'édifice (34,6) Mobilier, chariot (26,9)	Véhicule (100,0)	Autres ² (53,8)
Localisation de la lésion	Fracture, bl. multi. (23,1)	Entorse, foulure (76,5) Dorsalgie, lombalgie (19,6)	Entorse, foulure (82,6)	Plaie, coupure (53,9)	Autre partie du dos (36,4) Région cervicale (27,3)	Autres ³ (84,6)
Âge de la lésion	Siège multiple (15,4) Genou, cheville (26,9)	Région lombaire (60,8)	Région lombaire (41,3) Genou, cheville (26,1)	Membres inf. autre (38,5) Membres sup. (26,9)	-	Autres ⁴ (69,2)
Âge NS	50-59 ans (38,5)	-	40-44 ans (32,6)	45-49 ans (38,5)	-	-
Durée absencé (jours)	76,6	61,1	36,6	20,3	82,1	94,6
Moyenne	27	18	14	4	18	16
Médiane	168,8	125,9	54,9	33,5	131,9	237,4
Écart-type						
Coût moyen abs. (\$)	7 595 \$	5 086 \$	3 051 \$	1 631 \$	8 771 \$	6 976 \$

Légende : L'inertie est une mesure qui indique l'homogénéité de la classe. Plus l'inertie est faible plus les éléments constituant la classe sont semblables. Le tiret (-) indique que la classe n'a pas de caractéristique particulière en ce qui a trait à cette variable.

NS : Non significatif

- 1 Autres : mouvement répétitif, exposition au froid, au chaud, à des substances, acte violent, etc.
- 2 Autres : produit chimique, animal, agent infectieux, stress, aiguille, vêtement, froid, glace, etc.
- 3 Autres : brûlure, intoxication, trouble des yeux, infection de la peau, bronchite, trouble nerveux, etc.
- 4 Autres : système, tête, thorax, aine, prothèse, etc.

Classe 4 (26 cas; 12,4 %) : Ce groupe de lésions est composé de **plaies et de coupures relativement peu graves** aux membres inférieurs ou supérieurs qui surviennent lorsque les infirmières heurtent ou frappent quelque chose (mobilier, chariot, contenant, porte, etc.). Les infirmières âgées entre 45 et 49 ans en sont principalement les victimes. Les travailleuses accidentées s'absentent en moyenne 20 jours (la moitié des lésions de cette classe entraînent 5 jours et moins d'absence) et coûtent en moyenne 1 613 \$.

Classe 5 (22 cas; 10,5 %) : Cette classe est constituée d'**accidents de véhicules** qui entraînent des blessures au dos et à la région cervicale. Elles sont de durée moyenne de 82 jours et entraînent des coûts moyens de 8 771 \$.

Classe 6 (13 cas; 6,2 %) : Les accidents de cette classe sont de types très divers. On y retrouve des lésions provoquées par l'**exposition à des substances** ainsi qu'**au froid ou au chaud** de même que des **actes violents** et des absences liées au **stress**. Ces accidents entraînent des durées d'absence moyenne de 94,6 jours et des coûts moyens de 6 976 \$.

Les principales caractéristiques des lésions des auxiliaires familiales et sociales

L'ensemble des 770 lésions des AFS peut se résumer en six classes d'accidents (Tableau 3.10) qui sont énumérées en ordre décroissant :

Classe 1 (377 cas; 48,9 %) : Les accidents de cette classe regroupent des **dorsalgies ou lombalgies** qui résultent d'un effort excessif en manipulant une patiente ou un patient. Ce sont les lésions les plus fréquentes chez les AFS. Les principales régions du corps atteintes sont la région lombaire et les épaules. Ces accidents entraînent des absences de 87,5 jours en moyenne (25 jours de durée médiane; 12,5 % de ces accidents entraînent 180 jours et plus d'absence et 21,5 % d'entre eux des absences de 11 à 21 jours) et des coûts moyens de 5 422 \$.

Classe 2 (157 cas; 20,4 %) : La deuxième classe d'accidents est constituée d'**entorses et des foulures** qui surviennent lorsque l'AFS **se penche, s'étire ou fait un mouvement du corps**. Les sièges de lésion atteints sont les genoux, les chevilles et la région lombaire et entraînent des absences moyennes de 67,3 jours (coût moyen de 4 222 \$).

Classe 3 (109 cas; 14,2 %) : Cette classe d'accidents regroupe les **chutes** dans un escalier, sur le sol, le trottoir ou dans la rue qui entraînent des fractures et des blessures multiples ainsi que des plaies et des coupures aux membres inférieurs ou à divers sites. Ces accidents résultent en absences moyennes de 75,4 jours (25 jours de durée médiane; 27,5 % des lésions de cette classe correspondent à des absences entre 22 et 60 jours) et entraînent des coûts moyens de 4 860 \$ par lésion.

Classe 4 (54 cas; 7 %) : Ce groupe de lésions est composé de **plaies et de coupures relativement peu graves** aux membres inférieurs ou supérieurs qui surviennent lorsque les AFS heurtent ou frappent quelque chose (mobilier, chariot, contenant, porte, etc.). En moyenne, les AFS sont absentes 38,8 jours (plus du tiers des lésions de cette classe entraînent des absences de 5 jours et moins) et chaque lésion de cette classe coûte 2 387 \$.

bleau 3.10 : Les principales classes d'accidents des auxiliaires familiales et sociales des CLSC entre 1993 et 1995

Descripteur	Classe I 377 cas; 48,9 % 20,04 % inertie	Classe II 157 cas; 20,4 % 5,1 % inertie	Classe III 109 cas; 14,2 % 8,3 % inertie	Classe IV 54 cas; 7,01 % 6,1 % inertie	Classe V 44 cas; 5,7 % 2,6 % inertie	Classe VI 29 cas; 3,8 % 3,6 % inertie
Genre d'accident	Effort excessif nca (63,9) Effort en soulevant (19,9) Effort aut. gestes (14,6)	Réaction du corps (25,5)	Chute même niveau(72,5) Chute niveau inf. (25,7)	Heurter, frappé (94,4)	Accident véhicule (95,4)	Autres ¹ (100,0)
Agent causal	Personne (81,4) Contenant (5,6) Mobilier (5,3)	Mouv. du corps (100,0) Se pencher, s'étirer (73,9)	Escalier, plancher (56,9) Sol, trottoir, rue (36,7)	Partie d'édifice (61,1) Mobilier, charriot Contenant (9,3)	Véhicule (100,0)	Autres ² (58,6)
Nature de lésion	Entorse, foulure (62,9) Dorsalgie, lombalgie (16,4) Bursite, tendinite (8,9)	Entorse, foulure (74,5)	Plaie, coupure (32,1) Fracture, bl. multi (14,7)	Plaie, coupure (46,3) Fracture, bl. multi (9,3)	Plaie, coupure (18,2)	Autres ³ (82,8)
Siège de lésion	Région lombaire (36,6) Épaule (15,4)	Genou, cheville (15,9) Région lombaire (35,0)	Genou, cheville (23,8) Siège multiple (14,7) Membres inf. autres (8,3)	Membres sup. (48,2) Membres inf. autres(18,5)	Région cervicale (29,6) Siège multiple (18,2) Dos autres parties (36,4)	Membres sup.(44,8) Autres ⁴ (27,6) Multiple (20,7)
Durée absence (jours)						
Moyenne	87,5	67,3	75,4	38,8	78,5	19
Médiane	25	18	25	7	21	10
Écart-type	168	137,7	161,2	109,4	166,8	27,4
Coût moyen abs. (\$) :	5 422 \$	4 222 \$	4 866 \$	2 387 \$	5 014 \$	1 130 \$

Légende : L'inertie est une mesure qui indique l'homogénéité de la classe. Plus l'inertie est faible plus les éléments constituant la classe sont semblables. Le tiret (-) indique que la classe n'a pas de caractéristique particulière en ce qui a trait à cette variable.

1

Autres : mouvement répétitif, exposition au froid, au chaud, à des substances, acte violent, etc.

2

Autres : produit chimique, animal, agent infectieux, stress, aiguille, vêtement, froid, glace, etc.

3

Autres : brûlure, intoxication, trouble des yeux, infection de la peau, bronchite, trouble nerveux, etc.

4

Autres : système, tête, thorax, aine, prothèse, etc.

Classe 5 (44 cas; 5,7 %) : Cette classe est constituée des **accidents de véhicules** qui entraînent des blessures au dos, à la région cervicale ou à des sièges multiples. Les absences occasionnées par ces lésions sont de durée moyenne de 78,5 jours (coût moyen de 5 014 \$).

Classe 6 (29 cas; 3,8 %) : Cette classe est constituée d'**accidents de types divers**. On y retrouve les lésions provoquées par **l'exposition à des substances** ainsi qu'**au froid** ou **au chaud**, de même que les **actes violents** et les absences causées par le **stress**. En ce qui concerne les sièges de lésions on retrouve principalement les membres supérieurs, les sièges multiples ainsi que d'autres sièges (tête, thorax, etc.). En moyenne, les AFS victimes de ces lésions sont absentes 19 jours (près du tiers d'entre elles occasionnent des absences de 5 jours et moins) et les coûts sont de 1 130 \$.

3.2 Le portrait du CLSC participant à l'étude

3.2.1 La main-d'œuvre

En 1996-1997⁸, le CLSC emploie 212 personnes, ce qui totalise 133 individus en équivalent temps complet (ETC). Les infirmières et les AFS du maintien à domicile constituent respectivement 15 % de la main-d'œuvre totale et 13,6 % de l'ensemble de la main-d'œuvre comptée en ETC.

Les AFS sont au nombre de 17 personnes (11,8 personnes en équivalent temps complet) dont 9 sont régulières à temps complet, une à temps partiel et 7 sont des employées temporaires. L'âge moyen de ces travailleuses est de 48,1 ans et l'âge médian de 52 ans. En ce qui concerne la répartition selon l'âge (Tableau 3.11), on remarque que 64 % des AFS ont 45 ans et plus (41 % ont 55 ans et plus). Le CLSC engage 15 infirmières au maintien à domicile (6,3 personnes en équivalent temps complet). En ce qui concerne leur statut, le tiers d'entre elles sont régulières à temps complet, le cinquième à temps partiel et 7 travaillent sur une base temporaire. L'âge moyen est de 44,3 ans et l'âge médian de 46 ans. En ce qui concerne la répartition selon l'âge, 60 % d'entre elles se situent entre 45 et 54 ans. Il est important de constater que contrairement aux AFS aucune infirmière n'est âgée de plus de 54 ans (Tableau 3.11).

⁸ L'année financière la plus récente se situe entre le 1^{er} avril 1996 et le 31 mars 1997.

Tableau 3.11 : Répartition des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières du maintien à domicile selon l'âge

Âge	Auxiliaire familiale et sociale N	Infirmière du maintien à domicile N
20-24 ans	1	-
25-29 ans	-	-
30-34 ans	1	2
35-39 ans	2	1
40-44 ans	2	3
45-49 ans	1	5
50-54 ans	3	4
55-59 ans	6	-
60-65 ans	1	-
Total : Individu ETC	17 11,8	15 6,3

3.2.2 Les lésions professionnelles et les absences

Les auxiliaires familiales et sociales

Les AFS ont été victimes de 7 accidents du travail au cours des deux dernières années (1995-1996 et 1996-1997). Ce nombre d'accidents représente la moitié des accidents déclarés à la CSST par le CLSC.

Alors que le taux d'incidence des lésions professionnelles du CLSC, pour toutes les professions confondues, se situe à 2,8 %, le taux d'incidence des lésions professionnelles des AFS se situe donc à 20,6 % en moyenne (23,5 % en 1995-1996 et 17,6 % en 1996-1997). Ce taux augmente si on tient compte des heures d'exposition au risque en utilisant le nombre de personnes en équivalent temps complet; dans ce cas il augmente à 29,6 % (34 % en 1995-1996 et 25,4 % en 1996-1997). Il est intéressant de constater que bien que 53 % des AFS sont âgées entre 50 et 59 ans, celles-ci sont victimes de 6 des 7 accidents (85,7 % des accidents).

En ce qui concerne la gravité des lésions, la durée moyenne d'absence du travail en constitue une approximation. Cette durée moyenne se situe à 34,7 jours d'absence (34,7 jours en 1995-1996 et 42 jours en 1996-1997), soit plus d'un mois de travail.

Les principaux accidents dont sont victimes les AFS (5 cas sur 7) sont des cas liés à des efforts qui surviennent lors d'un transfert manuel ou avec un lève-personne, lors du déplacement d'un fauteuil gériatrique ayant des freins défectueux ou pendant la manipulation d'une patiente au bain (Tableau 3.12). Ces accidents d'efforts entraînent des absences de 39,4 jours en moyenne. Les deux autres accidents recensés sont un accident de véhicule et une chute dans l'escalier chez un patient. Ces deux accidents ont entraîné 68 jours d'absence au total dont 66 jours pour la chute.

Tableau 3.12 : Les accidents des auxiliaires familiales et sociales en 1995-1997 selon l'âge

Âge	Type d'accident	Durée d'absence
34-39 ans	Entorse au dos en manipulant une patiente dans le bain	53 jours
50-54 ans	Épicondylite au coude pendant le déplacement en auto entre deux domiciles (accident de véhicule)	2 jours
	Tendinite à l'épaule pendant le transfert lit-fauteuil roulant	28 jours
	Entorse au dos lors du déplacement d'un fauteuil gériatrique ayant des freins défectueux	83 jours
55-59 ans	Tendinite épaule et entorse cervicale en empêchant une patiente de glisser à la sortie du bain	26 jours
	Entorse au cou en glissant dans l'escalier chez une patiente	66 jours
	Entorse au dos lors du transfert lit-fauteuil roulant avec un lève personne	7 jours
Total ¹	7 accidents (4 en 1995-1996 et 3 en 1996-1997)	212 jours (56 en 1995-1996 et 209 en 1996-1997)

¹ Parmi les 7 accidents, 2 sont survenus en 1995-1996 et ont entraîné des absences au-delà de cette année financière (26 jours d'absence en 1995-1996 et 93 jours d'absence en 1996-1997).

Au cours des deux années considérées, 9 AFS ont bénéficié de l'assurance salaire puisqu'elles ont dû s'absenter du travail (taux d'absentéisme de 26 %) pour diverses raisons de santé. Ces problèmes de santé ont totalisé 147 jours d'absence soit 16,3 jours en moyenne.

Si on considère ensemble le taux d'incidence des lésions professionnelles et le taux d'absentéisme pour problèmes de santé, près d'une AFS sur deux s'absente chaque année soit à cause d'un problème de santé, soit d'un accident.

Les infirmières du maintien à domicile

Le profil de risque de lésions professionnelles des infirmières du maintien à domicile est différent de celui des AFS puisqu'elles ont été victimes d'un seul accident au cours des deux années considérées. Ceci situe le taux d'incidence moyen à 3,3 % (6,6 % en 1995-1996 et 0 % en 1996-1997; 4 % en considérant les ETC) comparativement à 20,6 % chez les AFS. L'accident dont il est ici question est une chute sur la glace lors d'une visite chez un patient. Cet accident a entraîné une fracture de l'épaule provoquant une absence de 35 jours.

Au cours des deux années considérées, une seule infirmière du maintien à domicile s'est absentée 103 jours pour raison de santé.

Si on considère ensemble le taux d'incidence des lésions et le taux d'absentéisme, près d'une infirmière du maintien à domicile sur dix s'absente chaque année soit à cause d'un problème de santé ou d'un accident.

3.3 Conclusion

Ce chapitre montre que les AFS et les infirmières des CLSC du Québec constituent des populations assez âgées qui vont continuer de vieillir en emploi pour plusieurs années encore. De plus, l'étude des lésions professionnelles de ces deux groupes occupationnels montrent que ces travailleuses ne sont pas soumises au même niveau de risque alors que les caractéristiques des lésions dont elles sont victimes sont assez semblables. Les chapitres suivants vont tenter de mieux comprendre de quelles façons l'organisation et les conditions d'exécution du travail peuvent expliquer ces profils de risque particulier.

4. LE PROGRAMME DE MAINTIEN À DOMICILE DU CLSC

4.1 Le CLSC dans le réseau de la santé et des services sociaux

4.1.1 Les services de maintien à domicile (MAD)

L'implantation à l'échelle du Québec de services à domicile, vers la fin des années 70, s'inscrivait dans un effort global d'amélioration de l'efficacité du système de santé et de services sociaux. On visait à ce que les missions des établissements soient complémentaires afin de développer des interventions coordonnées orientées vers l'ensemble des problèmes médicaux et psychosociaux de l'individu maintenu dans la communauté. Deux types principaux de services ont été offerts : des soins infirmiers et l'aide à domicile (support matériel, physique et psychologique dans l'accomplissement des activités quotidiennes).

À l'heure actuelle, quelque vingt ans plus tard, une réforme de la santé et des services sociaux (la politique de la santé et du bien-être, des objectifs de résultats populationnels et non de services, le virage ambulatoire, la régionalisation) a été mise en œuvre dans un contexte de coupures budgétaires majeures visant la disparition des déficits gouvernementaux, ce qui a profondément affecté les services de maintien à domicile. Leurs responsabilités et leurs tâches se sont accrues, mais le financement nécessaire ne leur a pas encore été attribué. (Voir le schéma 1 : le CLSC dans le réseau de la santé et des services sociaux).

4.1.2 La santé et la sécurité du travail dans le réseau de la santé et des services sociaux

Le régime québécois de la santé et de la sécurité du travail

C'est par deux lois que le gouvernement a mis sur pied le régime québécois de la santé et de la sécurité du travail qui est actuellement en vigueur : la Loi sur la santé et la sécurité du travail (1979) qui a trait à la prévention, et la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (1985) qui traite de l'indemnisation et de la réadaptation des travailleurs. Ces lois confient aux employeurs et aux travailleurs la responsabilité de la santé et de la sécurité dans leur milieu de travail alors que la Commission de la santé et de la sécurité du travail est chargée de l'application des lois.

Relevant du régime québécois de la santé et de la sécurité du travail, l'Association pour la santé et la sécurité du travail - secteur affaires sociales (ASSTSAS) a pour mission de « promouvoir, développer et mettre en œuvre des actions de prévention visant l'identification et l'élimination à la source des dangers pour la santé, la sécurité, l'intégrité physique et psychologique du personnel du secteur de la santé et des services sociaux, tout en visant l'efficacité des processus de travail » (Le Beau, 1997).

En plus des services-conseils et d'assistance technique dans les établissements, les projets réalisés à ce jour portent sur plusieurs aspects. De nombreuses interventions et études concernant le personnel soignant ont été réalisées. Le support aux ressources de première ligne en soins à

LE CLSC DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le contexte global: le MSSS, la politique de santé et de bien être, le virage ambulatoire, les coupures budgétaires, les transformations des pratiques/professionnelles et organisationnelles.
La loi de la SST, la CSST, l'ASSTSAS.

Le contexte régional: les rapports entre la Régie régionale et le CLSC dans un contexte de mutation profonde: allocation des ressources entre établissements, rapports entre établissements.

Le contexte interne: le maintien à domicile à l'intérieur du CLSC, ressources, rapports entre services.

Le service du maintien à domicile:

mandat

clientèle

ressources

interventions

structure organisationnelle

fonctionnement: organisation du travail et tâches.

domicile s'est concrétisé par des programmes d'information, de formation et de développement d'équipements et cette action est appelée à se poursuivre. L'ASSTSAS intervient aussi en matière de développement d'équipements et d'aménagement des lieux de travail ainsi qu'en matière de formation. Par exemple, elle offre des cours sur la prévention des blessures musculo-squelettiques, la démarche d'évaluation de l'environnement physique de travail, les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB), dont une version existe pour les soins à domicile. Plusieurs outils de diffusion ont également été développés tels que des documents vidéos, des guides et une revue intitulée *Objectif prévention* qui paraît 5 fois par année.

Dans la réalisation de ses interventions et projets de prévention, l'ASSTSAS valorise le paritarisme - la présence des travailleurs, des employeurs et de leurs représentants -, leur adhésion volontaire ainsi que le développement autonome de la prévention dans les établissements. L'ASSTSAS valorise également l'approche globale de la prévention, qui prend en compte tous les éléments d'une situation de travail et de leurs interrelations.

4.2 Les rapports entre le CLSC et la Régie régionale de la santé et des services sociaux

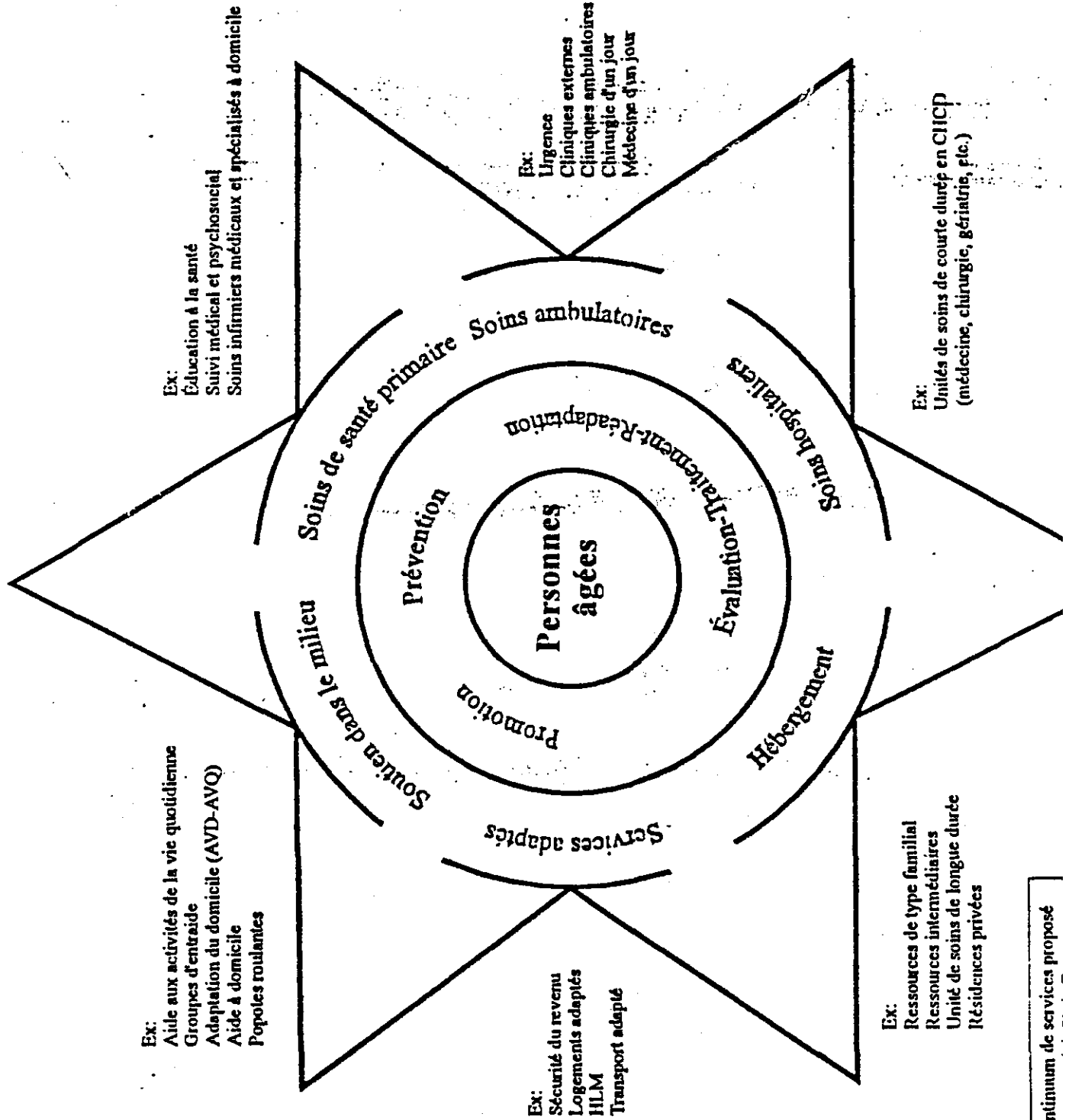
La Régie régionale est maintenant une instance où se décide l'allocation des budgets régionaux consentis par le ministère de la Santé et des services sociaux et où se gèrent les rapports inter-établissements et inter-professionnels. Ces rapports ont pris une importance accrue à cause de la fusion des conseils d'administration d'établissements et de l'objectif d'établir une continuité des soins fondée sur une logique en fonction des besoins des patients et non d'établissements.

Dans cette perspective, la Régie régionale (RR) travaille à développer un réseau intégré de soins et services pour les personnes âgées qui constituent le gros de la clientèle du maintien à domicile à long terme. Les CLSC y jouent un rôle central. En effet, les trois mécanismes de base qui permettront d'instaurer une porte d'entrée unique sont le guichet unique en CLSC (un mode de coordination), la gestion de cas en CLSC (une approche) et le plan de services individualisé (un outil de planification). La liaison entre les soins et services de courte durée et les services de soins à domicile est considérée comme la pierre angulaire d'un fonctionnement efficient du réseau (Document B⁹), rôle assumé par les intervenantes-pivots du MAD.

Le schéma 2 [intitulé Tableau 2], adapté à partir de celui élaboré par une autre région donne un aperçu des composantes organisationnelles et des types d'intervention qui doivent être coordonnées afin d'assurer l'intégration des services nécessaire à leur continuité (Document A). Cette nouvelle manière de fonctionner, qui devrait démarrer officiellement au début de 1998, commence déjà à être mise en place. Cela amène les CLSC et les services de MAD à être plus étroitement imbriqués à l'ensemble des établissements du réseau, en particulier, aux CHSCD et aux CHSLD.

⁹ Pour préserver l'anonymat du CLSC, ce document de la Régie régionale dont le pseudonyme pour ce rapport est la "RR des Plaines", ne peut être identifié.

Tableau 2: Exemple d'un continuum intégré de soins et services géropto-gériatriques



Adapté du continuum de services proposé

4.3 Le programme de maintien à domicile du CLSC

4.3.1 Le service de MAD à l'intérieur du CLSC

Ressources financières

Au cours des dernières années, l'augmentation du budget du CLSC a été très faible, compte tenu de l'augmentation du nombre d'usagers, notamment en maintien à domicile. Alors que de 1992-1993 à 1993-1994, le budget augmentait de 16,4 %, au cours des années qui ont suivi, dans le contexte de la politique d'équilibre budgétaire du gouvernement québécois, les augmentations ont été réduites à 8 %, puis à 1,8 %; de 1995-1996 à 1996-1997, l'augmentation a été de 4,2 %. Le budget global du CLSC est actuellement de près de 8 millions \$.

Le budget du MAD représentait 26,6 % du budget total du CLSC en 1995-1996 et 30,3 % en 1996-1997. Le personnel (en équivalent à temps complet - ETC et comprenant le personnel des agences privées et les médecins) représente 30,3 % du personnel du CLSC (Rapports annuels du CLSC).

Mission et définition des services de maintien à domicile (MAD)

Le CLSC, avec les autres de sa région, a récemment actualisé sa philosophie de maintien à domicile. La mission du MAD consiste à offrir un ensemble de services qui permet à des personnes qui présentent des incapacités temporaires ou permanentes de demeurer à domicile dans leur environnement naturel le plus longtemps possible et à remplacer certains services hospitaliers par des services moins coûteux et moins lourds. Cela se traduit par diverses mesures interreliées qui interpellent toute une gamme de personnes et d'organismes. Celle-ci va de l'utilisateur aux établissements de santé, en passant par la communauté (Les CLSC de la Région, 1997).

Le service du MAD a donc pour mandat, auprès de la population du territoire qu'il dessert, d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. Dans un document récent de la Régie régionale (document A¹⁰), ces soins et services à domicile sont définis plus en détail selon leur clientèle ainsi que selon la gamme des soins et services offerts : "La clientèle des services à domicile est définie comme toute personne, peu importe son âge, qui présente une ou des incapacités temporaires ou permanentes dont la cause peut être physique, sociale ou psychique, et qui doit recevoir à son domicile¹¹ les soins et les services requis par son état.

¹⁰ Pour conserver l'anonymat du CLSC, ce document de la Régie régionale des Plaines ne peut être identifié.

¹¹ Une personne qui ne peut se déplacer uniquement en raison d'un problème de transport n'est pas admissible à des soins et services à domicile.

Cette clientèle comprend notamment :

- des personnes dont l'état de santé physique ou mental est altéré de façon temporaire ou durable, à savoir des personnes malades, convalescentes, en phase préterminale ou terminale;
- des personnes qui ont des incapacités provenant de maladies, de traumatismes, du vieillissement ou d'une déficience physique, sensorielle, intellectuelle ou psychique;
- des personnes vivant des périodes de perturbation ou de désorganisation qui les empêchent d'assumer leur rôle;
- des familles qui ont des problèmes ou des difficultés psychosociales, à l'occasion de la maladie d'un des leurs;
- des proches qui apportent un soutien de façon continue à une personne qui a une ou des incapacités.

Pour chacun des programmes, une gamme de soins et services à domicile est nécessaire. Au CLSC étudié, la **gamme des soins et services offerts** est la suivante :

- . services d'accueil - information - évaluation
 - . services infirmiers à domicile
 - . services d'aide à domicile
 - . services psychosociaux
 - . services de réadaptation, adaptation
 - . services médicaux¹²
 - . services aux aidants naturels
 - . services intensifs SIMAD
 - . services aux personnes handicapées (POSILTPH)
 - . services spécialisés SIDA
 - . services d'organisation communautaire
 - . programmes d'activités thérapeutiques, préventives et de réadaptation
 - . programmes de santé et psychosociaux (centre de jour)
 - . programme de répit-gardiennage
 - . services de transport adapté
 - . services de repas
 - . programme Médicament - parlant
 - . programme de sécurité à domicile
 - . programme contre l'abus et la violence
 - . programme de relève aux aidants naturels
 - . programme audition
- (CQAESSS, p. 57)

¹² Omis de la liste des services offerts dans le documents du CQAESSS, mais offerts par le CLSC. Les services médicaux du MAD correspondent à 0,85 médecin ETC.

Milieu, usagers et interventions

La population totale desservie par le CLSC, qui atteint près de 100 000 personnes, est en croissance. Elle est plus jeune que la population du Québec, mais elle a commencé à vieillir : 7,2 % de la population a 65 ans et plus et il est prévu que cette proportion passera à 9,1 % en 5 ans. Le taux de pauvreté est inférieur à celui des territoires de CLSC environnants, sauf chez les personnes âgées où il est plus élevé. L'état de santé de cette population est meilleur que la moyenne provinciale (CQEASSS, pp. 41-43).

En 1993-1994, le service du MAD a desservi un peu moins de mille usagers différents, mais plus de mille en 1995-1996 et plus de 1500 en 1996-1997. Ce nombre augmente à un rythme exponentiel : il s'agit d'une hausse de 20 % en deux ans (entre 1993-94 et 1995-96) et de 32,7 % l'année suivante (de 1995-96 à 1996-97).

Comme les usagers reçoivent des soins et de l'aide à plusieurs reprises, il faut aussi tenir compte du nombre d'interventions pour avoir une idée plus juste du volume d'activités. En 1993-1994, il y a eu près de 25 000 interventions, en 1995-96, près de 33 000 et en 1996-1997, plus de 35 000 (celles des agences privées comprises). Cela indique une augmentation du nombre d'interventions de 34,4 % de 1993-94 à 1995-96 (en 2 ans) et de 6,3 % de 1995-96 à 1996-97. Si on rapporte le nombre d'interventions sur le nombre d'usagers différents, on constate qu'il y a eu en moyenne 25,4 interventions par usager en 1993-1994, 28,4 en 1995-96 et 22,7 en 1996-97 (celles des agences privées payées par le CLSC comprises). Ces données permettent aussi de constater la hausse de la proportion des interventions assurées par les agences privées payées par le CLSC. Cette proportion, qui est passée de 21,0 % en 93-94, à 30,9 % en 95-96, a grimpé à 64,9 % en 1996-1997¹³.

Les ressources humaines du MAD

L'équipe multidisciplinaire du service de MAD comprenait en 1995-1996 (en équivalent temps plein - ETC) :

médecin	0,85
infirmières	8,25
aux. familiales et soc.	10,60
AFS (agence)	14,25
ergothérapeutes	1,80
agents de rel. humaines	2,00
travailleuses sociales	2,00
personnel du centre de jour	3,30
organisateur communautaire	1,00
dir.adm.programme	1,00

¹³ Rapport du CQAESS (1997), pp. 63 et 199, Rapport annuel du CLSC 1995-1996, Rapport annuel du CLSC 1996-1997.

chefs de programme	2,00
secrétaires	2,00
TOTAL (avec le personnel des agences)	49,05 ETC
(personnel des agences exclus)	34,80 ETC (CQAESSS pp 13-19 et 38).

Les horaires de travail

La semaine, l'horaire régulier du service de maintien à domicile est de 8 heures à 16 heures (accueil, visites à domicile, réunions et travail au CLSC); il y a de plus une équipe flexible d'infirmières dont l'horaire est de midi à 20 heures, mais qui peut aller jusqu'à 23 heures si nécessaire. La fin de semaine, une équipe réduite d'infirmières régulières assure le suivi de 8 heures à 16 heures alors que pour les besoins de 16 heures à 20 heures, des infirmières en disponibilité sont appelées. En fin de semaine, les médecins sont de garde à tour de rôle.

La structure organisationnelle du MAD

Sur le plan hiérarchique, l'équipe multidisciplinaire du maintien à domicile du CLSC est coiffée d'une directrice de l'administration du programme. Sous sa direction, deux chefs de programme se partagent la coordination de deux secteurs géographiques; le territoire a été divisé ainsi pour réduire les temps de déplacement. Les infirmières et les autres catégories de personnel professionnel gèrent leurs responsabilités de manière très autonome et se partagent les tâches entre elles. Par contre, c'est une chef d'équipe qui coordonne le travail des auxiliaires familiales et sociales, répartit les cas entre elles et s'occupe de leur horaire de travail.

Sur le plan fonctionnel, la gestion courante des cas repose sur l'attribution de la responsabilité des cas à des intervenantes-pivots (le plus souvent infirmières, à l'occasion, travailleuses sociales ou ergothérapeute) qui sont responsables de l'organisation, de la coordination et du suivi des cas. C'est avec cette personne que les autres intervenantes communiquent lorsqu'elles estiment qu'il est nécessaire de poser un geste ou de modifier ce qui est prévu au plan d'intervention.

Outre leurs visites à domicile, les différentes catégories d'intervenantes ont des tâches qu'elles exécutent au CLSC. Les durées officielles prévues pour ces tâches varient selon les catégories professionnelles : par exemple, alors que les infirmières passent environ la moitié de leur temps de travail au CLSC, les auxiliaires n'y sont habituellement qu'une heure et demie par semaine afin de planifier leur route de la semaine suivante avec la chef d'équipe.

En plus de ces tâches qu'elles font individuellement, même si elles ont souvent à consulter leurs collègues de travail, les intervenantes professionnelles participent à plusieurs réunions dont la plupart ont lieu à une fréquence régulière. Le comité d'orientation et de réévaluation (des demandes), sous la direction des chefs de programme de chaque secteur géographique, se réunit à chaque semaine. Y assistent au besoin l'infirmière de l'accueil, les intervenantes-pivots et les autres intervenantes dans le dossier, y compris les médecins. La liste des cas étant connu de la veille, les personnes qui doivent être présentes à la réunion pour un cas précis n'y arrivent qu'au moment où le cas est discuté et quittent lorsqu'on passe à un autre cas dans lequel elles n'interviennent pas. C'est la chef d'équipe des auxiliaires familiales et sociales qui représente ces dernières à cette réunion. Lors de situations de crise, des réunions d'urgence sont convoquées

ad hoc, à la demande de l'intervenante-pivot, autorisée par le chef de programme. Se retrouvent à ces réunions toutes les intervenantes professionnelles actives dans ce dossier, sauf les auxiliaires familiales et sociales qui ne sont pas toujours convoquées.

Il existe aussi des réunions professionnelles pour les différentes catégories professionnelles, sauf les auxiliaires familiales et sociales. Ces réunions ont lieu environ aux trois semaines. Il y est question de directives administratives, de nouvelles techniques de soins (information/formation) et des problèmes que les intervenantes rencontrent dans la pratique de leur métier. Quelques fois par année, ont aussi lieu des réunions auxquelles est convoqué l'ensemble du personnel du service.

Compte tenu de la mission du service et des conditions dans lesquelles les tâches sont réalisées (dans des domiciles différents, par une variété d'intervenantes), la question des modalités de transmission de l'information est très importante. Une partie se fait par écrit. Le dossier de l'utilisateur, qui est aux archives du CLSC, et que les différentes intervenantes font sortir à chaque fois qu'elles ont à noter une intervention au dossier, est le document principal. De plus, les intervenantes-pivots qui sont responsables du suivi d'un certain nombre de cas (environ 50 pour celles qui ont des postes réguliers à temps plein) y notent d'autres éléments. Il y a également le plan d'intervention où sont consignées les décisions en ce qui a trait à la prestation de services, que les intervenantes peuvent consulter. Les échanges verbaux, dont seulement le résultat final est noté dans les dossiers, jouent également un rôle majeur à toutes les étapes du cheminement de la demande et des prestations de services. Ils sont hiérarchiques ou horizontaux, interdisciplinaires ou interprofessionnels, informatifs ou formatifs, consensuels ou oppositionnels. Qu'ils aient lieu en face à face, par téléphone ou boîte vocale, en réunion ou entre deux personnes ou qu'il s'agisse du dossier chez le patient, ils jouent un rôle crucial qui nécessite qu'on leur accorde beaucoup d'attention.

Les étapes du cheminement d'une demande

La présentation des étapes du cheminement d'une demande nous a semblé la façon la plus simple d'expliquer le fonctionnement officiel¹⁴ du service de MAD au CLSC. Les étapes de cheminement d'une demande pour des soins de longue durée qui requièrent une coordination des services, sont actuellement les suivantes :

La réception de la demande à l'accueil :

- une infirmière reçoit en personne, par téléphone ou par télécopieur une demande de services;
- avec le formulaire standardisé de prise de contact, elle en fait une évaluation préliminaire;
- elle décide où orienter la demande : au MAD ou ailleurs;

¹⁴ Le fonctionnement réel pour les auxiliaires familiales et sociales et les infirmières sera décrit et analysé en détail au cours des chapitres suivants. Selon l'approche ergonomique, il y a toujours un écart entre le travail formel et le travail réel.

La réception de la demande de services de longue durée par l'équipe multidisciplinaire :

- à la réunion hebdomadaire du comité d'orientation et de réévaluation, l'infirmière de l'accueil présente la demande reçue et sommairement évaluée;
- une intervenante-pivot est choisie (la discipline dépend de la problématique dominante identifiée chez l'utilisateur);

L'évaluation à domicile par l'intervenante-pivot :

- au cours de la semaine, l'intervenante-pivot se rend au domicile ou elle fait une évaluation de l'utilisateur et de son environnement social et matériel à l'aide du formulaire standardisé d'évaluation multiclientèle;
- à la réunion suivante de l'équipe, l'intervenante-pivot propose un plan d'intervention qui comprend une gamme spécifique de services (voir la liste des services et programmes offerts supra); il est discuté et finalisé pour une durée variable selon le cas (entre 1 à 6 mois);
- l'intervenante-pivot sollicite les autres catégories de professionnelles qui désignent une des leurs pour aller à ce domicile, et la chef d'équipe qui désigne une auxiliaire familiale et sociale.

L'organisation, la coordination et l'exécution des soins à domicile :

- les services requis par le plan d'intervention sont donnés à domicile par les différentes intervenantes;
- l'intervenante-pivot organise et coordonne les activités pour s'assurer que les visites à domicile se font en conformité avec le plan d'intervention;
- les différentes intervenantes communiquent avec l'intervenante-pivot si nécessaire;
- avec l'évolution du cas, celle-ci continue à organiser et coordonner les activités et à en assurer le suivi et à fermer le dossier si nécessaire.

La réévaluation du dossier :

- l'intervenante-pivot se réunit avec les autres professionnelles impliquées dans le dossier pour décider de la poursuite des services offerts précédemment;
- s'il s'agit d'un cas litigieux ou si les intervenantes impliquées ont proposé une modification des services alloués, le cas est discuté à la prochaine réunion hebdomadaire du comité d'orientation et de réévaluation.

L'évaluation de la demande implique des critères d'allocation des services et de priorisation. Les critères d'allocation des services ont été explicités par les CLSC de la région. Il faut que :

- il existe un besoin de services;
- la personne et ses proches acceptent de participer au processus de décision et de recevoir les services requis;
- les services puissent ou doivent être donnés à domicile (critères : l'état de la personne, la disponibilité des ressources et les coûts);
- aucun autre programme public ou privé ne couvre la personne;

- le lieu de résidence correspond à la définition de domicile et soit jugé adéquat pour la prestation des services.

Quant aux critères de priorisation, ils prennent en compte :

- l'urgence de la réponse aux besoins;
- le degré de support par les proches;
- le niveau socioéconomique
- la quantité et la gravité des facteurs de risques liés aux caractéristiques individuelles et à l'environnement physique et social (Les CLSC de la région, 1997). Le formulaire d'évaluation multiclientèle sert à colliger l'information nécessaire à l'application de ces critères.

Avec l'accélération du virage ambulatoire, un autre type de **demande** prend de plus en plus d'importance. Il s'agit de demandes **pour des usagers** qui sortent de l'hôpital rapidement après une intervention et **qui nécessitent souvent des soins urgents et intensifs pendant une brève période**. Dans ces cas, l'hôpital appelle l'infirmière d'accueil du CLSC qui transmet la demande au secteur géographique concerné. Par la suite, une intervenante-pivot doit mettre en place les services requis dans les heures qui suivent. Elle demeure responsable du cas et s'assure directement du suivi sans qu'il y ait évaluation ni présentation de la demande à la réunion du comité multidisciplinaire.

Les politiques officielles du MAD

Le service du MAD dispose de documents écrits sur les points suivants :

- les critères d'allocation des services
- l'évaluation de l'autonomie pour les soins d'hygiène (grille)
- la liste des équipements requis pour les soins d'hygiène à la baignoire
- la définition du rôle de l'auxiliaire familiale et sociale
- la demande de collaboration de l'utilisateur (au sujet des équipements requis)
- la liste des équipements que le bénéficiaire doit fournir
- le formulaire pour le prêt d'équipement
- les conditions du prêt
- un local et des modalités d'entreposage des équipements
- la livraison et la cueillette à domicile des équipements légers
- l'installation des équipements chez les bénéficiaires
- l'étiquetage et la tenue d'inventaire des équipements

La satisfaction des usagers

Une enquête de satisfaction a été réalisée auprès d'un échantillon de la clientèle lors du processus d'agrément du CLSC¹⁵. Un volet portait sur 11 dimensions des attentes (validées précédemment à l'échelle provinciale). Les résultats obtenus par le service du MAD du CLSC indiquent un très haut taux de satisfaction qui dépasse ceux obtenus par l'ensemble des services du CLSC ainsi que ceux d'un groupe de référence sur neuf des onze dimensions¹⁶. Les scores sont très élevés, se situant entre 75 % et 93 %. Seule l'accessibilité (75 %) est source d'une satisfaction moindre que pour les autres groupes de comparaison¹⁷ (CQAESS, 1997, 70-97).

4.4 La santé et la sécurité au travail au CLSC

4.4.1 Le comité de la santé et de la sécurité au travail

Le CLSC a un comité paritaire de santé et sécurité au travail. Il est composé de la directrice des Services administratifs et d'un représentant de chacun des cinq syndicats du CLSC. Ce comité se réunit sur demande d'un des membres du comité, à la suite d'une plainte d'un employé portée à l'attention d'un des membres du comité. Il ne s'est pas réuni depuis deux ans.

Le mandat du comité est de :

- a) convenir des modes d'inspection des lieux de travail;
- b) identifier les situations qui peuvent être sources de danger pour les personnes salariées;
- c) recueillir les renseignements utiles concernant les accidents survenus;
- d) recevoir et étudier les plaintes des personnes salariées concernant les conditions de santé et sécurité au travail;
- e) recommander toutes les mesures jugées utiles particulièrement concernant les appareils de mesures nécessaires, le contrôle des radiations, etc.;
- f) recommander les moyens et équipements de protection individuels qui, tout en étant conformes aux règlements, sont adaptés aux besoins des personnes salariées de l'établissement.

¹⁵ Le Conseil québécois d'agrément des établissements de santé et de services sociaux est né de l'intention manifestée par le réseau des CLSC de mettre sur pied un processus d'agrément afin de d'aider les établissements à améliorer la qualité de leurs services et de leur gestion; il existe depuis 1995. (CQAESS, 1997b). Actuellement une vingtaine de CLSC sont agréés, dont le CLSC où s'est déroulée la recherche.

¹⁶ Il s'agit de la dignité, la fiabilité, l'empathie, l'apaisement, la facilité, la responsabilisation, l'intimité, la rapidité et la solidarisation.

¹⁷ Le 11^e critère, la propreté des lieux, ne peut s'appliquer aux domiciles privés.

4.4.2 La procédure en cas d'accident

Il n'existe aucune politique ou procédure écrite au CLSC au sujet de la santé et la sécurité au travail, mais plutôt des façons de faire en usage dans les services. Chaque accident de travail, comportant une absence du travail ou non, est déclaré aux Services administratifs. Une copie de ce rapport est envoyée aux directeur/trice de programme, aux membres du comité santé et sécurité au travail et à la directrice des Services administratifs.

La directrice des Services administratifs assure le suivi de la durée de l'absence selon le même processus que pour les absences pour maladie (utilise la table des absences recommandées par diagnostic publiée par la CARRA). Elle peut demander des expertises médicales lorsque l'absence excède la durée recommandée; elle peut également contester l'événement s'il ne s'agit pas d'un accident de travail.

Tout membre du comité peut demander une réunion pour discuter de l'accident de travail survenu et des mesures à y apporter. En fait, dû probablement aux procédures en vigueur dans les services, les plaintes des salariées sont quasi inexistantes. La dernière réunion de ce comité remonte à plus de deux ans. Après discussion avec la salariée de son accréditation, les représentants syndicaux décident de convoquer ou non une réunion du comité. Si la salariée a trouvé satisfaction dans le traitement de son dossier dans le service même, il est rare qu'une réunion du comité soit convoquée.

Le rapport du CLSC au CQAESS contient la liste suivante de procédures qui touchent la santé et la sécurité au travail :

- en cas d'urgence
- en cas de bris mécanique de véhicule pour les intervenantes à domicile
- mesures de sécurité
- d'appel à l'aide
- en cas de morsure de chien
- pour les accidentés de la route / FCLSCQ
- abus-violence envers les personnes âgées

4.4.3 La santé et la sécurité du travail au service du MAD

Toutes les employées du service du MAD travaillant auprès de la clientèle ont reçu une formation en secourisme (mise à jour annuelle prévue). Toutes les auxiliaires familiales et sociales reçoivent annuellement une mise à jour de la formation PDSB et on évalue actuellement la pertinence de faire également une mise à jour annuelle avec les infirmières.

Les auxiliaires familiales et sociales ont été formées pour évaluer le domicile où elles interviennent en termes de santé et sécurité au travail; elles ont la responsabilité de s'assurer que le domicile est muni des équipements de protection requis (bancs de bain, barres de soutien, etc.); si le domicile leur apparaît dangereux pour leur santé et sécurité au travail, elles peuvent demander l'intervention d'une professionnelle du service pour venir évaluer le domicile (infirmière ou ergothérapeute).

Au service de maintien à domicile, chaque accident de travail est suivi d'une discussion de cas entre la directrice du service et l'employée concernée et, selon le type d'accident, l'ergothérapeute peut être présente. Sont évaluées les causes de l'accident de travail et les mesures à mettre en place pour éviter qu'un tel accident ne se reproduise.

4.5 Conclusion

Au cours de ce chapitre, nous avons vu comment le CLSC se situe dans le réseau des établissements de la santé et des services sociaux, et le service du MAD, à l'intérieur du CLSC. A aussi été décrit le service du MAD (ressources, fonctionnement, organisation). La structure et le fonctionnement des services et des interventions en santé et sécurité du travail ont également été expliqués. Ces éléments permettent de situer dans leur contexte organisationnel le travail des auxiliaires familiales et sociales, ainsi que celui des infirmières, qui fait l'objet des deux prochains chapitres.

5. LE TRAVAIL DES AUXILIAIRES FAMILIALES ET SOCIALES

Rappelons que le travail des AFS a été appréhendé en utilisant plusieurs sources d'informations qui se complètent soit : 1) l'observation du travail de quelques AFS, 2) une entrevue semi-dirigée de groupe, 3) des entrevues de représentants syndicaux et de gestionnaires et 4) une séance de restitution des premiers résultats auprès des AFS observées et interviewées.

Les observations ont servi à prendre connaissance des différentes tâches des AFS, du déroulement des visites à domicile, des variations dans les conditions de soins à domicile, des échanges et des communications avec les patients ainsi que des éléments de pénibilité physique. Après une journée d'observation préliminaire, six AFS d'âge et d'expérience différents ont été observées au cours de 22 visites chez 21 patients en 5 jours durant la semaine du 29 septembre au 3 octobre 1997. L'Annexe 4 présente les principales caractéristiques des patients visités ainsi que les soins dispensés.

Le tiers (2 sur 6) des AFS observées ont moins de 45 ans. Les deux plus jeunes auxiliaires sont également celles qui ont le moins d'expérience de travail (moins d'une année) et qui sont de plus grande taille. Les quatre autres auxiliaires ont entre 49 et 56 ans et plus de 14 ans d'expérience.

5.1 Ce que révèlent les observations

5.1.1 Les journées de travail

Les soins, les trajets et type de patient visité

Pendant une journée habituelle de travail les AFS visitent 5 patients. La majorité en voient trois l'avant-midi et deux l'après-midi. Il arrive cependant que dans certains cas l'AFS commence plus tôt afin de visiter 4 patients le matin.

Parmi les 22 patients visités, les soins dispensés sont divers : bain au lit suivi de transfert au lève-personne, bain au lit, bain au bain avec d'autres soins, bain au lavabo, bain de pieds, lavage de cheveux et gardiennage. Il peut également arriver que la visite à domicile serve à aider à la prise d'un repas.

En ce qui concerne les trajets en voiture, la distance parcourue se situe autour de 15 kilomètres en moyenne, cette distance peut varier un peu selon la journée d'observation.

Durant la semaine de travail les AFS viennent au CLSC une heure et demie le jeudi après-midi. Ce temps est utilisé pour préparer les statistiques, les routes de la semaine suivante, leurs feuilles de kilométrage et s'occuper des suivis nécessaires aux soins avec les intervenantes-pivots responsables de leurs patients.

En ce qui concerne les caractéristiques de la clientèle visitée au cours de la semaine d'observation, un seul des 21 patients vus a moins de 70 ans. D'autre part, 19 des 21 personnes visitées sont des femmes.

Activités de travail

Les soins dispensés supposent plusieurs activités de travail ayant une forte composante physique; plusieurs d'entre elles ont pu être observées. Ces activités peuvent se regrouper selon les catégories suivantes : préparation de la salle de bain, déshabillage, lavage au bain, au lit ou au lavabo, bain de pieds, application de lotion, crème et onguent, habillage, rangement, nettoyage de la salle de bain, préparation des repas, gardiennage.

La plupart du temps, la visite implique de donner un bain et celui-ci peut être donné au bain, au lit ou au lavabo, sans compter le bain de pieds. Il peut inclure le lavage des cheveux et les soins de pieds. Pour certaines personnes, un transfert avec un lève-personne manuel ou électrique est fait avant et après le bain.

Lors du bain au bain, les personnes sont assises sur une planche ou un banc de transfert. Le bain est donné au lit (avec la débarbouillette) aux personnes alitées. Il peut être donné dans un lit électrique ou ordinaire. Le lit ordinaire peut être à sa hauteur d'origine ou avoir été remonté sur des blocs.

L'application d'une crème hydratante accompagne généralement le bain. Pour certaines personnes, l'application d'un ou de plusieurs onguents médicamenteux ou d'un pansement protecteur sont nécessaires. D'autres soins d'hygiène peuvent être donnés avec le bain, comme le changement d'un sac de stomie, le curage des ongles ou le lavage du dentier.

D'autres tâches ont été observées dans le travail des AFS. L'habillage et le déshabillage sont effectués avant et après le bain au bain alors que pour le bain au lit ces tâches sont faites au fur et à mesure du bain (déshabillage, lavage et habillage successif des différentes parties du corps). Des tâches de rangement et de nettoyage de ce qui a été utilisé sont faites après le bain.

D'autre part, pour s'acquitter de son travail à domicile l'AFS doit accomplir plusieurs tâches connexes qui sont indispensables à la réalisation des activités principales de soins, telles que : les déplacements en voiture, les transports de matériel et d'équipements divers.

De plus, on observe d'autres tâches reliées à de l'activité perceptuelle, de l'analyse, des communications verbales et non verbales qui ont comme objectif le dépistage et le soutien social. Ces activités comprennent notamment celles de :

- Déceler un nouveau symptôme, chercher à en identifier la cause et le degré de gravité au sujet de l'état de santé et d'autonomie du patient mais aussi au sujet de son environnement familial, social et matériel;
- Transmettre au patient ou aux aidants certaines informations et enseigner les précautions à prendre pour minimiser les risques d'accidents, d'aggravation de l'état de santé ou de perte d'autonomie ainsi que certaines façons de faire les choses;
- Encourager les patients à l'autonomie et stimuler leurs capacités;
- Écouter et encourager les patients et les membres de leur entourage face à leurs difficultés et leurs souffrances;
- Donner des informations et des conseils sur les ressources disponibles dans le milieu;
- Servir d'agent de liaison avec les ressources disponibles dans le milieu et avec le CLSC.

Il est important de noter que ces activités de dépistage et de soutien se déroulent tout au long des visites, ont lieu simultanément aux soins ou sont intercalées entre les étapes de soins physiques.

5.1.2 Les postures adoptées pendant les activités de soins

Rappelons que cette recherche est exploratoire. C'est dans ce contexte que des observations des postures de travail ont été réalisées. Une future recherche pourrait approfondir certains enjeux qui seront identifiés.

Le travail de soins d'hygiène à domicile (bains au bain, bains au lit, habillage et déshabillage au lit, etc.) comporte une charge physique qui découle principalement, d'après les observations réalisées, d'efforts et de contraintes posturales diverses. C'est pourquoi nous nous sommes intéressées aux postures critiques à cause de leur potentiel de risque. Cette approche n'est ni évaluative ni normative, elle vise plutôt à identifier les zones critiques en termes de risque.

Rappelons que la première étape de l'analyse des postures a consisté à repérer les tâches à risque qui se rattachent à différentes postures critiques (flexion du dos de 45⁰ et plus, flexion du dos combinée à d'autres positions du dos, accroupi, à genoux). Par la suite, des analyses particulières ont été réalisées pour étudier la proportion moyenne (minimum, maximum) de temps de soins passée dans ces postures selon certaines caractéristiques des AFS (taille et âge) et des patients (autonomie) de même que selon le type de soin dispensé et, dans certains cas, selon l'équipement et l'environnement dans lequel les soins s'accomplissent (pour plus d'information sur la méthodologie, voir le chapitre 2). Il est important de mentionner ici, que les postures à genoux adoptées par les AFS observées ne comportaient aucune protection coussinée.

Tâches à risque selon le type de soins

Les résultats présentés ici concernent les tâches à risque observées pendant le bain au bain (Tableau 5.1) et le bain au lit (Tableau 5.2). Il est intéressant de constater que, pour le bain au bain, plusieurs tâches associées au lavage du bas du corps apparaissent dans la liste des tâches critiques en termes postural. D'autre part, en ce qui concerne le bain au lit, les tâches exigeantes en termes de postures sont très nombreuses et diversifiées.

Lors de la séance de restitution des résultats, les AFS ont ajouté aux tâches spécifiques énumérées suite aux premières analyses, les tâches de nettoyage de la baignoire et de la salle de bain de même que le changement de drap dans les lits électriques. Nous ajoutons donc les principales tâches à risque, qui sont ressorties des observations, pour le nettoyage de la salle de bain ou le ménage suite à un bain au bain ou à un bain au lit (Tableau 5.3). En ce qui concerne le bain au lit, les tâches à risque observées sont le rinçage d'une bassine (postures combinées du dos) et la récupération d'une bassine au sol (posture accroupie).

Tableau 5.1 : Tâches à risque liées à des postures critiques observées pendant le bain au bain

Combinaison de flexion du dos et de rotation ou d'autre posture du dos	Accroupi	À genoux
Préparation du bain au bain Mettre le bouchon* Ouvrir les robinets Ajuster la température de l'eau	Préparation du bain au bain Mettre le bouchon Ouvrir les robinets Ajuster la température de l'eau Mettre le tapis	
Déshabillage Aider à enlever des bas collants	Déshabillage Enlever les pantoufles, souliers, bas Enlever les culottes Enlever les pantalons Enlever une orthèse	
Bain au bain Aller chercher la douche téléphone Lavage dos et des fesses Lavage de la zone génitale Lavage des jambes, pieds, orteils Essuyage du dos, ventre Essuyage des jambes, pieds Lavage des cheveux Aider à entrer ou à sortir du bain Crème sur le corps	Bain au bain Mouille, savonne, rince débarbouillette Lavage dos et des fesses Lavage de la zone génitale Lavage des jambes, pieds, orteils Essuyage du dos Essuyage des jambes, pieds Examen des rougeurs Lavage des cheveux Crème sur les jambes, pieds	Bain au bain Mouille, rince, savonne débarbouillette Lavage des jambes, pieds et orteils Essuyage des jambes, pieds Lavage des cheveux Crème sur les jambes, pieds
Habillage Aide à mettre pantalon	Habillage Aider à mettre pantalons Met soulier, pantoufle, bas	Habillage Met soulier, pantoufle, bas Met orthèse

* Les tâches en caractère gras se retrouvent dans au moins deux des types de postures critiques.

Tableau 5.2 : Tâches à risque liées à des postures critiques observées pendant le bain au lit

Combinaison de flexion, de rotation ou d'autre posture du dos	Accroupi
<p>Préparation du bain au lit Prendre un produit nettoyant sous l'évier Ouvrir robinets bain Remplir la bassine d'eau dans le bain</p>	<p>Préparation du bain au lit Déplacer une bassine d'eau et la déposer au sol</p>
<p>Déshabillage Enlever la jaquette dans le lit</p>	
<p>Bain au lit Lavage et rinçage des différentes parties du corps Essuyage des différentes parties du corps Changer la couche Examiner une rougeur Essuyer les selles Mettre poudre sous aisselle du fond du lit Appliquer onguent sur une région du corps Crème sur le corps Rincer la débarbouillette dans plat d'eau au sol Prendre la commande du lit électrique tombée par terre Regarder sous le lit Actionner la commande attachée au pied du lit</p>	
<p>Habillage Mettre la jaquette dans le lit</p>	
<p>Transfert Mettre et enlever les freins au fauteuil Ajuster la toile sous le patient Ajuster les sangles</p>	

Tableau 5.3 : Tâches à risque liées à des postures critiques observées pendant le nettoyage et le ménage de la salle de bain suite à un bain au bain

<p>Combinaison de flexion du dos et De rotation ou d'autre posture du dos</p> <p>Enlève et met le banc de bain Ouvre le robinet du bain Lave et rince le bain* Essuie le bain Essuie le plancher</p>	<p>Accroupi</p> <p>Va chercher des produits sous le lavabo</p> <p>Essuie le plancher</p>	<p>À genoux</p> <p>Lave et rince le bain Essuie le bain</p>
---	---	--

* Les tâches en caractère gras se retrouvent dans au moins deux des types de postures critiques.

Le Tableau 5.4 présente les principaux efforts observés ainsi que les tâches qui y sont associées selon le type de soin dispensé. Ainsi, on remarque que pour le bain au lit, il y a des transports de bassines d'eau, des déplacements de meubles et des situations où l'AFS soulève la jambe d'une patiente. Dans le cas des baignoires, on retrouve aussi des situations où l'AFS aide le patient ou la patiente à entrer les jambes dans le bain et des déplacements de marchette.

Le nettoyage de la salle de bain constitue une étape de travail qui est exigeante physiquement comme l'ont souligné les AFS. Les observations ont, en effet, révélé que pour nettoyer le bain, les AFS doivent enlever le banc de bain, ce qui constitue un effort non négligeable puisque fréquemment le banc est difficile à enlever à cause de l'adhérence des sucs. Ces informations ont été ajoutées au Tableau 5.4.

Le type de soins et les postures critiques

Globalement, tous types de soins confondus, les AFS passent en moyenne 41,4 % du temps de bain dans des postures contraignantes pour le dos ou les jambes. Ces proportions moyennes se répartissent ainsi selon le type de postures considérées : 10,1 % du temps en flexion du dos de 45° et plus, 24,3 % du temps en flexion du dos combinée à des torsions et à des inclinaisons latérales, 13 % du temps en positions accroupies et 15 % du temps à genoux. La Figure 5.1 présente les proportions moyennes de temps observées en postures critiques selon les deux principaux types de soins dispensés, soit : les baignoires et les baignoires au lit. Outre les proportions moyennes, les valeurs minimales et maximales sont également représentées sur ce graphique, afin de donner une idée des variations observées. On remarque que les flexions du dos de 45° et plus sont assez importantes quelque soit le type de soin; les proportions moyennes se situant autour de 10 % du temps de soin. Les flexions du dos combinées à d'autres positions du dos sont deux fois plus élevées et ceci pour le bain au bain et pour le bain au lit. Cependant, les postures accroupies sont beaucoup plus fréquentes pendant le bain au bain que pendant le bain au lit (de 4 à 6 fois plus fréquentes). Il en est de même des proportions de postures à genoux. Globalement les deux types de soins semblent comparables en termes de postures pour le dos (flexion ou mouvement combiné) alors que le bain au bain nécessite plus de positions accroupies.

L'autonomie du patient et les postures critiques

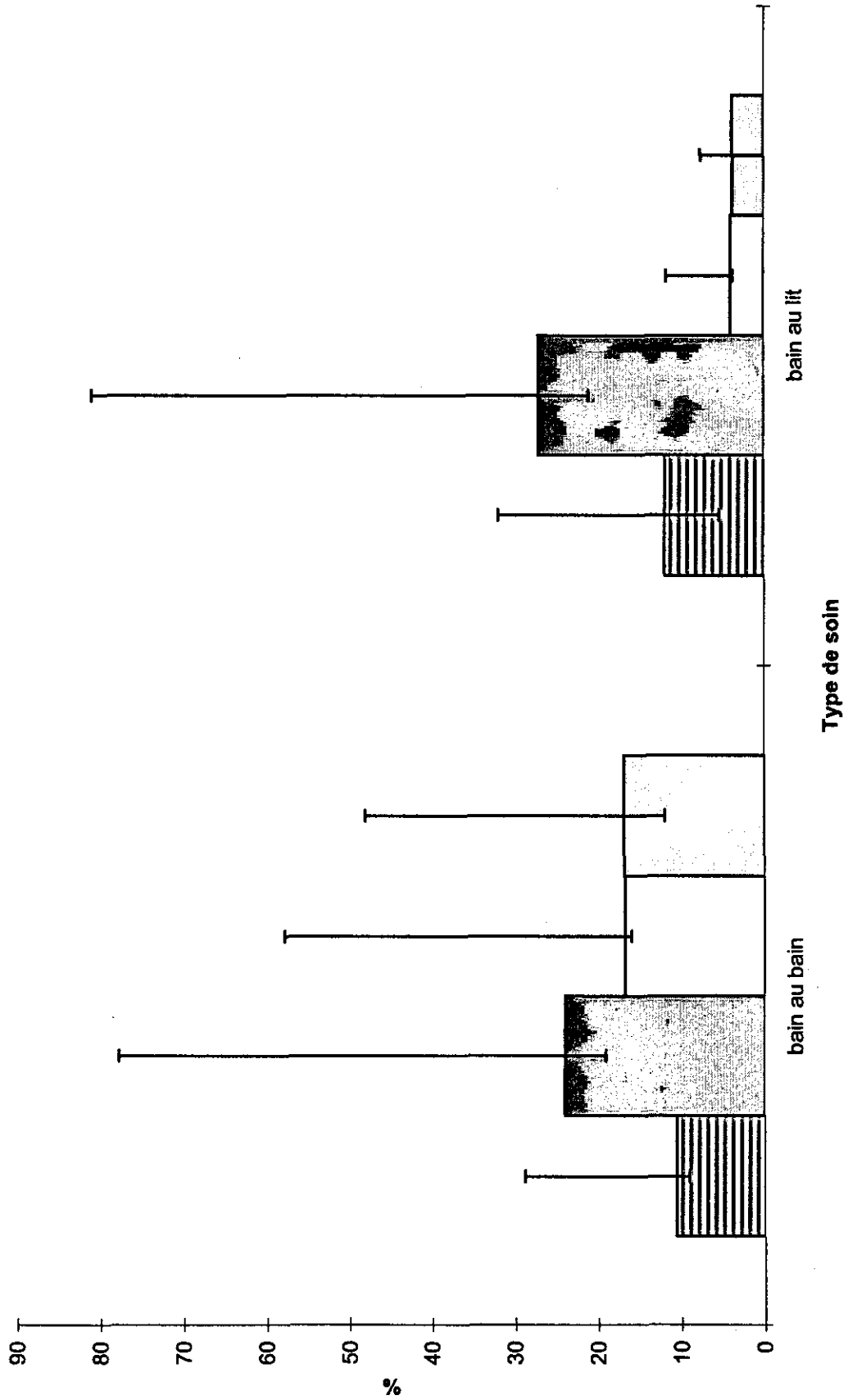
L'autonomie du patient¹⁸ peut être déterminante en ce qui concerne l'adoption de postures critiques par les AFS pendant le bain au bain, comme le montre la Figure 5.2. On constate que la fréquence des flexions du dos combinées à d'autres positions du dos est inversement proportionnelle à l'autonomie des personnes recevant des soins. De plus, il faut noter l'importance des variations entre la proportion minimum et maximum chez les personnes peu autonomes. D'autre part, les postures accroupies sont beaucoup plus fréquentes pour donner le bain au bain de personnes autonomes et moyennement autonomes.

¹⁸ L'autonomie du patient a été codée en trois catégories. Le niveau «autonome» concerne les patients qui peuvent se déplacer, se déshabiller et s'habiller seuls, le niveau «moyennement autonome», les patients qui ont besoin d'un peu d'aide pour ces différentes opérations, le niveau «peu autonome» les patients qui ont besoin de beaucoup d'aide pour se déplacer, s'habiller et se déshabiller.

Tableau 5.4 : Les efforts observés et les tâches à risque associées selon le type de soin

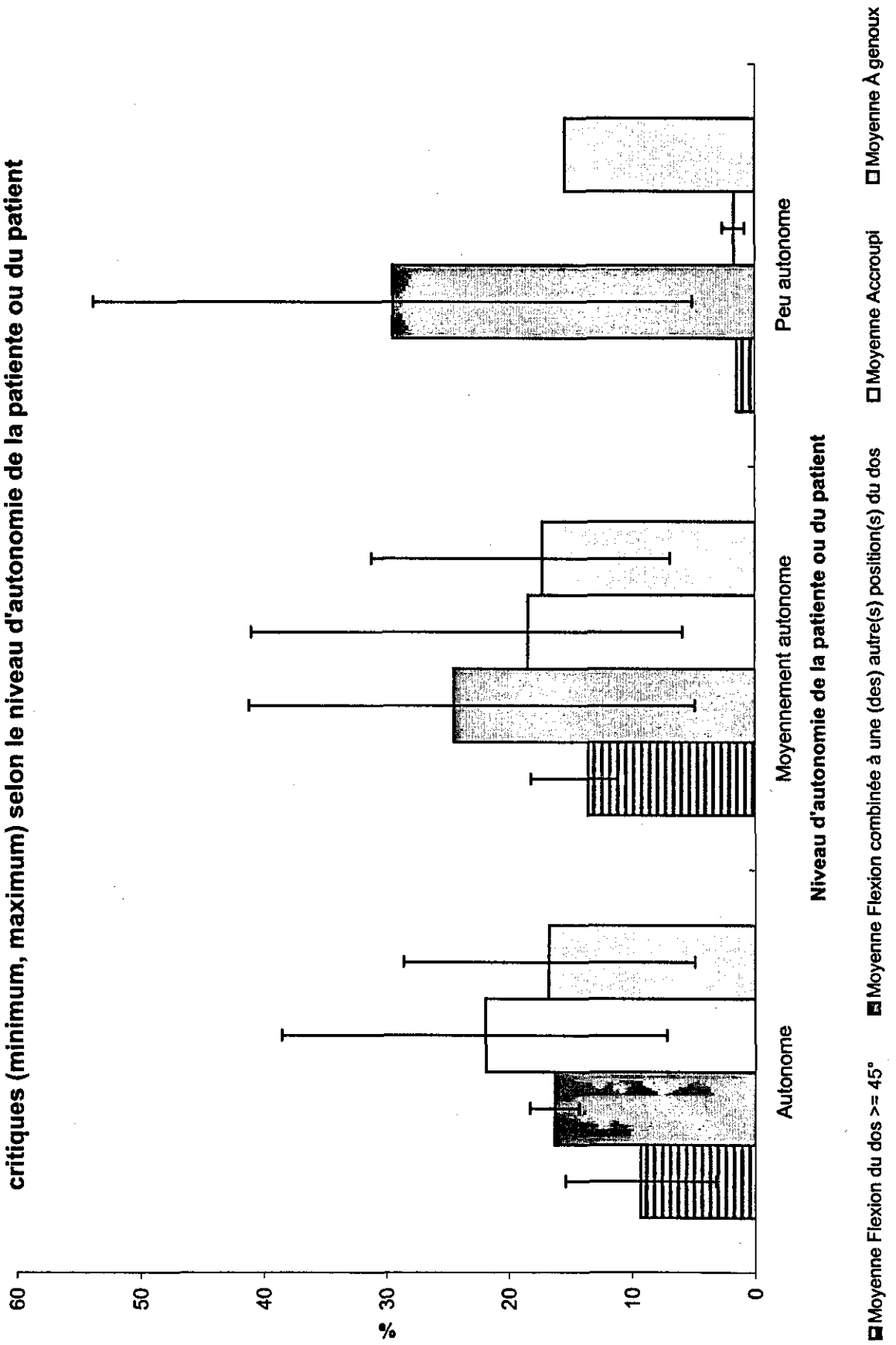
Type de soin Effort	Opération en cours
Bain au bain	
Soulève, tire ou pousse la marchette	Déplacement de la patiente ou du patient vers la salle de bain ou hors de la salle de bain Dégager la salle de bain avant de donner le bain
Aide la personne à se lever	Pour aller vers la salle de bain ou pour entrer dans le bain Pour sortir du bain ou de la salle de bain
Aide à soulever la jambe	Entrer et sortir du bain, Laver ou rincer l'arrière des jambes, Essuyer l'arrière des jambes et les fesses
Maintien la personne pour l'empêcher de tomber	Pour laver l'arrière des jambes et des fesses
Bain au lit	
Déplacer des meubles	Préparation du bain au lit, Bain au lit, Rangement
Tire, pousse le lève-patient, le fauteuil roulant, la toile et les sangles du lève-patient	Préparation du bain, préparation du transfert Transfert Rangement
Tire piqué pour faire tourner la personne	Bain au lit
Tire, pousse, glisse ou maintient la personne	Bain au lit, Habillage, Application de crème
Soulève les jambes	Laver les jambes, Application de crème
Tire la personne	Installer dans le lit
Nettoyage de la salle de bain	
Enlever et remettre le banc de bain	Nettoyage du bain

Figure 5.1 : Proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon le type de soin dispensé



□ Moyenne Flexion du dos >= 45° ■ Moyenne Flexion combinée à une (des) autre(s) position(s) du dos □ Moyenne Accroupi □ Moyenne À genoux

Figure 5.2 : Pendant le bain au bain, proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon le niveau d'autonomie de la patiente ou du patient



La taille et l'âge de l'auxiliaire familiale et sociale ainsi que la disponibilité d'équipement et les postures critiques

En ce qui concerne le bain au bain (Figure 5.3), on remarque que les AFS de plus petite taille (<1m60) présentent en moyenne une plus forte proportion de temps en flexions du dos combinées à d'autres positions du dos (près de 30 % du temps de soin en moyenne) et en postures à genoux que leurs consœurs plus grandes. D'autre part, celles-ci passent en moyenne une plus grande proportion du temps de bain en postures accroupies (près de 30 % du temps de bain en moyenne) et en flexions du dos de 45° et plus.

La Figure 5.4, présente les postures adoptées pendant les quatre bains au lit observés en fonction de la taille des AFS. Les AFS de plus de 1m60 sont nettement désavantagées en termes de contraintes posturales. Elles doivent adopter des postures nécessitant plus fréquemment des flexions du dos combinées à d'autres postures. Cependant, une autre variable vient influencer l'adoption de postures particulières; en effet, les bains au lit réalisés par les plus petites auxiliaires l'ont été chez des personnes qui disposaient de lit électrique. On remarque donc que l'effet combiné de la taille de la travailleuse et de l'équipement disponible a une conséquence directe sur l'adoption de postures critiques; dans le cas des AFS de moins de 1m60, qui travaillent avec un lit électrique, le besoin d'adopter des postures critiques est beaucoup plus faible que dans le cas des autres travailleuses qui sont grandes et qui dispensent des soins à une personne installée dans un lit ordinaire.

Il semble également y avoir des différences en termes de proportion de temps observée en postures critiques selon l'âge des travailleuses. Pour le bain au bain (Figure 5.5), les AFS de moins de 45 ans sont plus fréquemment accroupies que les travailleuses plus âgées qui adoptent quant à elles plus fréquemment des postures du dos combinant flexions, torsions et inclinaisons latérales de même que des postures à genoux. Il est intéressant de remarquer que les AFS de 45 ans et plus travaillent plus fréquemment à genoux que les autres (4 fois plus de temps en moyenne). Ceci peut constituer une stratégie de travail protectrice pour le dos.

Pour le bain au lit (Figure 5.6), les AFS de moins de 45 ans sont en proportion du temps très fréquemment en postures du type combiné (flexion, torsion et inclinaison latérale) par rapport aux travailleuses plus âgées. Il faut cependant être prudent avec ces résultats puisque l'effet de plusieurs variables est combiné : les travailleuses les plus jeunes sont également les plus grandes en taille et elles ont dispensé des bains au lit dans des lits ordinaires comparativement aux deux autres AFS de 45 ans et plus.

De plus, il est important de souligner que l'adoption de postures exigeantes doit se faire dans un environnement surchauffé et en présence d'autres contraintes environnementales qui seront détaillées plus loin. L'ensemble de ces éléments contribue à augmenter la pénibilité ressentie.

Figure 5.3 : Pendant le bain au bain, proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon la taille de l'auxiliaire

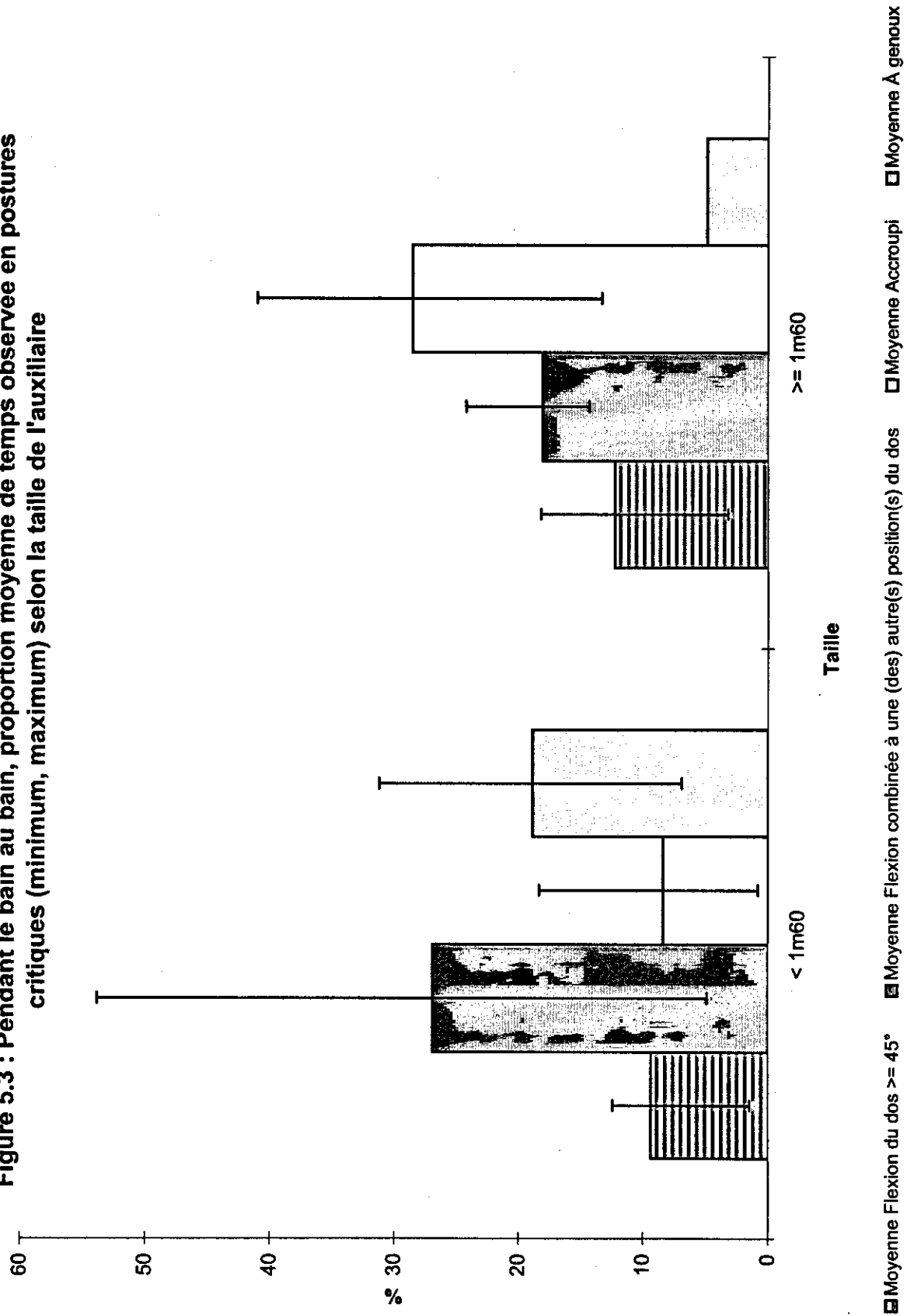


Figure 5.4 : Pendant le bain au lit, proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon la taille de l'auxiliaire

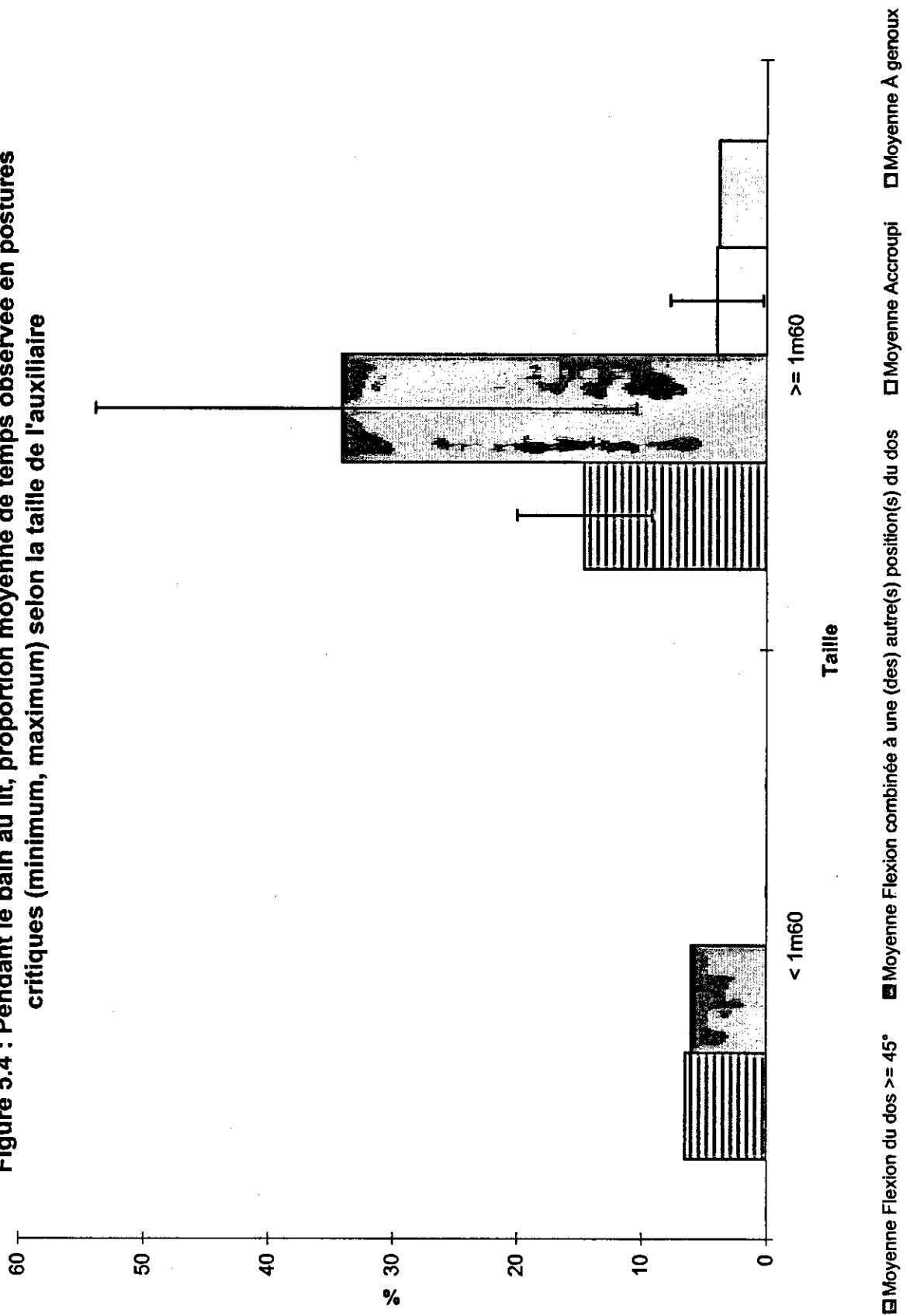


Figure 5.5 : Pendant le bain au bain, proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon l'âge

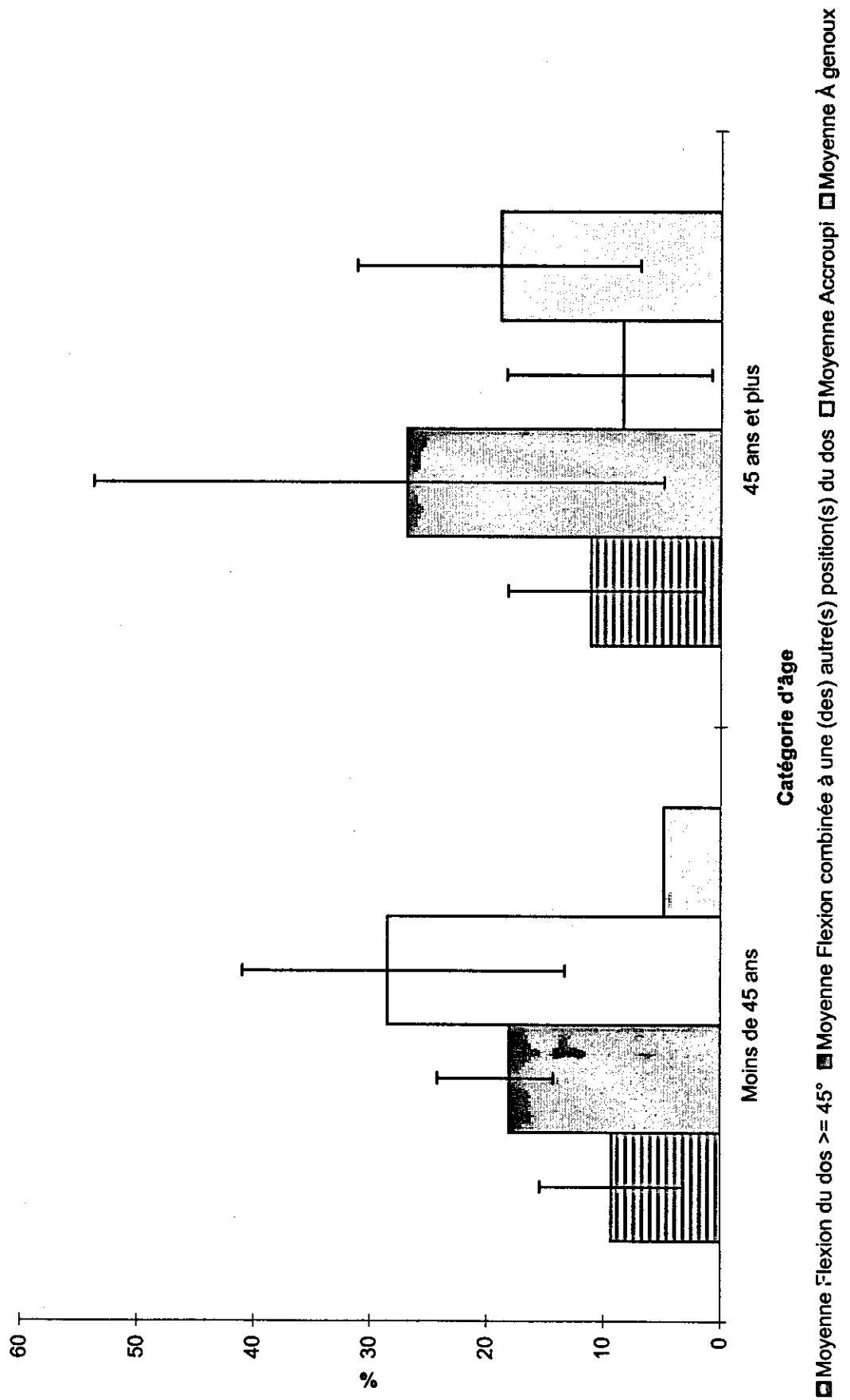
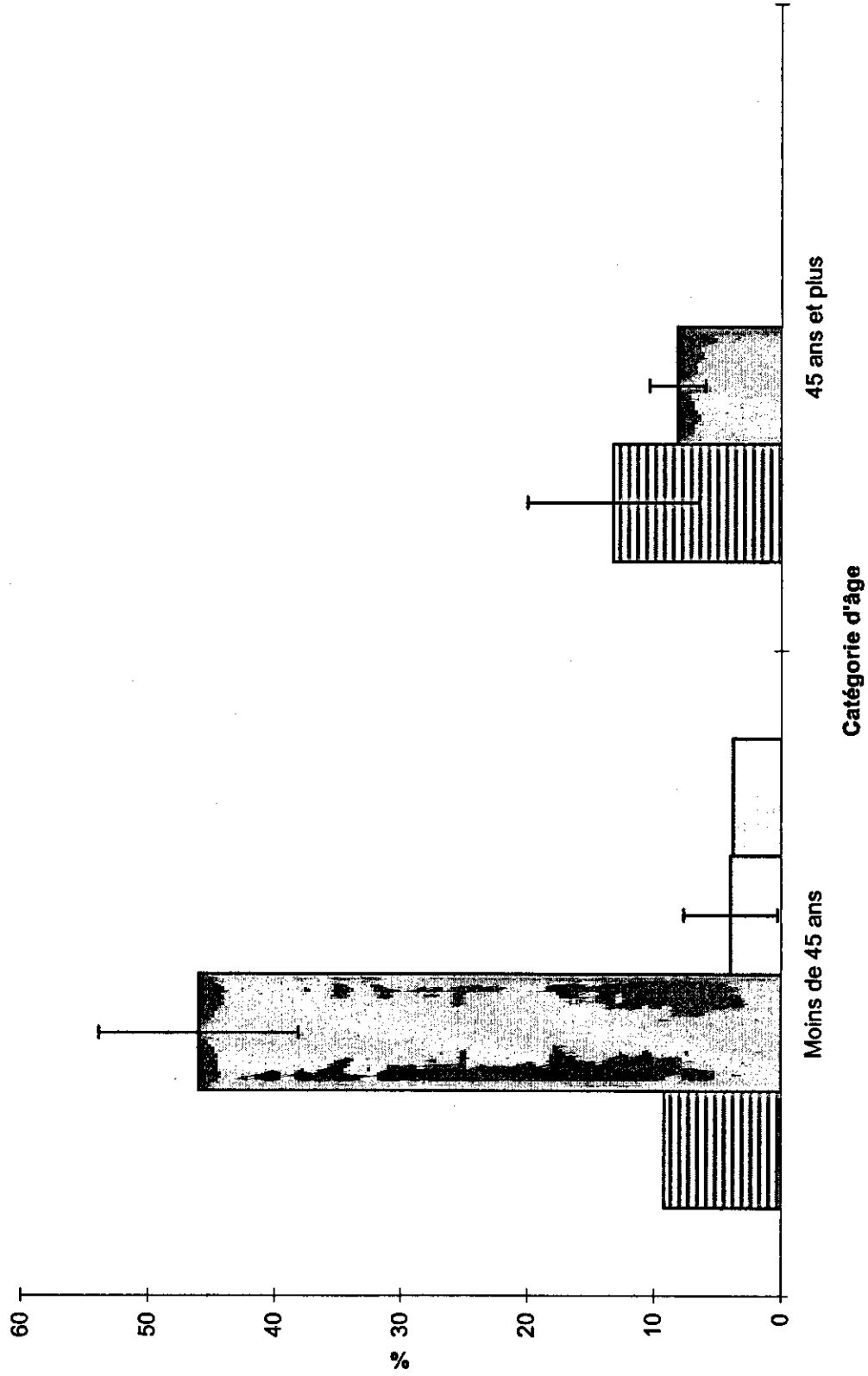


Figure 5.6 : Pendant le bain au lit, proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon l'âge



▨ Moyenne Flexion du dos $\geq 45^\circ$ ▩ Moyenne Flexion combinée à une (des) autre(s) position(s) du dos □ Moyenne Accroupi

Cours sur les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB)

Plusieurs actions de prévention ont été pensées pour supporter les AFS dans les CLSC à partir du constat qu'elles se blessent très fréquemment. L'une de ces actions de prévention est incontournable dans le contexte de cette étude. Elle concerne la formation aux Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB), développée à l'ASSTSAS, qui est offerte et dispensée aux personnels des organisations de soin parmi lesquelles s'inscrivent les services de maintien à domicile des CLSC. Signalons qu'une version PDSB-soins à domicile a été élaborée pour couvrir les problématiques spécifiques des soins à domicile dont les contraintes diffèrent de celles rencontrées en milieu institutionnel de soins. L'élaboration de ces programmes de formation s'est appuyée sur de nombreuses consultations et observations en situation de travail des personnes concernées. Toutes les AFS observées ont suivi la formation PDSB ainsi que des mises à jour régulières.

Les observations ont permis de remarquer que les domiciles visités disposaient des équipements de soin particuliers et qu'en ce sens les retombées des programmes de prévention sont présentes jusqu'au cœur des situations de soin (douche téléphone, banc de transfert dans le bain, lève-patient, lit électrique, planche de bain, barres d'appui). Toutefois, quelques variations avec la douche téléphone et avec les barres d'appui peuvent être rencontrées (manque de crochet pivotant à mi-hauteur, manque de barre d'appui).

En ce qui concerne les équipements de protection et d'aide suggérés par l'ASSTSAS, alors que des protections coussinées et l'utilisation d'un petit banc sont conseillées pour protéger les genoux et réduire l'adoption de postures accroupies, aucune AFS du CLSC étudié ne les utilise. Ces équipements ne sont pas fournis par le CLSC et leur utilisation n'est pas suggérée.

En ce qui a trait plus particulièrement au contenu du cours, nous avons observé un seul transfert à proprement parlé. Il s'est déroulé avec un lève-personne. Les observations ont cependant révélé plusieurs situations où les travailleuses avaient à aider le patient ou la patiente que ce soit pour entrer ses jambes dans le bain, se lever ou se tourner dans le lit. Durant ces opérations, les stratégies de travail utilisées sont assez variées. Cependant, le dos est droit et les jambes fléchies. Pour aider une personne à se lever, le transfert de poids latéral est fréquemment utilisé par les travailleuses.

5.1.3 Les activités de dépistage et de soutien social

Outre les soins physiques, plusieurs autres aspects du travail nécessitant de l'activité perceptuelle, de l'analyse et des communications ont été observées. Parmi ces activités nous avons recensé du dépistage de problèmes physiques, émotionnels ou psychologiques. Cette fonction peut être accomplie simultanément aux soins dans certains cas, elle peut être intercalée entre différentes étapes de soins physiques ou, encore, quelquefois décomposée en plusieurs étapes avant d'être complétée. Les AFS essaient de déceler des nouveaux symptômes, cherchent à identifier la cause et le degré de gravité au sujet de l'état de santé et de l'autonomie des patients mais aussi au sujet de son environnement familial, social et matériel. Ce type de fonction a pu être identifié principalement par les conversations. Plusieurs situations de ce type ont été observées; elles concernent : des interrogations sur des rougeurs suspectes, la douleur, leur vie

sociale (centre de jour, participation à des activités diverses, etc.), leur moral, leur alimentation, leur sommeil ou tous autres problèmes. En voici un exemple :

L'AFS dit à la fille de la patiente que sa mère a des bleus sur les jambes et demande : est-elle tombée ? La fille vient voir et elles s'interrogent toutes deux. L'AFS recommande d'en parler à l'ergothérapeute lors de sa visite et de ne pas frotter les jambes (avec une crème hydratante) car il peut s'agir d'une phlébite.

L'AFS dit à l'observatrice : «D'habitude, on met de la crème sur les jambes mais pas aujourd'hui car si c'est une phlébite ça n'est pas bon de frotter.»

25 minutes plus tard

L'AFS dit à l'observatrice : «Notre travail c'est surtout, ça paraît pas mais, c'est de vérifier s'il y a des plaies, des bleus, de la violence, etc.»

2 minutes après

L'AFS dit à la patiente : «Vous n'êtes pas violentée vous, vous nous le diriez.» (sous-entendu n'est-ce pas?)

Les AFS servent de relais ou d'agent de liaison entre le patient et le CLSC en ce qui a trait aux équipements ou aux autres professionnels impliqués dans les soins. Elles jouent également un rôle de conseil en ce qui concerne les ressources disponibles dans le milieu. À titre d'exemple, elles informent les patients et leurs familles en ce qui concerne les services de la popote volante, de la coopérative d'entretien et également de divers autres services disponibles comme, par exemple, les coordonnées d'une coiffeuse qui vient à domicile.

De plus, elles assurent la prévention des accidents à domicile par l'enseignement, aux personnes, sur la façon adéquate d'utiliser un équipement comme la marchette par exemple. Elles rappellent certaines consignes de sécurité comme de toujours utiliser la marchette ou la canne pour se déplacer, de porter le collier d'urgence ou d'enlever un tapis dangereux.

D'autre part, elles encouragent les patients à l'autonomie et elles stimulent leurs capacités. Ces façons de faire correspondent à des valeurs partagées par la plupart des intervenantes du maintien à domicile. Pour atteindre ces objectifs, elles procèdent de différentes façons; dans certains cas elles donnent des consignes pour que la personne ramasse son linge elle-même avant d'aller à la salle de bain par exemple. Dans certains cas elles insistent pour que la personne se lave elle-même certaines parties du corps ou pour que certains se lavent les cheveux ou, encore, les incitent à fréquenter le centre de jour.

5.1.4 Les contraintes du travail

Différents facteurs ont une influence sur la travailleuse et sur son travail. Plusieurs ont été recensés pendant les cinq jours d'observation. Parmi les plus importantes notons les interférences dans le travail en cours, des contraintes de temps particulières, les équipements disponibles, l'environnement physique du travail, les caractéristiques du patient et de son réseau ainsi que des facteurs reliés à l'organisation du travail.

Interférences dans le travail

Certaines interruptions du travail ont été observées pendant la semaine d'observation. Par exemple, l'obligation d'interrompre les soins pour prendre un appel du CLSC; l'obligation d'attendre que la salle de bain se libère ou que la patiente finisse son déjeuner avant de donner le bain. Des difficultés de communication à cause de problème de langue viennent quelquefois compliquer et ralentir le travail. Enfin, le soin peut être ralenti à cause par exemple de la difficulté à enfiler certains vêtements comme des bas collants.

Temps

Le temps est un facteur important qui affecte la réalisation du travail des AFS à domicile. Quelquefois l'AFS doit accomplir son soin rapidement parce que le patient a un rendez-vous médical à une heure fixe ou parce qu'il doit partir pour le centre de jour. Ou, encore, l'auxiliaire se sent bousculée par la personne qui trouve qu'elle arrive plus tard que d'habitude ou qu'elle n'arrive pas à la même heure que l'auxiliaire régulière. D'autre part, l'auxiliaire se sent fréquemment stressée quand elle prend plus de temps qu'habituellement chez un patient, ce qui bouleverse son horaire de visite des autres personnes qu'elle doit voir ensuite.

Équipement

La plupart des équipements qui ont été recensés ont trait à la salle de bain. L'état et la disponibilité d'équipements spécialisés à domicile influencent directement le travail de l'AFS. Ainsi, aucun mécanisme permettant de fixer la douche à mi-hauteur n'a été observé dans les domiciles, ce qui oblige quelquefois les AFS à s'étirer beaucoup pour atteindre la douche téléphone en hauteur. Nous avons observé des étirements extrêmement prononcés dans des cas où la douche est placée particulièrement haute. Dans un des domiciles visités il n'y avait pas de douche téléphone. Dans un autre, la douche était en mauvais état de fonctionnement, ce qui obligeait l'AFS à frapper dessus à chaque fois qu'elle voulait régler la température de l'eau ou l'arrêter.

D'autre part, bien que la plupart des domiciles soient équipés de barre d'appui dans le bain, quelques-uns ne disposent d'aucune installation de ce type. Les remarques des AFS aux patients ne semblent pas très efficaces comme stratégie pour inciter à l'installation de cet équipement. Certaines barres d'appui qui sont fixées sur la paroi du bain compliquent quelquefois le travail des AFS en les obligeant à des torsions et des étirements, ce qui est critique en termes de sécurité et ce qui les éloigne de leur travail.

Certains patients ne disposaient pas de tapis anti-dérapant adéquat pour leurs salles de bains. Nous avons observé que, dans un cas, la travailleuse l'a signalé à la patiente en lui disant de demander à sa fille d'en acheter un. D'autre part, dans un autre cas nous avons observé que la travailleuse s'est accrochée les pieds dans un tapis qui se trouvait à l'entrée de la salle de bain.

En ce qui concerne les besoins en équipement spécialisé chez les patients, nous avons observé dans un cas que la demande était formulée par la personne à l'AFS afin qu'elle la transmette à la responsable de ce dossier au CLSC. Dans un autre cas l'AFS a transporté un banc de bain directement dans sa voiture. Enfin, dans un autre cas, elle a expliqué à la patiente qu'elle allait discuter avec la responsable de l'équipement de son banc de toilette qu'elle trouve très encombrant et peu solide. Dans un autre cas, l'AFS a dû faire une réparation du banc de bain puisqu'une vis se détachait. Toutes ces situations montrent le rôle d'interface essentiel de l'AFS.

Dans un autre ordre d'idées, nous avons observé que les bancs de bain sont parfois difficiles à enlever du bain, les ventouses aux pattes adhérant très fortement au bain. Ceci oblige l'AFS à forcer pour l'enlever au moment du nettoyage du bain. Il semble, après discussions lors de la séance de restitution, que certaines auxiliaires connaissent des trucs pour éviter de forcer en sortant le banc de bain du bain et qu'une pièce d'équipement existe pour faciliter cette opération. Cette information n'est cependant pas partagée et souvent peu connue des familles des patients. Des mauvaises manipulations de ces équipements peuvent expliquer des bris.

Dans le cas de bains au lit, deux domiciles étaient équipés d'un lit électrique alors que l'autre ne l'était pas. Cette dernière situation a entraîné l'utilisation de postures très contraignantes pendant de longues périodes de temps. Cependant, il n'est pas possible à l'heure actuelle d'associer directement les réductions de postures critiques au lit électrique puisque d'autres facteurs peuvent influencer nos résultats (âge et taille des travailleuses). Les AFS nous disent cependant que le lit électrique «ça aide pour la colonne, c'est moins dur pour le dos» et que lorsque «le lit est un peu monté sur des blocs, ça fait que ça aide au point de vue de la colonne». D'autre part, en ce qui concerne le lit électrique nous avons observé des postures critiques (flexion très prononcée) pour accéder au panneau de commande car celui-ci avait été attaché au pied du lit.

Environnement

L'environnement dans lequel s'accomplit le soin conditionne le niveau de risque en interagissant avec d'autres éléments. Les observations ont permis de dénombrer certaines contraintes environnementales à domicile : la salle de bain qui est loin de la chambre ce qui nécessite des déplacements longs, le bain qui est très profond et large, la salle de bain surchauffée et petite, la présence d'escalier qui complique les déplacements, le domicile qui est sale, peu éclairé, encombré, la présence d'un animal qui vient parfois nuire au travail ainsi que la télévision qui est ouverte et joue à tue-tête, ce qui complique la communication.

D'autre part, le travail à domicile nécessite des déplacements en voiture d'un domicile à l'autre. Les conditions climatiques influencent donc directement les AFS. La présence de neige, de glace et de verglas augmentent les risques de chutes lors des déplacements entre la voiture et le domicile ainsi que les risques de collisions entre véhicules.

Patient

Les caractéristiques du patient, un être vivant, sont fondamentales pour l'AFS. Divers éléments influencent directement sa façon de travailler. Parmi les principales caractéristiques recensées, on note l'importance des pathologies; en effet, la proportion de postures contraignantes est liée au niveau d'autonomie du patient comme nous l'avons vu précédemment. D'autre part, certaines pathologies font que les patients sont plus difficiles à convaincre de prendre un bain par exemple, ce qui nécessite beaucoup de temps et de patience. D'autres éléments importants influencent aussi le travail de l'AFS, tels que l'agressivité du patient, son moral et la solitude. La souffrance ressentie par la personne soignée est un facteur important qui vient modifier la façon de travailler de l'AFS. Nous avons pu observer, dans un cas, une patiente qui avait très hâte de finir son bain et qui bousculait l'AFS en la pressant.

Réseau familial du patient

L'AFS se présentant à domicile, le réseau familial du patient peut influencer son travail. Ainsi, quelquefois elles sont accueillies par un conjoint agressif qui n'est pas content de l'heure à laquelle elles arrivent ou des changements de personnel. Il se peut également que le soutien familial soit déprimé ou inquiet. Lorsque ça arrive elles prennent du temps pour aider cette personne et, ainsi, prévenir des problèmes plus graves.

Organisation du travail

Plusieurs contraintes liées à l'organisation du travail ont été identifiées par observation. En voici une brève énumération :

- le remplacement qui se fait quelquefois sans transmission d'information sur les patients;
- le changement fréquent de patients pour les AFS alors que la stabilité les aide à faire un travail plus efficace;
- les patients qui ne sont pas toujours avisés qu'une remplaçante va venir ou que le soin est déplacé à une autre journée, ce qui peut rendre la tâche de l'auxiliaire plus difficile;
- l'application non systématique de la politique concernant l'installation d'équipements dans la salle de bain;
- la coordination quelquefois insuffisante pour la venue de plusieurs professionnels à différents moments de la journée;
- le manque de formation sur les différentes pathologies.

5.1.5 L'âge, l'expérience et les stratégies de travail

Les six AFS observées peuvent être classées en deux groupes selon l'expérience dont elles disposent. Deux d'entre elles ont moins d'une année d'expérience bien qu'elles soient d'âge différent et n'ont pas été victimes d'accident du travail dans leur nouveau métier. Les quatre autres AFS observées ont une expérience du travail importante (plus de 14 ans); elles ont toutes été victimes d'accidents. L'ensemble des AFS observées ressentent des douleurs en fin de journée, qui se situent au dos, au cou ou aux épaules. Chez les travailleuses qui ont déjà été victimes d'un accident, les sites de douleur sont souvent les mêmes que ceux qui ont été atteints lors de leur accident. Il semble cependant qu'une des AFS qui ressentait des douleurs au dos en fin de journée ait réussi à les contrôler en modifiant ses stratégies de travail. D'autre part, certaines des auxiliaires plus âgées se plaignent d'arthrite aux mains et aux doigts.

En termes de stratégies de travail observées, certaines remarques peuvent être formulées. En premier lieu, des schémas très caractéristiques ont pu être observés selon les individus. Ainsi, une AFS, qui est grande et âgée de moins de 45 ans, travaille très fréquemment en position accroupie pour différentes activités (bain, lavage de cheveux, soin de pieds) alors que pour ces mêmes activités d'autres AFS, qui sont moins grandes et plus âgées, travaillent respectivement debout les jambes légèrement pliées ou à genoux. Ces différences fondamentales de postures induisent des exigences différentes comme nous l'avons vu précédemment.

Une autre constatation importante a trait à l'expérience de l'AFS. Particulièrement la connaissance que la travailleuse a de la personne à soigner; cette connaissance fait qu'elle s'organise pour accomplir certaines activités à des moments précis parce qu'elle sait que ceci va faciliter la réalisation d'une autre activité à venir. Par exemple, une des AFS, chez sa première patiente de la journée qui est Alzheimer, va faire réchauffer la salle de bain et préparer les vêtements pendant que la dame finit de déjeuner afin que tout soit prêt dès que la dame le sera. De plus, il est impressionnant de constater que pendant le bain, que la dame n'aime pas du tout subir, l'AFS travaille vite et lui parle constamment pour la distraire. D'autres exemples de stratégies développées grâce à l'expérience ont été donnés lors de l'entrevue; elles sont énumérées plus loin.

5.2 Ce que révèle l'entrevue de groupe des auxiliaires familiales et sociales expérimentées

Cinq AFS, dont les années d'expérience au travail varient de 10 à 20 ans, ont été rencontrées ensemble en entrevue. Trois d'entre elles occupent des emplois réguliers à temps plein; une, un emploi régulier à temps partiel et l'autre a un statut de travailleuse temporaire.

L'omniprésence du temps

Les contraintes de temps constituent un enjeu majeur qui revient tout au long de l'entrevue. Le travail des AFS consiste à donner des soins à des êtres humains; ces soins ne sont donc pas uniquement physiques. Cet aspect relationnel constitue un élément fondamental et central de leur travail et celui qu'elles aiment le plus. Cependant, elles sont inquiètes et se demandent si elles pourront continuer à accomplir un travail de qualité. Une d'entre elles explique :

«Je remarque que frotter un patient, pour moi, c'est important, pas juste pour le savon, parce que je le sais que ce moment-là ça va le détendre, ça va lui donner de la circulation s'il a des problèmes nerveux au bout des nerfs, tout ça je sais ce que ça apporte. Et aussi l'élément où il se sent pris un peu, c'est le seul moment où il y a un contact. Je trouve que ce sont des choses importantes à un moment donné et si on nous enlève trop de temps, un moment donné on ne pourra plus le faire. Moi, c'est ce que je remarque. Je frotte fort, mais je frotte vite. Je trouve ça un peu dommage parce que quand la personne a un besoin, le petit moment où tu sens que si tu t'assoies trois à quatre minutes, peut-être qu'elle te dirait quelque chose, mais tu ne l'as plus ça.»

Or, cette dimension temporelle est difficile à évaluer en termes de durée car elle est variable selon l'état du patient ou de sa famille, les rendez-vous qu'il a ou d'autres imprévus. De plus, elles travaillent principalement auprès de personnes âgées et elles font remarquer que celles-ci sont lentes. Si elles travaillent vite pour économiser du temps, elles vont les bousculer, ce qu'elles se refusent de faire. Plusieurs exemples de cette variabilité du temps de soin nous ont été donnés lors de l'entrevue :

«Les petits cas qu'ils appellent, les petits cas devraient être une heure. Mon œil, hein, mon petit cas d'une heure c'est justement la madame qui était en train de mourir mercredi passé. Penses-tu que je suis restée là une heure ? Pantoute, hein. Tu ne veux pas la laisser, ce n'est pas vrai, les petits cas d'une heure ça n'existe pas. C'est parce qu'elle n'est pas longue à faire en temps pour lui donner le bain, mais c'est l'à-côté. Quand tu les ramasses en mille morceaux, qu'ils ont de la peine, qu'il y a eu ceci et qu'il y a eu ça, et leurs enfants. Il faut toujours bien que tu les écoutes, tu ne leur dis pas : « Bonjour, je m'en vais. » Ils sont en train de pleurer, vas-tu leur dire : « Je suis pressée » ?»

Ce qui est certain c'est que cette importante composante de leur travail suppose une disponibilité d'écoute et une certaine marge de manœuvre dans l'organisation de leur temps. Une d'entre elles a expliqué l'importance de cette disponibilité :

«Des fois il y a un cinq minutes où il faut que tu sois là, il faut que tu arrêtes parce que tu sens que quelque chose se passe chez la personne pendant ce cinq minutes-là, il faut que tu le sentes. Ou bien, j'ai mal à telle place, il faut que tu t'arrêtes, puis dire : « Où ça que vous avez mal ? » Il faut que tu t'arrêtes, que tu lui poses la question pour vérifier parce que c'est ton travail, mais tu peux passer par-dessus ça parce que tu ne le vois pas. La personne lance ça de même et des fois ils lancent ça comme ça, ça a l'air de rien, mais pour eux c'est gros.»

À ce niveau, l'évaluation des besoins des patients pose problème dans certains cas. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour tenter d'expliquer cet état de fait. En premier lieu, ceci peut être lié au fait que les AFS ne sont pas impliquées dans l'évaluation des patients. Bien qu'elles puissent demander des réajustements si un problème quelconque se pose, il semble que ce soit compliqué car les patients ont déjà commencé à avoir des services. Cette façon de faire peut donc entraîner des pertes de temps précieuses. Une autre hypothèse qui peut être soulevée est celle de différences d'interprétation entre les travailleuses et les gestionnaires au niveau de la définition de ce qu'est un cas lourd ainsi que des soins essentiels à dispenser. Ainsi les AFS soulignent qu'un cas social peut être aussi lourd sinon plus qu'un cas plus physique.

Le virage ambulatoire semble venir alourdir les contraintes déjà ressenties au niveau du temps; les cas sont plus nombreux et plus lourds. Cet alourdissement conduit à une augmentation du temps nécessaire pour discuter avec les différentes intervenantes-pivots responsables des divers patients. À cet égard, il semble que l'heure et demie du jeudi après-midi au CLSC n'est pas suffisante pour régler tous ces aspects. Plusieurs AFS font donc du travail chez elles pour arriver à régler au CLSC les problèmes avec les intervenantes-pivots :

«C'est que la seule fois qu'on a une heure et demie pour être ici, si on a un problème pour aller voir l'infirmière, la travailleuse sociale, faire notre cédule, faire notre compte de millage, faire nos statistiques, ole! Ça fait que ce que tu fais, chez vous, le mercredi soir, tu prends ton courage à deux mains et tu te dis : il faut que je m'avance, mais c'est deux heures. Je l'ai fait, je le fais malheureusement, je suis contre mais je le fais pareil. Je fais mes statistiques, je fais mon compte de millage parce que je me dis demain je ne serai pas stressée au bureau, je vais être capable de respirer.»

Ces importantes contraintes de temps peuvent entrer en contradiction directe avec certaines valeurs fondamentales du programme de maintien à domicile du CLSC : favoriser l'autonomie, le droit de mourir à domicile et même parfois l'équité. En effet, augmenter le niveau d'autonomie du patient nécessite de l'enseignement et de l'encouragement, ce qui prend plus de temps à court terme pour en gagner à moyen ou à long terme. Il en est de même en ce qui concerne le soutien à apporter aux patients en phase terminale. En ce qui a trait à l'équité entre patients, l'enjeu du temps ressort lorsque les AFS comparent les soins donnés à différents patients. Ainsi, par exemple, elles ne comprennent pas que, dans certains cas, le CLSC offre beaucoup de support à certains patients et beaucoup moins dans des cas qui en auraient plus besoin, selon elles.

Les difficultés les plus importantes de leur travail

Outre les contraintes de temps, les AFS ont expliqué que leur principale difficulté consiste à apporter des soins à des patients dont le milieu présente une problématique de violence et d'agressivité. Lorsqu'elles sont confrontées à ce genre de situation, elles ont besoin d'aide à plusieurs niveaux : lieu et temps pour décompresser et ventiler, consultation professionnelle et soutien clair du CLSC en termes de ce qui est acceptable et de ce qui ne l'est pas. Il semble que lorsqu'un problème de cet ordre se pose, beaucoup de temps soit nécessaire pour le régler. Elles ne se sentent pas toujours appuyées dans les difficultés dont elles font part.

Un autre élément qui a été soulevé comme étant difficile dans leur travail est la non connaissance des cas. Cette difficulté touche principalement les remplaçantes mais également les travailleuses régulières lorsqu'elles ont à ajouter un nouveau patient à leur liste habituelle. La non stabilité des listes de patients des remplaçantes fait qu'il est difficile d'équilibrer leur charge de travail globale. Elles peuvent en effet se retrouver à dispenser des soins à des cas lourds toute la journée alors qu'un principe d'équilibre cas lourds et cas légers est mis de l'avant par les gestionnaires. De plus, l'ajout d'un cas à la dernière minute ne permet pas toujours une transmission d'information adéquate.

«En plus, c'est à toutes les semaines, on sait notre horaire, et ça change. Moins la personne est ancienne, plus ça bouge ses patients ... quand tu n'as pas de *case load*, c'est que là on me dit : « Vite, tu vas faire maintenant ce patient-là », à ce moment-là ils ne font pas de choix, qu'il soit lourd ou pas, à problème ou pas, ils ne font pas de différence, peut-être pour certains très rares comme celui qu'elle prend la peine d'expliquer, tout le monde le sait, mais ils ne font pas de choix, tu y vas et ils te résument ça au téléphone ou de vive voix»

Cette connaissance des patients constitue un enjeu important au CLSC puisqu'à ce niveau il existe des différences de vue entre les gestionnaires et les travailleuses. Selon les travailleuses les gestionnaires leur disent :

«Il ne faut pas dire *mes* patients...il faut dire *les* patients»

Les gestionnaires essaient de protéger les AFS quand elles sentent que certaines d'entre elles sont trop impliquées émotionnellement dans un milieu. Deux stratégies sont utilisées : partager les soins de certains patients entre plusieurs auxiliaires ou assigner des nouveaux patients aux travailleuses «en danger». Les AFS contestent cette dernière pratique en expliquant qu'au contraire il est important de bien connaître les patients pour accomplir un travail de qualité et peut-être, également, pour gagner du temps. Elles expliquent le côté dérisoire de cette pratique en soulignant que le lien avec le patient se développe très rapidement :

«Mais tu vas voir une fois, tu vas aller voir des nouveaux, juste une nouvelle, tu y vas pour la première fois et ils te disent déjà : Est-ce que vous allez revenir la semaine prochaine?»

Elles soulignent aussi un besoin de formation en ce qui concerne les différentes maladies et sur la façon de donner les soins en tenant compte des capacités résiduelles des patients. D'autre part, dans le contexte de l'apparition de nouvelles techniques, elles apprécient les formations qu'elles ont eues mais elles réclament plus de formation pratique.

La transmission d'information et leur place dans l'équipe multi

Un élément très important du travail de maintien à domicile est la transmission d'information sur l'état du patient. À cet égard, l'AFS a une place assez centrale puisqu'elle passe beaucoup de temps, fréquemment en soins très intimes, avec les patients. Lorsqu'elles constatent une détérioration de l'état du patient, elles le signalent à l'intervenante-pivot qui est une infirmière, une ergothérapeute ou une travailleuse sociale. Pour ce faire, elles utilisent principalement le téléphone et laissent un message dans la boîte vocale. Elles peuvent également profiter de leur venue au CLSC le jeudi après-midi pendant une heure et demie pour discuter avec la responsable du cas.

«Il faut que j'aie vraiment en parler. Je le dis : « Il se passe telle chose, je trouve qu'elle mange moins, je trouve qu'elle est plus faible ». Ça je le suis avec la chargée de cas. « Viens cet après-midi, si tu peux, parce que j'ai peur qu'elle meure là. »

En ce qui concerne l'efficacité de la transmission d'information, elles nous ont expliqué qu'elle dépend grandement de l'intervenante-pivot. Dans certains cas, elles sentent qu'elles doivent courir après la personne, elles doivent toujours aller de l'avant et insister ce qui fait qu'elles abandonnent parfois. Ceci peut constituer une perte de connaissances importantes.

«Je dois vous avouer qu'il y a des chargées de cas qui sont introuvables et qui sont imparlables dans le sens que ça ne clique pas. Moi, je pense que ça dépend du cœur que tu mets à l'ouvrage. Et il y en a d'autres où vraiment le temps ne semble pas compter et ça « *fit* ». Dans ce temps-là, tu es prête à en mettre plus quand on en met plus. Moi, c'est comme ça que ça marche. Je me dis c'est de même et je ne gaspille pas mon énergie si elle ne veut pas.»

Les AFS déplorent le fait qu'elles ne se connaissent pas entre secteurs. Il n'existe pas de réunion où elles peuvent se retrouver entre elles pour échanger des trucs de métier et ventiler. Anciennement de telles réunions existaient et elles en parlent avec beaucoup de nostalgie. Ces rencontres et échanges sont tellement importants qu'elles les ont recréés informellement dans un des deux secteurs. En effet, elles se rejoignent les midis pour parler.

«Les choses étaient trop lourdes à porter. Ça fait qu'on s'est dit : « Pourquoi on ne se rencontrerait pas un midi, quand bien même ce ne serait qu'une demi-heure ? » Ça arrive à tous les midis qu'on parle, on parle de l'une, on parle de l'autre, mais c'est un réconfort à l'autre. Ça fait du bien des fois. On dit, bien moi, je n'ai pas pensé à ça. L'autre dit moi je ferais ça. C'est vrai, tu as raison.»

Qu'en est-il de leur rôle dans l'équipe multi? Elles ne se sentent pas vraiment impliquées. Elles sont occasionnellement présentes aux comités de réévaluation et à certaines réunions spéciales de discussion de cas lorsqu'elles concernent un de leurs patients. Cette implication ne concerne que les travailleuses ayant un «case load régulier». Elles ne sont pas impliquées dans l'élaboration du plan d'intervention chez les nouveaux patients, ceci conduit quelquefois à des évaluations qu'elles considèrent incomplètes qui compliquent leur travail.

Les stratégies de travail développées avec l'expérience

Ce que les AFS expliquent en entrevue complètent nos observations de leur travail. Certaines stratégies élaborées avec l'expérience leur permettent de **gagner du temps** sans pour autant couper sur ce qu'elles considèrent comme étant des soins qui correspondent à leur définition de la qualité. Elles nous ont expliqué qu'elles organisent leur liste de façon à placer les patients qui peuvent prendre plus de temps juste avant l'heure du midi ou en fin de journée. De cette façon, s'il y a un débordement, elles peuvent empiéter sur leur heure de dîner ou finir un peu plus tard.

Elles ont aussi modifié leurs stratégies concrètes de travail chez les patients :

«Mais là, comment ça va, tu ne le dis même pas tout de suite, tu le dis dans la salle de bain parce que si elle commence à dire sa semaine, tout ça, ça va te raccourcir du temps. Ça fait que moi je dis : « Bonjour » et vite dans la salle de bain, on fait couler l'eau. La madame vient, ou le monsieur, ils se déshabille et c'est là qu'on demande : « Comment ça a été cette semaine ? »

Un autre atout de l'expérience est l'accumulation de connaissances qu'elles peuvent mettre à profit pour le dépistage :

«Ce n'est pas pour nous vanter, mais quand tu as de l'expérience la différence n'est pas juste le bain et le tapis, moi je dis qu'un moment donné tu as des ondes, tu as un feeling, moi je trouve que je suis différente beaucoup plus qu'il y a x années et la nouvelle ne peut pas avoir ça.»

«Si on te dit, un moment donné, j'ai mal au dos depuis deux semaines, il faut que tu poses deux ou trois questions : « Qu'est-ce que vous avez fait ? Qu'est-ce qui est arrivé ? Qu'est-ce qu'on peut faire ? Patati. Est-ce qu'il faut en parler à l'infirmière ? » Ça, je trouve que c'est l'expérience qui fait que ça va se faire au bon moment et qu'il faut que ça se fasse et je ne suis pas sûre que les nouvelles

ont ces *feelings*-là encore. Ce n'est pas pour les diminuer, c'est une question d'expérience.»

D'autre part, le savoir-faire accumulé permet de mieux réagir en cas de situations d'urgence. Les connaissances développées avec l'expérience permettent également de mieux comprendre comment tenir compte de la maladie dont est victime la personne pour faire le soin. Ainsi une auxiliaire nous explique :

«Face aux maladies, comme le Parkinson, moi je n'ai pas eu de formation, Là j'ai appris, avec l'expérience, qu'il ne faut pas forcer une personne qui fait du Parkinson dans ses mouvements, il ne faut jamais. C'est vraiment un rite quand il marche, il faut qu'il s'arrête, qu'il recule, tu sais c'est toutes des petites choses. Et ça je ne le savais pas.»

Enfin, un élément très fort est ressorti de l'entrevue, c'est qu'elles se jugent compétentes pour choisir pendant quels types d'opérations elles vont favoriser l'autonomie des personnes. Ainsi, elles disent qu'elles ne gaspilleront pas du temps si précieux pour que la personne fasse certaines choses (ex.: se laver le visage) mais qu'elles l'impliqueront plutôt dans les opérations de transfert puisque que ce sont les opérations les plus critiques pour leur dos et quelquefois aussi pour les patients.

«Tu laves partout, parce que lui il n'y a rien à faire, il ne lavait pas. Quand il ressortait par exemple, ah! là, c'était une autre paire de manches, là, parce qu'il avait sa chaise roulante. Là on y pensait, on planifiait. Faire en même temps, that's it. Mais, je me disais pourquoi perdre mon temps à le faire laver ? Ça ne sert à rien, il n'est pas capable. C'est bien mieux de garder mon temps pour après, c'est bien plus important et pour quand il embarque, c'est bien plus important. Ça fait que je dis à quelque part il y a ton équilibre à toi qui fait que c'est où tu places ton temps qui est important.»

« ... moi je dis toujours : « Pourquoi perdre du temps quand lui ça ne l'avance pas du tout alors que je vais prendre plus mon temps dans un cas où il y a des transferts à faire et tout ça ? » C'est beaucoup beaucoup plus important parce quand j'arrive au transfert je dis toujours : « Vous me regardez, vous me parlez, on fait les mouvements en même temps et on bouge en même temps sinon c'est dramatique pour vous et dramatique pour moi ». Alors c'est comme très important. Moi, j'ai un monsieur à ... qui fait des transferts et je fais juste lui tenir la tête, mais à chaque fois il me parle et quand il me dit : « OK, vous êtes prête ... ? » Je dis : « Oui ». Là on transfère, on ne parle plus, on transfère. C'est un petit détail, mais qui a beaucoup d'importance, il faut que ses pieds soient corrects, il faut que son pied n'ait pas avancé, ça fait qu'il faut tout vérifier. Moi, là-dessus je suis extrêmement peureuse et je leur dis toujours, là-dessus je suis très peureuse tout le temps, tout le temps, il faut que tu sois bien avancée, je vérifie parce que je me dis que c'est trop dangereux qu'il arrive des accidents et je n'en veux pas d'accidents avec les gens ou quoi que ce soit. Ça fait que là-dessus moi je vais prendre du temps, mais je me dis de là à leur donner la serviette pour qu'ils prennent 10 minutes à se laver quelque chose. »

D'autres stratégies sont utilisées pour leur permettre de **durer et de continuer** à travailler encore quelques années. Ainsi, certaines travaillent à temps partiel car elles trouvent que le travail est très exigeant.

En ce qui concerne la mise à profit de l'expérience, plusieurs exemples nous ont été donnés. En tout premier lieu, un des avantages de l'âge est la connaissance de ses propres limites. Ainsi, quelquefois elles refusent certains cas qu'elles se sentent incapables d'affronter.

«Moi je ruais dans les brancards souvent. Mais je rue un petit peu moins dans les brancards parce que j'ai réalisé qu'il y a des places où je ne mettrai plus d'énergie.»

Enfin avec leur expérience elles veulent transmettre leur connaissance aux jeunes travailleuses et aux remplaçantes.

«Quand j'ai su qui aurait mes deux semaines de vacances, j'ai dit : « Viens avec moi, je vais tout t'expliquer mes patients ». Je les ai tous pris l'un après l'autre.moi, en faisant ça, ça me permet, quand je reviens de vacances, de dire à la fille je t'envoie, je t'explique tout et j'ai dit : « Tu sais, quand je t'explique ça, comme ma madame qui a les os tout cassés, je lui montrais comment la bouger, en tous les cas, je lui ai dit assied-toi, je vais même te faire le geste ». J'ai dit tu dois penser que je suis folle des bouts, mais c'est pour t'aider, mais j'ai dit je ne veux pas que tu paniques, ne vois pas ça comme catastrophique, vas-y tranquillement et tu vas voir, tu vas oublier la moitié de ce que je te dis, mais en le faisant, ça va tout te revenir ». Ça fait qu'elle m'a dit, quand je suis revenue de vacances : « ..., si tu retournes en vacances, n'importe quel temps je suis prête à te remplacer. Tes patients sont assez fins ». Mais je lui avais tout donné. Moi j'ai trouvé ça le fun qu'elle me dise que ça avait bien été et les patients m'ont tous dit : « Tu sais la madame qui t'a remplacée, elle a fait exactement comme toi, elle est bien fine et on l'a bien aimée ». J'ai dit : «Bon, parlez-moi de ça! » Moi j'aime bien mieux qu'ils me disent ça qu'ils me disent : « Bien, tu sais la fille qui t'a remplacée, non ». Ça fait que moi, en donnant toute l'information, je trouve que c'est le fun parce que moi, quand je suis rentrée, j'aurais aimé ça qu'on me la fasse.»

La santé et la sécurité

Les AFS interrogées disent que leur travail est très exigeant physiquement. Plusieurs ont eu des accidents entraînant des lésions au dos ou au cou qui sont survenus lors de la manipulation de patient avec ou sans lève-personne. D'autres ont été victimes de chutes soit chez les patients ou à l'extérieur des domiciles principalement l'hiver.

Parmi les principaux facteurs de risque qu'elles mentionnent on retrouve la hauteur des lits, l'aménagement des salles de bain, le manque d'équipements adéquats à domicile, la présence d'escaliers et le manque d'espace qui force les travailleuses à adopter des postures contraignantes pour manipuler un lève-personne. L'aménagement inadéquat des salles de bain existe même dans les résidences de luxe et de construction récente.

Il n'existe pas de politique de retour progressif suite à un accident. Une AFS nous a cependant expliqué qu'elle a fait coïncider son retour au travail suite à un accident avec ses vacances annuelles de façon à ce que ce soit plus facile pour elle.

Elles élargissent la problématique de la santé et de la sécurité au travail en mentionnant d'elles-mêmes les contraintes de temps comme étant un des facteurs de risque les plus importants car elles entraînent de la fatigue et du stress, ce qui peut provoquer des accidents et des absences du travail. Elles mentionnent également la non stabilité des routes comme étant un facteur de risque non négligeable dans le sens qu'il est impossible dans ce genre de situation de développer un savoir faire utile en termes de stratégies de protection.

Elles nous disent qu'elles privilégient toujours la sécurité des patients avant la leur. Ainsi, lorsqu'elles doivent choisir dans une situation critique, elles n'hésitent pas :

«Moi, ça fait 20 ans que je suis ici, je n'ai jamais échappé personne, je n'ai jamais blessé personne, sauf que moi je me suis fait blesser.»

Les opérations les plus critiques sont les transferts et pour les faire, elles utilisent toutes les capacités des patients afin de minimiser le risque d'accident. Les stratégies de travail élaborées à ce niveau ont été détaillées précédemment.

Outre les risques physiques il existe un autre niveau de risque qu'une d'entre elles exprime ainsi :

«le danger, quand on se donne, c'est de s'oublier.»

Les exigences physiques et émotionnelles conduisent à un empiétement sur leur vie privée et affectent leur sommeil dans certains cas. Plusieurs stratégies sont utilisées pour arriver à ventiler, elles dépendent des individus. Par exemple, certaines font du sport alors que d'autres ont plutôt décidé de travailler à temps partiel.

5.3 Conclusion

Ce chapitre montre, par l'étude de l'activité réelle du travail des AFS, pourquoi ces travailleuses sont à risque de lésions professionnelles. En effet, les AFS en plus d'accomplir des activités de soin présentant une forte composante physique et nécessitant des postures contraignantes, accomplissent des activités de dépistage et de soutien social qui sont souvent invisibles et qui modifient la façon de réaliser les soins. L'ensemble de ces activités présentent des contraintes diversifiées liées à l'environnement, aux caractéristiques des patients et de leur réseau familial, à l'équipement disponible et à l'organisation du travail. Cependant les modifications possibles de la part des patients et de leur famille, ainsi que dans les domiciles sont limitées. Dans ce contexte le savoir-faire des AFS expérimentées devient un atout essentiel. Il leur permet de mieux réagir face à des injonctions qui peuvent être contradictoires et qui proviennent de trois pôles caractérisant leur travail : le patient, l'organisation et la travailleuse elle-même. Mais les stratégies particulières des AFS et les savoir-faire qu'elles développent ne peuvent être utilisées que si l'organisation du travail a suffisamment de souplesse pour le permettre.

6. LE TRAVAIL DES INFIRMIÈRES DU MAINTIEN À DOMICILE

Rappelons que le travail des infirmières du maintien à domicile a été appréhendé en utilisant plusieurs sources d'informations complémentaires soit : 1) l'observation du travail de quelques infirmières, 2) une entrevue semi-dirigée de groupes, 3) des entrevues de représentants syndicaux et de gestionnaires et 4) une séance de restitution des premiers résultats auprès des infirmières observées et interviewées.

6.1 Ce que révèlent les observations

Les observations ont tenu compte des différents secteurs géographiques et elles ont porté sur les tâches nécessaires pour accomplir divers types de soins accomplis en avant-midi, les variations de conditions de soins, les communications avec les patients de même que les contraintes de tous types qui sont rencontrées. Les observations ont également englobé le travail d'après-midi au cours duquel elles ont porté sur le travail de suivi des dossiers, de gestion de route et sur d'autres tâches ainsi que sur leurs contraintes respectives.

Après une journée d'observation préliminaire, cinq infirmières d'âge et d'expérience différents ont été observées au cours de 32 visites chez 29 patients en 5 jours durant la semaine du 21 au 25 octobre 1997 de même qu'au cours de leur travail au CLSC en après-midi. L'Annexe 5 présente les principales caractéristiques des patients visités ainsi que les soins dispensés. Ils touchent autant des cas post-opératoires nécessitant des pansements par exemple que des cas de personnes suivies par le CLSC pour les maintenir à domicile (prélèvement sanguin, suivi de diabète et de l'état de santé, etc.).

Une seule infirmière a moins de 45 ans alors que les quatre autres sont âgées entre 45 et 55 ans. La plus jeune infirmière est également celle qui a le moins d'expérience de travail (une année) et elle se situe dans le groupe des infirmières mesurant 1m60 et plus. Les infirmières âgées entre 45 et 55 ans ont des nombres d'années d'expérience variées. Une a un an et demi au maintien à domicile comme infirmière (mais plus d'année d'expérience au maintien à domicile dans une autre fonction) alors que les autres ont entre 11 ans et 25 ans d'expérience. En ce qui concerne la taille, certaines mesurent moins de 1m60 et une d'entre elles 1m60 et plus.

Les infirmières observées sont de différents statuts au CLSC. Deux d'entre elles sont régulières avec une charge de cas de plus de 50 patients, une autre est temporaire avec une charge de cas d'une vingtaine de patients alors que les deux autres sont des travailleuses temporaires sans charge de cas fixe.

6.1.1 Les journées de travail

Pendant une journée habituelle de travail les infirmières visitent de 6 à 8 patients pour dispenser des soins divers ou des prélèvements sanguins. Ces visites ont toutes lieu l'avant-midi. Le travail de l'après-midi est très différent de celui de l'avant-midi; il consiste à assurer un suivi des dossiers des personnes visitées et de ceux dont elles sont responsables, dans le cas des

intervenantes-pivot. De plus, elles ont différentes tâches administratives à accomplir de même que la gestion de leur route de travail.

Les soins, les trajets, les types de patients visités en avant-midi et le travail au CLSC en après-midi

Les infirmières consacrent en moyenne environ 60 % de leur temps de travail en soins à domicile. Cependant, cette proportion de temps varie de 47,6 % à 69,5 % selon la journée d'observation. En effet, le temps de visite est imprévisible puisqu'il dépend de plusieurs facteurs dont, entre autres, les besoins des personnes visitées, le type de pathologie et la phase d'acuité de celle-ci. Ainsi, à titre d'exemple une infirmière a passé trois heures chez deux patientes ce qui n'était pas prévu au début de la journée. Chez la première, des modifications importantes de l'environnement étaient en cours alors que chez l'autre patiente elle a procédé à une évaluation visant à mettre en place les services et à organiser les soins.

Parmi le 32 visites effectuées, les soins dispensés sont divers. Ils consistent en pansements, pansements avec mèche, changement de sonde, suivis de diabète, prélèvement sanguin, suivis de l'état de santé général, évaluation d'une nouvelle patiente et réévaluation de cas.

Treize des personnes visitées ont moins de 70 ans; ce qui correspond à une proportion de 44,8 % des patients visités. Cette proportion est très différente de celle observée chez les AFS qui lors de la semaine d'observation concernant leur travail ont visité une seule personne de moins de 70 ans sur vingt et une. D'autre part, 21 des 29 personnes visitées sont des femmes.

Les trajets en voiture varient entre 29 et 40 kilomètres. Cette distance peut prendre plus ou moins de temps selon le territoire desservi, les conditions climatiques et environnementales.

Le temps de travail au CLSC l'après-midi est très variable. Il se situe entre 30,5 % du temps de travail comme valeur minimale et 52,4 % comme valeur maximale selon la journée d'observation. En moyenne, la proportion de temps passée en travail au CLSC est de 41,8 %. Nous y reviendrons plus en détail sur le travail accompli en après-midi dans une prochaine section.

Les fonctions et tâches officielles de travail

Un document du CLSC définit les fonctions communes à toutes les professionnelles du CLSC de même que les fonctions spécifiques des infirmières (Document d'orientation, CLSC participant). Les fonctions communes à toutes les professionnelles impliquent la polyvalence dans les pratiques du travail et un décloisonnement des fonctions. Les intervenantes sont appelées à accomplir des fonctions communes :

- évaluation globale des besoins,
- élaboration, révision et réorientation des plans de service et plans d'intervention,
- écoute, support, réassurance, motivation,
- surveillance de l'état général,
- vision et intervention communautaire,
- identification des clientèles à risque,
- programmation,

- demande de prêt d'équipement,
- support et conseils aux autres professionnels de l'équipe,
- références.

Pour les soins infirmiers, à ces fonctions générales, s'ajoutent les fonctions spécifiques suivantes qui concernent des interventions d'ordre **curatif, palliatif et préventif**. Elles comprennent des activités d'évaluation, de traitement, d'enseignement, de rééducation et de réinsertion sociale concernant les :

- soins de plaie,
- suivis de l'état de santé en général,
- contribution aux méthodes diagnostiques (laboratoire, etc.),
- surveillance de la tension artérielle,
- assistance au client en regard de la médication,
- soins reliés à l'élimination vésicale,
- soins reliés à l'élimination intestinale,
- soins de stomies,
- traitements par injection (s/c, i.m., i.v.),
- héparinisation d'un cathéter,
- soins aux diabétiques,
- soins palliatifs,
- soins d'alimentation assistée,
- soins en insuffisance respiratoire,
- soins de dermatologie,
- antibiothérapie i.v., installation de soins de cathéter i.v.,
- application des méthodes d'aseptie,
- activités de dépistage et de prévention (violence, médicaments, salubrité, malnutrition, etc.),
- intervention en situation d'urgence.

Pour les infirmières de l'accueil, aux fonctions communes à l'ensemble des professionnelles, s'ajoutent les fonctions spécifiques suivantes :

- accueil téléphonique de la demande de l'utilisateur, des proches, des intervenants du réseau sociosanitaire, des groupes communautaires ou de la communauté,
- cueillette de données préliminaires afin de cerner la problématique, les attentes de l'utilisateur, le degré d'urgence et les facteurs de risque,
- liaison avec les partenaires du réseau,
- analyse et priorisation de la demande,
- attribution de l'évaluation à domicile selon la problématique, l'expertise et le niveau de priorité,
- informations générales,
- dépistage, prévention, promotion,
- orientations-références vers Urgences-santé, CHSGS, urgences, cliniques médicales, organismes communautaires, organismes privés, etc.

Les observations dont il est ici question portent sur le travail des infirmières de soins et non sur le travail de celles de l'accueil.

Les avant-midis

Pendant les avant-midis, les chercheuses ont observé différentes activités qui sont reliées aux fonctions spécifiques des infirmières ainsi qu'aux fonctions communes à l'ensemble des professionnelles du maintien à domicile de même que d'autres activités de travail. Ces fonctions et tâches communes et spécifiques sont mises en parallèle avec les activités observées au Tableau 6.1.

Les soins supposent des déplacements en voiture pour se rendre d'un domicile à l'autre et le transport des prélèvements de sang. De plus, pour accomplir leur travail les infirmières doivent transporter du matériel et de l'équipement médical (appareil pour mesurer la pression, pour tester la glycémie, etc.); nous avons évalué le poids de leur sac entre 5 et 10 kilos. De plus, certains soins particuliers ont été observés comme par exemple, un bain complet au lit.

D'autre part, lors de leur visite à domicile les infirmières procèdent à l'inventaire du matériel, au transport du matériel de renouvellement et quelquefois au transport d'équipements particuliers. De plus, elles remplissent le dossier, notent dans leur agenda ou leur feuille de route les soins qu'elles ont dispensés et le matériel à apporter lors des prochaines visites. Un autre aspect de leur travail consiste à apporter du soutien au réseau du ou de la patiente. De plus, elles donnent de l'information sur les services offerts par le CLSC, quoi faire pour les rejoindre au CLSC de même que des informations sur les services offerts par le réseau communautaire (popote, entretien, etc.). Elles enseignent aux patients et à leur entourage l'utilisation d'équipements ou de techniques particulières. Elles s'assurent de la véracité de l'information figurant au dossier à domicile et informent les patients de changement de professionnel. En termes d'organisation de leur route, elles préviennent le patient suivant en lui téléphonant du domicile précédant.

D'autres tâches chez les patients sont liées au fait que les infirmières sont les intervenantes-pivots, du moins pour certaines d'entre elles. Nous avons en effet pu observer le travail d'une infirmière pour préparer la venue des AFS en manifestant des exigences répétées en ce qui concerne l'aménagement et l'encombrement des lieux. Cette opération a même nécessité des déplacements d'objets et de meubles. D'autre part lors de l'évaluation ou de la réévaluation d'un patient, elles doivent examiner l'état des lieux, le besoin d'équipement particulier, les besoins de services et expliquer les politiques du CLSC en ce qui concerne les aménagements. Le rôle d'intervenante-pivot nécessite des négociations constantes qui sont plus ou moins ardues avec des gens qui ont de la difficulté à changer leurs habitudes.

Les après-midis

Plusieurs activités de travail sont accomplies en après-midi. Un premier groupe d'activités réalisées en après-midi au CLSC, concerne la **responsabilité de cas comme intervenante-pivot**. Ces activités consistent à faire :

- l'ouverture des dossiers des nouveaux patients, préparation de la carte d'AFS,
- la coordination des soins à domicile (démarches avec infirmière de l'accueil, médecin, autres professionnelles),

bleau 6.1 : Les fonctions et tâches des infirmières du maintien à domicile

<u>Fonctions communes officielles</u>	Soins observés	<u>Fonctions spécifiques officielles</u>	Soins observés	Tâches et activités observées outre les soins infirmiers
: fonctions communes impliquent la égalité et le déclassement ; elles coincident : évaluation globale des besoins, collaboration, révision et réorientation des plans de service et plans d'intervention, écoute, support, réassurance, motivation, surveillance de l'état général, éducation et intervention communautaire, identification des clientèles à risque, programmation, commande de prêt d'équipement, rapport et conseils aux autres professionnels de l'équipe, conférences.	X X X X X X X X	Interventions d'ordres curatif, palliatif et préventif comprenant des activités d'évaluation, de traitement, d'enseignement, de rééducation et de réinsertion concernant les : • soins de plaie, • suivis de l'état de santé en général, • soutien aux méthodes diagnostiques, • surveillance de la tension artérielle, • assistance au regard de la médication, • soins reliés à l'élimination vésicale, • soins reliés à l'élimination intestinale, • soins de stomies, • traitements par injection, • héparinisation d'un cathéter, • soins aux diabétiques, • soins palliatifs, • soins d'alimentation assistée, • soins en insuffisance respiratoire, • soins de dermatologie, • antibiothérapie i.v., installation de soins de cathéter i.v., • application des méthodes d'aseptie, • activités de dépistage et de prévention, intervention en situation d'urgence.	X X X X X X X X	Avant-midi associés aux soins, Outre les soins <ul style="list-style-type: none"> • déplacement en voiture, • transport des prélèvements de sang, • transport d'équipement, de matériel, • soins particuliers (bain au lit, etc.), • inventaire, transport et renouvellement du matériel, • transport d'équipement, • écriture dans le dossier, l'agenda ou la feuille de route, • soutien au réseau du ou de la patiente, • information sur le CLSC, le réseau de santé et les services dans le réseau communautaire, • enseignement aux patients et à leur entourage (utilisation équipement, techniques particulières), • information sur les changements de professionnel et d'horaire, • intervention dans un domicile pour adapter les conditions de soins par les infirmières responsables de cas.
observation préliminaire			X	

- les commandes de prêt d'équipement (remplir formulaire, aller le porter à la personne responsable, vérifier s'il est prêt, chercher qui peut le transporter, le transporter dans certains cas),
- la demande d'augmentation de services à la responsable des AFS,
- l'organisation et la planification des réunions d'orientation où sera présentée la demande d'augmentation de service de ses patients,
- les réunions de cas,
- la mise à jour des dossiers en ce qui concerne toutes informations pertinentes et toutes interventions,
- la fermeture de dossier.

Un autre groupe d'activités concerne **le suivi des soins aux patients** qui ont été vus le matin ou de ceux dont les infirmières sont responsables et dont l'état de santé s'est détérioré. Le suivi occupe une partie importante de leur temps. Il suppose plusieurs types de tâches. Plusieurs de ces tâches ont pu être observées :

- la recherche des dossiers et des plans d'intervention des patients,
- la prise de messages sur leur boîte vocale (messages d'AFS, de travailleuse sociale, d'autres professionnels, de la clientèle),
- les commandes de matériel médical (remplir bon de commande, aller porter feuille de commande, préparation de matériel, aller porter le matériel à la réceptionniste),
- les consultations, les échanges d'informations sur les cas et la coordination avec des collègues infirmières et les autres professionnelles de l'équipe multi (par téléphone ou verbalement),
- les discussions et consultations auprès des gestionnaires,
- la mise à jour des dossiers des patients et des plans d'intervention, la préparation des fiches de liaison,
- le dépôt des dossiers pour aller aux archives.

D'autres tâches ont été observées, elles concernent **l'organisation des routes** dont les infirmières sont responsables. Cette gestion des routes implique :

- la répartition des nouveaux cas entre infirmières d'un même secteur,
- l'élaboration des routes du lendemain,
- la réunion pour la répartition des nouvelles demandes au niveau intersectoriel,
- la préparation de la feuille de route,
- la transmission de la feuille de route au secrétariat,
- l'échange d'information sur les cas de la route du lendemain aux infirmières remplaçantes, s'il y a lieu,
- le fait de noter l'information pertinente sur les bénéficiaires à visiter le lendemain sur la copie de feuille de route ou dans l'agenda,
- l'appel des patients du lendemain pour les aviser de la visite si nécessaire.

Des **tâches à caractère administratif** sont également effectuées en après-midi. Elles doivent :

- «faire les statistiques», ce qui consiste à remplir des compilations des patients qu'elles ont visités ou pour lesquels elles ont fait une intervention quelconque en notant des codes, les temps de soins et le kilométrage parcouru,

- remplir leur feuille de temps pour la paie,
- mettre à jour leur liste de cas pour lesquels elles sont intervenantes-pivots.

Enfin, d'autres tâches ont également été observées. Elles concernent :

- l'information à la clientèle sur les services disponibles au CLSC ou dans la communauté,
- l'information sur l'utilisation de nouveau matériel et sur les nouvelles procédures à suivre,
- la participation aux réunions d'orientation, de réévaluation, professionnelles et inter-professionnelles,
- les formations et les mises à jour sur les nouvelles technologies,
- les enseignements de certaines techniques pour lesquelles elles sont devenues spécialistes au MAD et au CLSC,
- la participation à divers comités de programmation du CLSC,
- le rôle d'instructeurs RCR, comité de plaies et PDSB,
- la participation aux médicaments parlants,
- la participation aux comités CII, de qualité et de maintien des compétences,
- le transfert d'information aux médecins s'il y a augmentation de soins,
- la participation à des rencontres avec les équipes gériatriques d'hôpital et les familles pour planifier les congés,
- l'évaluation avec les hôpitaux de la possibilité d'utiliser certaines techniques à domicile.

Le Tableau 6.2 synthétise ces tâches.

Tableau 6.2 : Tâches et activités des infirmières du maintien à domicile observées en après-midi

<p>Intervenante-pivot Ouverture des dossiers, préparation du plan d'intervention et de la carte d'auxiliaire, Coordination des soins à domicile, Commandes de prêt d'équipement, Demande d'augmentation de services à la réunion de réévaluation, Organisation des discussions de cas, Mise à jour des dossiers Fermeture de dossier.</p> <p>Suivi des soins aux patients Recherche des dossiers et des plans d'intervention des patients, Prise de messages sur la boîte vocale, Commandes de matériel, Consultation, échange d'informations et coordination avec des collègues de l'équipe, Discussions et consultations auprès des gestionnaires, Mise à jour des dossiers des patients et des plans d'intervention, Dépôt des dossiers pour les archives.</p> <p>Organisation des routes Répartition des nouveaux cas entre infirmières d'un même secteur, Élaboration des routes du lendemain, Réunion pour la répartition des nouvelles demandes au niveau intersectoriel, Production de la feuille de route, Transmission de la feuille de route au secrétariat, Échange d'information sur les cas de la route du lendemain aux infirmières remplaçantes, s'il y a lieu</p>	<p>Note l'information pertinente sur les cas du lendemain sur feuille de route ou agenda, Appel des patients du lendemain pour les aviser de la visite si nécessaire.</p> <p>Tâches administratives «Faire les statistiques», Remplir la feuille de temps pour la paie, Mise à jour des dossiers pour lesquels elles sont intervenantes-pivots.</p> <p>Autres tâches Information sur le nouveau matériel et les nouvelles procédures, Participation aux réunions d'orientation, de réévaluation et professionnelles, Formation et mise à jour sur les nouvelles technologies, Enseignement de techniques particulières au MAD et au CLSC, Participation à des réunions de programmation du CLSC. Le rôle d'instructeurs RCR, comité de plaies et PDSB, La participation aux médicaments parlants, La participation aux comités CIL, de qualité et de maintien des compétences, Le transfert d'information aux médecins s'il y a augmentation de soins, La participation à des rencontres avec les équipes gériatriques d'hôpital et les familles pour planifier les congés, L'évaluation avec les hôpitaux de la possibilité d'utiliser certaines techniques à domicile.</p>
---	--

6.1.2 Les activités de soins en avant-midi

L'analyse des postures

Rappelons que cette recherche est exploratoire. C'est dans ce contexte que des observations des postures de travail ont été réalisées. Une future recherche pourrait approfondir certains enjeux qui seront identifiés.

Le travail des infirmières à domicile comporte une charge physique qui découle principalement, d'après les observations réalisées, d'efforts et de contraintes posturales diverses. C'est pourquoi nous nous sommes intéressées aux postures critiques à cause de leur potentiel de risque. Cette approche n'est ni évaluative ni normative, elle vise plutôt à identifier les zones critiques en termes de risque.

Rappelons que la première étape de l'analyse a consisté à repérer les tâches à risque qui se rattachent aux postures particulièrement critiques (flexion du dos de 45° et plus, flexion du dos combinée à d'autres positions du dos, accroupi, à genoux). Par la suite, des analyses particulières ont été réalisées pour étudier la proportion moyenne (minimum, maximum) de temps de soin passée dans ces postures selon certaines caractéristiques des infirmières (taille et âge), le type de soin dispensé et, dans certains cas, l'équipement et l'environnement dans lequel les soins s'accomplissent (pour plus d'information sur la méthodologie, voir le chapitre 2). Il est important de mentionner ici, que les postures à genoux adoptées par les infirmières observées ne comportaient aucune protection coussinée.

Tâches à risque selon le type de soins

Les résultats présentés ici concernent les tâches à risque. Elles sont présentées au Tableau 6.3 en fonction de certains types de soins observés soit : les suivis d'état de santé général incluant les prélèvements sanguins et les suivis de diabète ainsi que les pansements, avec et sans mèche. Ce tableau présente également les principaux efforts observés associés aux différents types de soins. Ainsi, on remarque que pour le suivi de l'état de santé, on retrouve des situations où l'infirmière aide la personne à soulever une jambe et d'autres où elle transporte un banc ou une chaise. Pour les pansements, les efforts observés concernent le transport de bassines d'eau. De façon générale, il faut mentionner que l'infirmière transporte plusieurs objets entre chaque domicile (valise, trousse, appareil de pression, agenda, glacière).

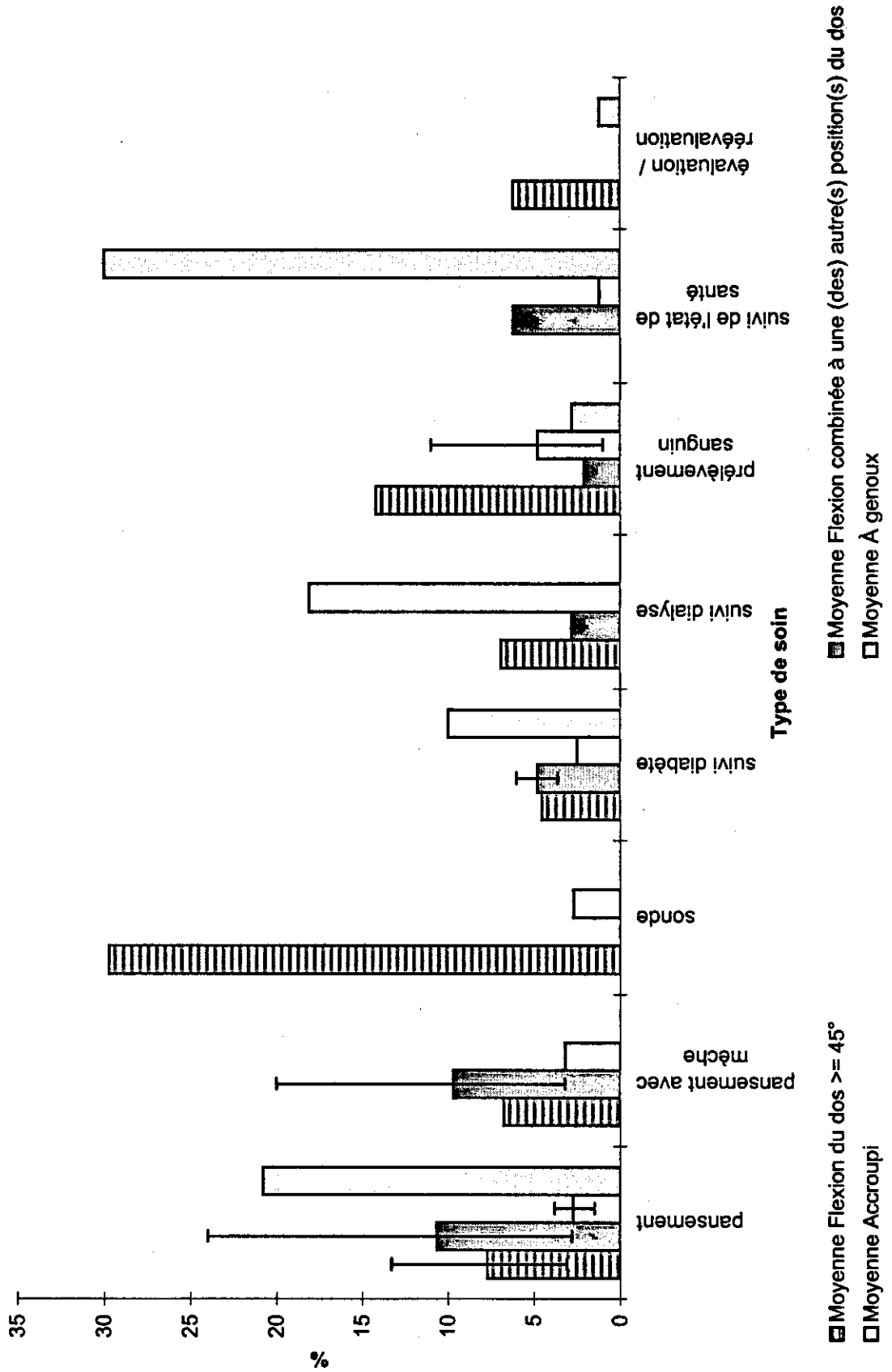
Le type de soins et les postures critiques

Globalement, tous types de soins confondus, les infirmières du maintien à domicile, passent 17 % du temps de visite en postures contraignantes pour le dos ou les jambes. Ces proportions moyennes se répartissent ainsi selon le type de postures considérées : 9,3 % du temps en flexion du dos de 45° et plus, 8,4 % du temps en flexion du dos combinée à des torsions et à des inclinaisons latérales, 4,6 % du temps en positions accroupies et 14,3 % du temps à genoux. Le type de soin dispensé joue un rôle important en ce qui concerne l'adoption de postures critiques par les infirmières, c'est ce que montre la Figure 6.1. On remarque que la pose de pansement demande des postures à genoux dans plus de 20 % du temps de soin en moyenne. Les prélèvements sanguins nécessitent, quant à eux, des flexions du dos de 45° et plus en proportion moyenne importante (15 % du temps de soin moyen). De plus, on constate que la pose d'une

Tableau 6.3 : Observation des tâches à risque liées à des postures critiques chez les infirmières du maintien à domicile

Flexion du dos $\geq 45^\circ$	Combinaison de flexion du dos et de rotation ou d'autre posture du dos		Accroupi	À genoux	Effort
<p><i>Suivi état de santé</i></p> <p>Cherche dans la boîte d'instruments</p> <p>Examine poignet et bras pour prise de sang</p> <p>Pose le garrot, passe tampon d'alcool, fait prise de glycémie</p> <p>Test de glycémie</p> <p>Classe des papiers</p> <p>Écrit réquisition d'analyse sanguine</p>	<p><i>Suivi état de santé</i></p> <p>Pose le garrot, passe tampon d'alcool, fait prise de sang</p> <p>Injecte insuline</p> <p>Prend pression</p> <p>Test de glycémie</p> <p>Prend le pouls</p>	<p><i>Suivi état de santé</i></p> <p>Pèse patient</p> <p>Sort / range instruments</p> <p>Prend appareil de pression</p> <p>Prend pression</p> <p>Examine poignet et bras pour prise de sang</p> <p>Examen de plaies sur jambe et pied</p> <p>Fixe sac de colostomie</p> <p>Note données dans dossier</p>	<p><i>Suivi état de santé</i></p> <p>Prend pression</p> <p>Examine écoulement au sein</p>	<p><i>Suivi état de santé</i></p> <p>Transporte banc</p> <p>Transporte une chaise</p> <p>Soulève jambe</p>	
<p><i>Pansement</i></p> <p>Prépare matériel pour faire pansement</p> <p>Prépare la mèche</p> <p>Enlève pansement</p> <p>Nettoie autour de la plaie</p> <p>Désinfecte la plaie</p> <p>Nettoie plaie</p> <p>Met la mèche</p> <p>Met compresse</p> <p>Installe ruban collant</p>	<p><i>Pansement</i></p> <p>Prépare matériel pour faire pansement</p> <p>Installe mèche</p> <p>Enlève pansement, nettoie et désinfecte plaie (côté opposé)</p> <p>Met compresses</p> <p>Coupe ruban collant</p> <p>Tient compresse pendant que dame colle le pansement</p> <p>Range matériel</p> <p>Met crème sur pieds</p>	<p><i>Pansement</i></p> <p>Prépare matériel et mèche pour faire pansement</p> <p>Nettoie la plaie</p> <p>Applique solution sur plaie</p> <p>Applique onguent sur plaie</p> <p>Aide à enlever soulier</p> <p>Enlève, met bas et pantoufle</p> <p>Applique onguent sur pied</p> <p>Met pansement au cheville</p>	<p><i>Pansement</i></p> <p>Nettoie la plaie</p> <p>Enlève, met bas et pantoufle</p> <p>Examine pied</p> <p>Lave et rince pied</p> <p>Désinfecte plaie sur pied</p> <p>Met pansement au cheville</p>	<p><i>Pansement</i></p> <p>Transport de bassine d'eau</p>	
					<p><i>À chaque visite</i></p> <p>Transport de valise, trousse, appareil de pression, agenda, glacière</p>

Figure 6.1 : Proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon le type de soin dispensé



■ Moyenne Flexion du dos >= 45°
□ Moyenne Accroupi

■ Moyenne Flexion combinée à une (des) autre(s) position(s) du dos
□ Moyenne À genoux

nouvelle sonde nécessite des flexions du dos de 45° et plus en proportion moyenne très importante. Enfin, remarquons que le suivi de dialyse observé a nécessité des postures accroupies pendant 20 % du temps de soin.

L'équipement, l'environnement et les postures critiques

L'environnement dans lequel est accompli le soin est très important. Cet effet a été examiné par l'intermédiaire de deux facteurs, la hauteur du lit et la hauteur à laquelle est placée le matériel de soin.

La Figure 6.2 illustre l'importance de l'endroit où est placée la personne à soigner sur les postures de l'infirmière. On remarque que lorsque le lit est à hauteur des hanches de l'infirmière la fréquence de postures critiques est diminuée par rapport à des soins dispensés à une personne dans un lit à hauteur des genoux de l'infirmière. Ainsi, les flexions de 45° et plus sont diminuées du tiers, les flexions du dos combinées à d'autres positions du dos sont assez stables de même que les postures accroupies et, enfin, les postures à genoux sont trois fois moins importantes (Figures 6.2a et 6.2b). Lorsque la personne est installée dans un lazy boy la proportion moyenne de temps passée en postures critiques est également assez élevée : 15 % du temps moyen de soin avec des flexions du dos de 45° et plus, 25 % du temps moyen de soin dans des postures combinant flexions, inclinaisons latérales et torsions, un peu moins de 5 % du temps moyen de soin en postures accroupies. Les divans bas nécessitent l'adoption de postures accroupies pendant près de 20 % du temps de soin. Pendant les soins dispensés à une personne assise sur une chaise de cuisine, on remarque l'importance des postures à genoux.

La Figure 6.3 illustre l'effet de la hauteur à laquelle le matériel de soin est accessible pour l'infirmière. On constate, que lorsque le matériel est par terre les postures critiques les plus fréquentes sont accroupies (près de 20 % du temps moyen de soin). Lorsqu'il est placé sur un meuble bas (sous les genoux de l'infirmière), les flexions du dos de 45° et plus sont prépondérantes de même que les postures à genoux. Lorsque le matériel est sur un meuble plus haut que les genoux de l'infirmière, les flexions du dos combinées à d'autres positions du dos sont très importantes (près de 20 % du temps moyen de soin) de même que les flexions du dos de 45° et plus (près de 20 % du temps moyen de soin). Enfin, il semble que lorsque le matériel est accessible à hauteur des hanches de l'infirmière, le profil de postures soit amélioré à tous les points de vue.

La taille et l'âge des infirmières et les postures critiques

Des analyses en fonction de la taille des infirmières ont également été réalisées. On remarque une stabilité des flexions du dos de 45° et plus, une augmentation des mouvements combinés du dos et des postures accroupies en fonction de la taille (Figure 6.4). D'autre part, les infirmières de plus petite taille (moins de 1m60), qui sont aussi les plus âgées, présentent en moyenne une proportion plus forte de temps passée en postures à genoux que les autres travailleuses. Ceci peut s'expliquer par le fait que certaines infirmières plus âgées utilisent cette stratégie posturale pour préserver leur dos comme elles nous l'ont expliqué en entrevue.

D'autres différences en termes de postures critiques sont observées selon l'âge des infirmières (Figure 6.5). Celles qui sont âgées de moins de 45 ans adoptent plus fréquemment des postures avec flexion du dos de 45° et plus que les plus âgées. Ces dernières travaillent plus fréquemment

Figure 6.2 : Proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon l'endroit où est placée la personne à soigner

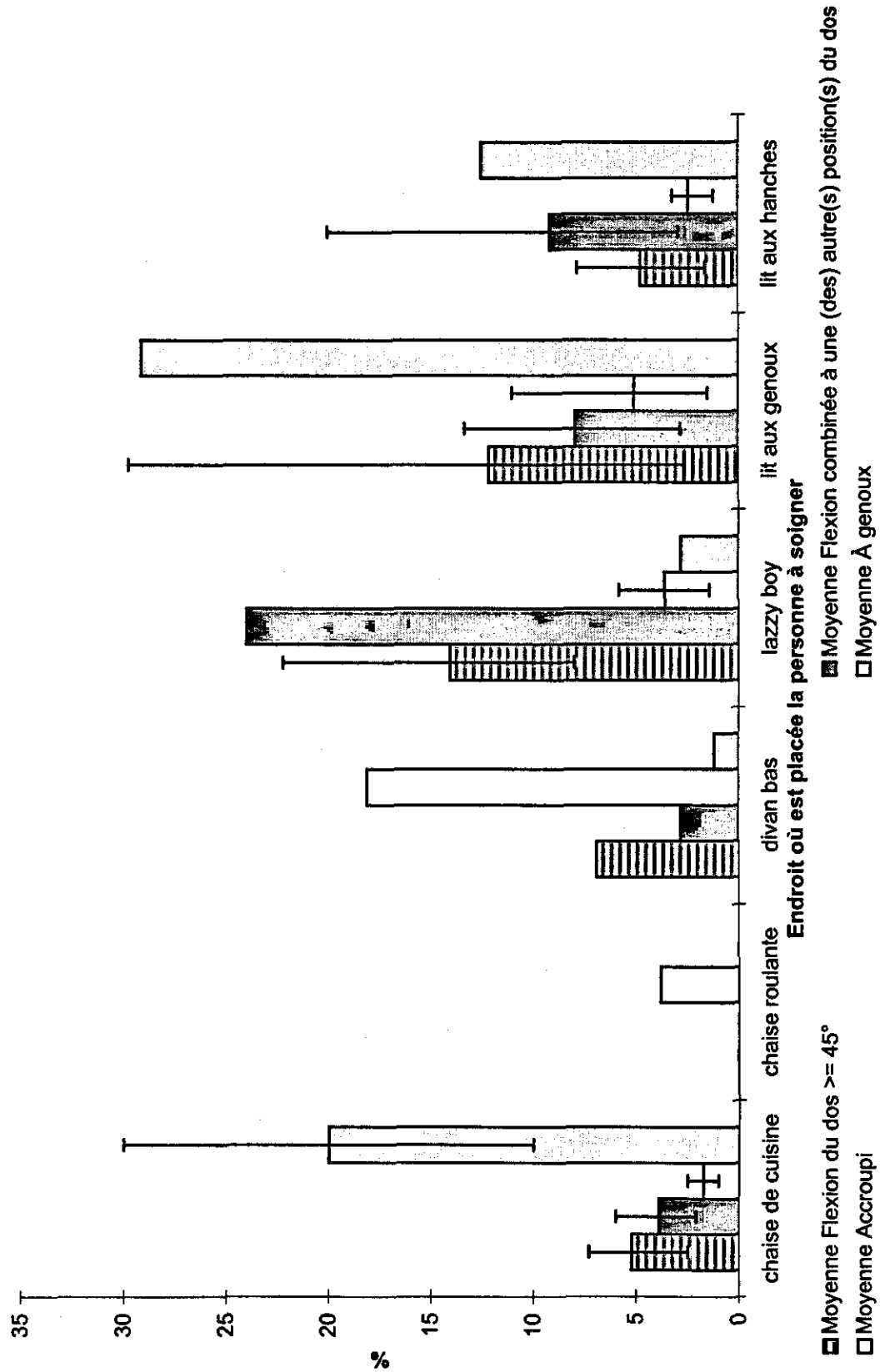


Figure 6.2.a : Proportion moyenne de temps observée en postures critiques lorsque la personne à soigner est installée dans un lit haut (hanche de l'infirmière)

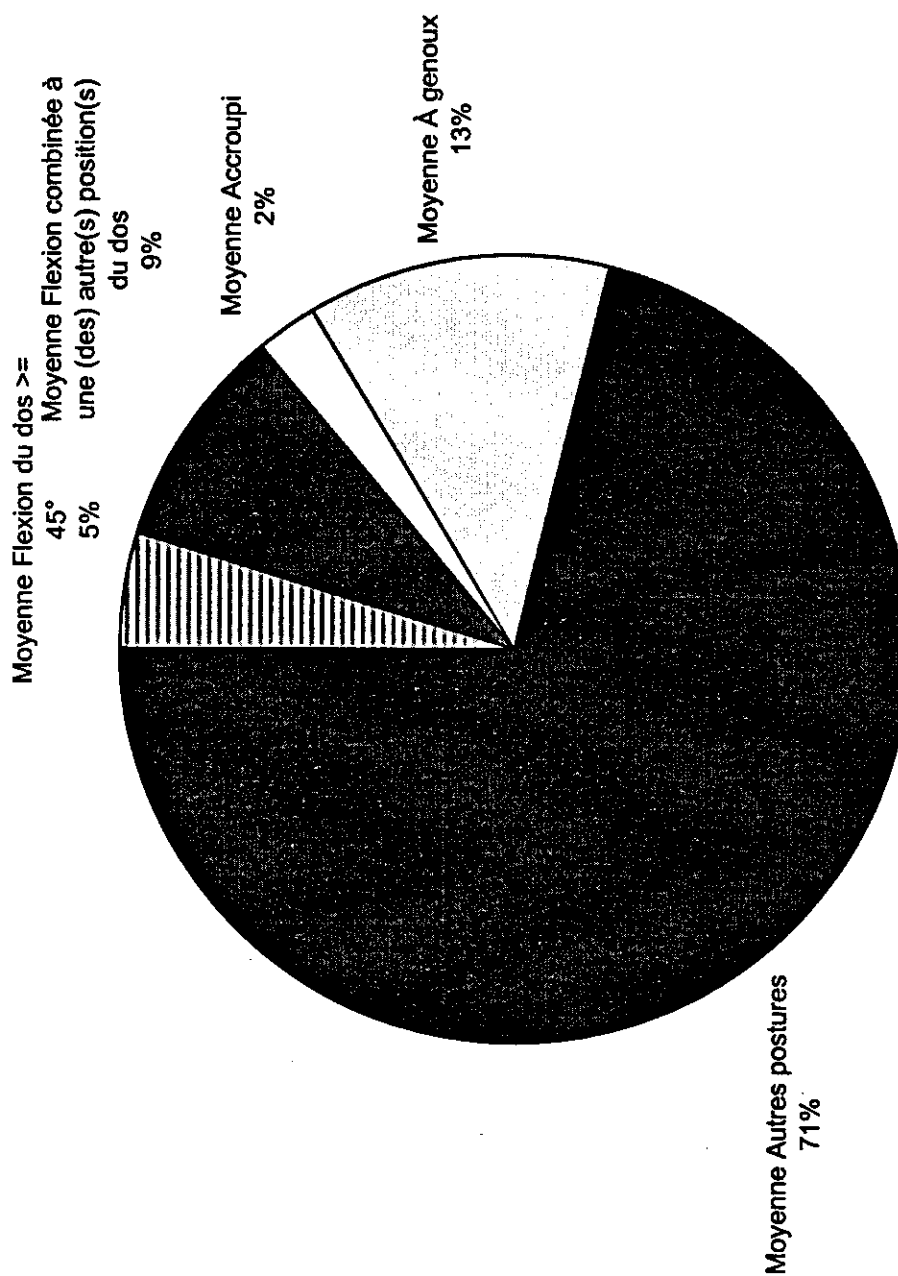


Figure 6.2b : Proportion moyenne de temps observée en postures critiques lorsque la personne à soigner est installée dans un lit bas (genoux de l'infirmière)

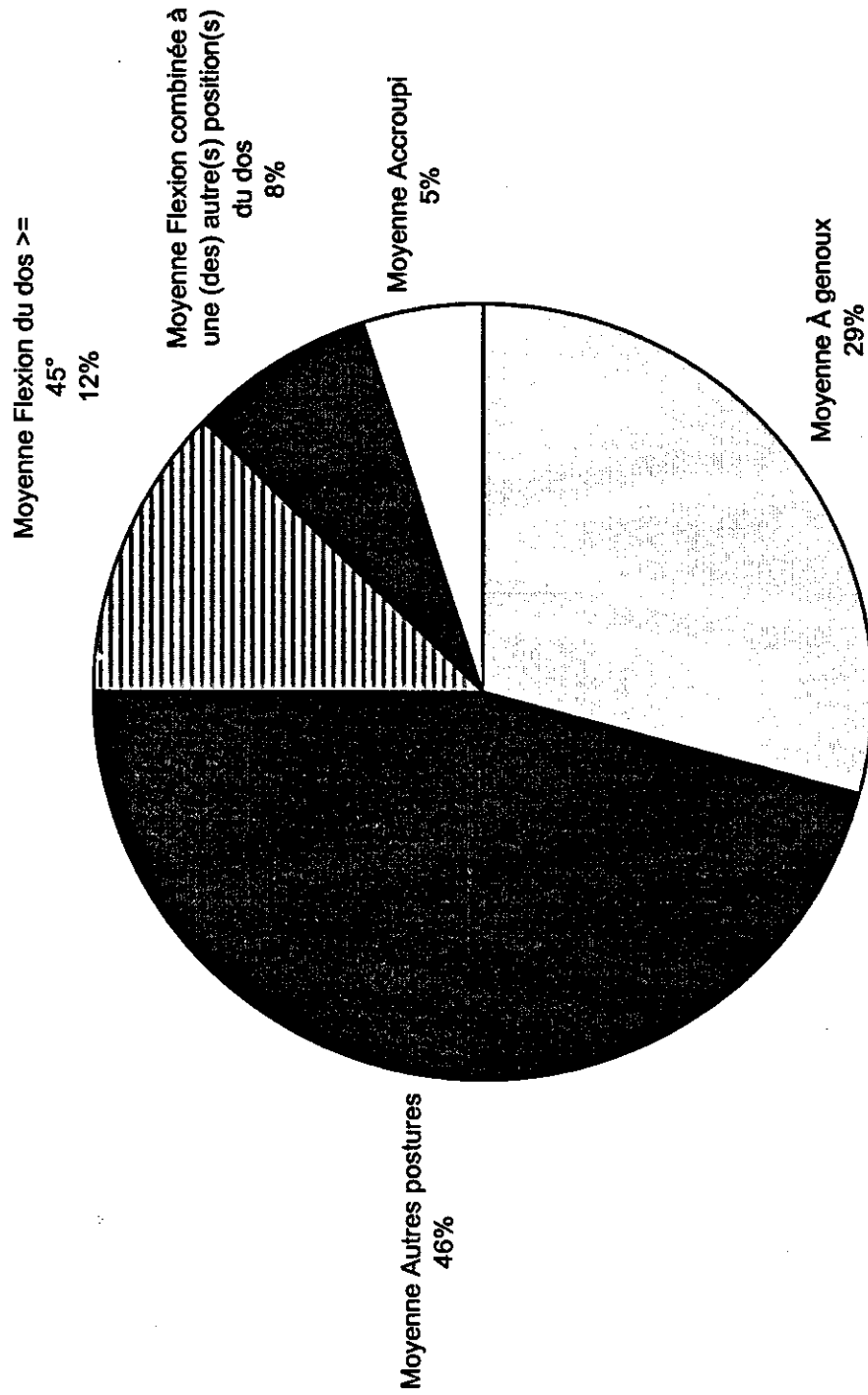
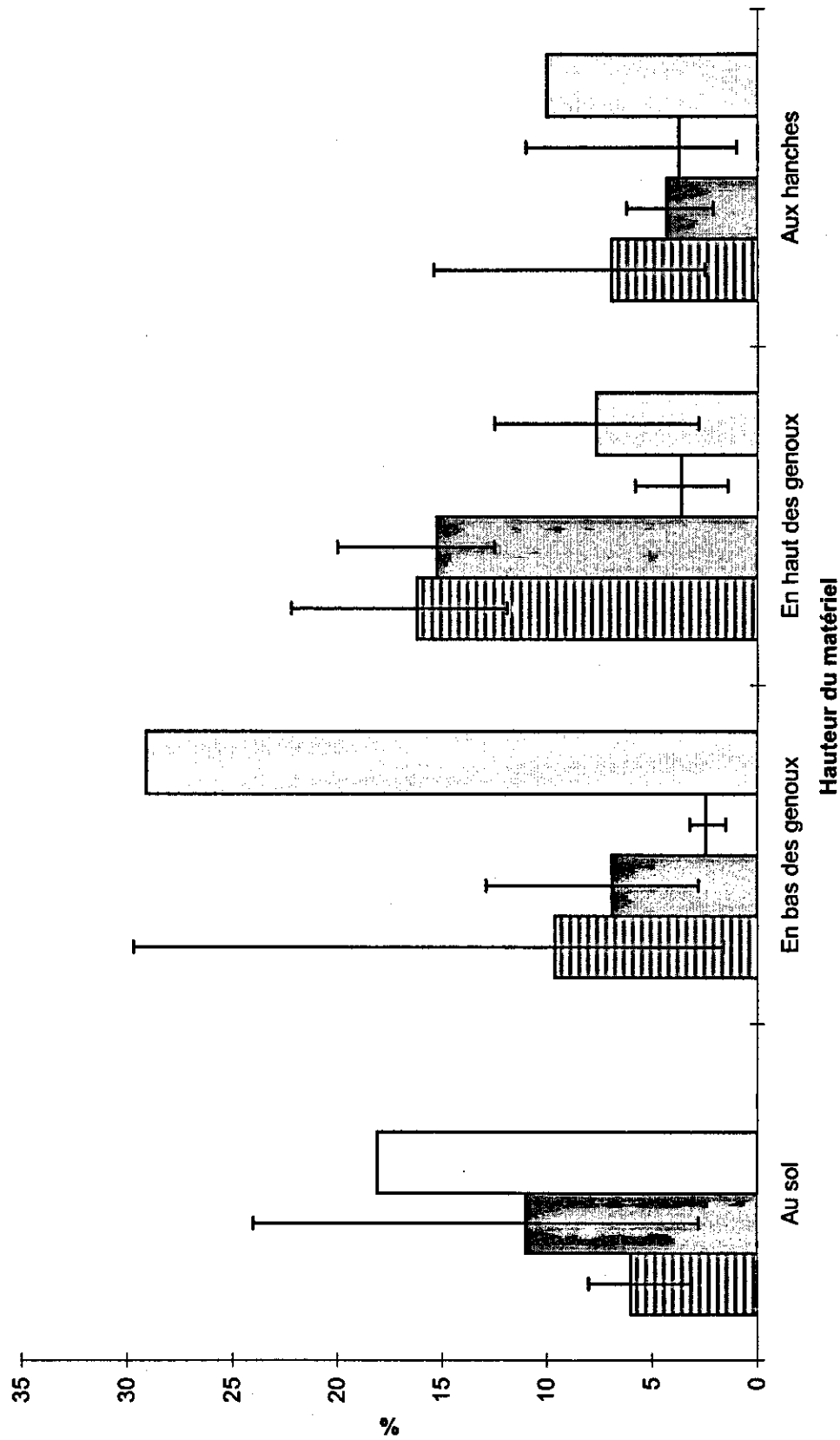
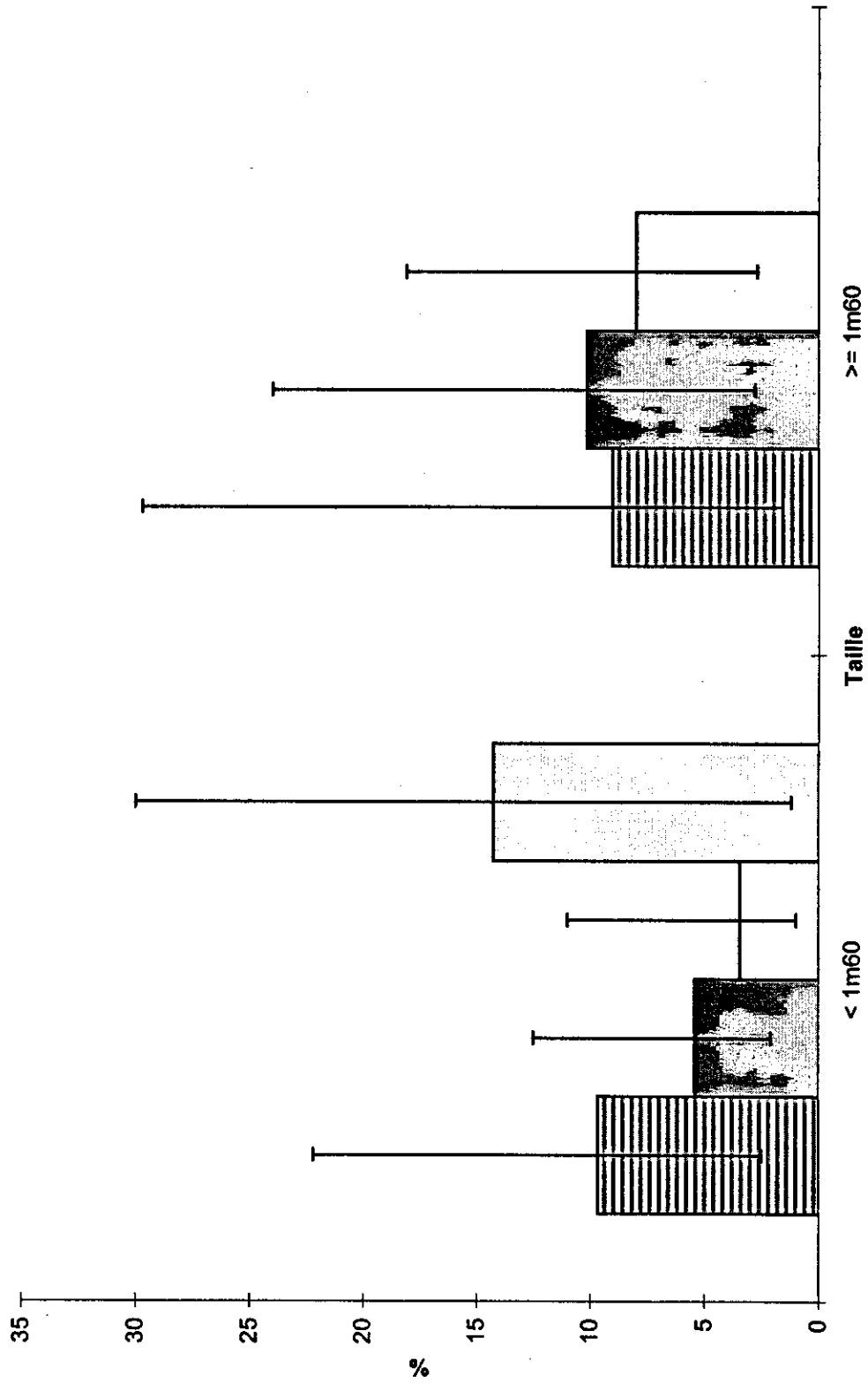


Figure 6.3 : Proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon la hauteur à laquelle est placée le matériel de soin



Moyenne Flexion du dos >= 45°
 Moyenne Accroupi
 Moyenne À genoux

Figure 6.4 : Proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon la taille de l'infirmière



■ Moyenne Flexion du dos >= 45° ▨ Moyenne Flexion combinée à une (des) autre(s) position(s) du dos □ Moyenne Accroupi

accroupies ou à genoux que les travailleuses de moins de 45 ans ce qui correspond probablement à une stratégie de protection. On constate également une plus grande proportion moyenne de flexions du dos combinées à d'autres mouvements chez les infirmières plus âgées.

Il est important de souligner que l'adoption de postures exigeantes doit se faire dans un environnement surchauffé et en présence d'autres contraintes environnementales qui seront abordées en détail plus loin. L'ensemble de ces éléments contribue à augmenter la pénibilité ressentie.

Deux cas nécessitant plus de deux fois le temps moyen à domicile

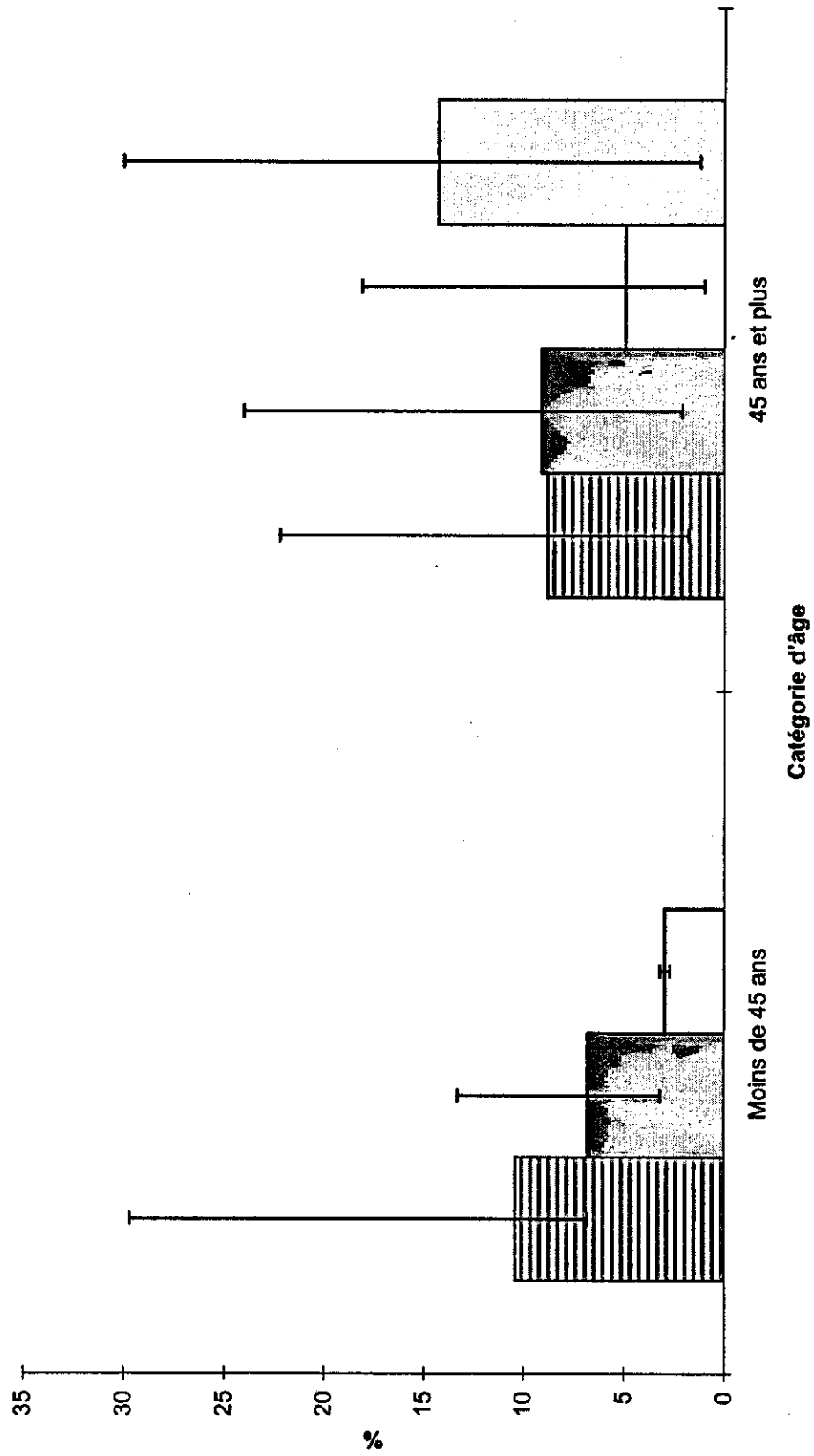
Une des infirmières observées a dû s'occuper de deux cas particulièrement longs par rapport aux autres cas observés. Le premier concerne une patiente chez qui des modifications importantes de l'environnement et l'installation d'un nouveau lit électrique était en cours. Lors de la journée d'observation, le déménagement de la patiente pour l'installer dans une pièce plus grande venait d'avoir lieu la veille et l'infirmière allait chez elle afin de compléter l'installation. L'infirmière s'est présentée au domicile où elle prévoyait passer vingt minutes à une demi-heure. À son arrivée, elle a constaté que la dame était mouillée; elle a donc donné un bain au lit. Comme plusieurs meubles et objets empêchaient de baisser les côtés du lit électrique et, par le fait même, nuisaient au travail, elle a fortement insisté pendant tout le temps de la toilette au lit pour que le conjoint dégage l'espace de travail. D'autre part, elle a profité de ce bain au lit pour inciter la dame à s'aider à bouger dans son lit et pour enseigner au conjoint l'utilisation du lit électrique.

Le deuxième cas concerne l'évaluation d'une nouvelle patiente. Cette visite à domicile a demandé une heure et demie à l'infirmière. Elle avait comme objectif de rencontrer une nouvelle patiente et d'évaluer la situation à domicile. À ce moment, l'infirmière doit remplir un questionnaire assez détaillé. Ainsi, lors de sa visite, l'infirmière évalue l'état de santé physique et psychologique de la patiente de même que ses capacités. Elle fait de même avec la personne soutien qui vit avec la patiente afin d'évaluer ses besoins en termes d'aide. De plus, elle procède à une évaluation des capacités d'aide du milieu familial plus large de même que des ressources financières disponibles. Elle informe la patiente et la personne qui vit avec elle, des services dispensés par le CLSC de même que des services disponibles dans le réseau communautaire. Enfin, elle visite le domicile pour suggérer des aménagements divers.

Le rôle d'enseignement à domicile

Cette dimension importante du travail des infirmières à domicile a pu être documenté par l'observation de communications. Quelques exemples peuvent être donnés. Elles parlent des principaux principes de nutrition aux diabétiques, elles montrent comment utiliser l'appareil pour prendre des tests de glycémie ou elles enseignent au conjoint à faire des pansements.

Figure 6.5 : Proportion moyenne de temps observée en postures critiques (minimum, maximum) selon l'âge des infirmières



■ Moyenne Flexion du dos >= 45° ■ Moyenne Flexion combinée à une (des) autre(s) position(s) du dos □ Moyenne Accroupi

Le rôle préventif à domicile

Un rôle de prévention a aussi été observé lors des visites à domicile. Par exemple, un patient demande à l'infirmière de prendre sa pression. Elle dit oui, je vais aller chercher mon appareil dans l'auto. Le patient répond alors de laisser faire. L'infirmière dit «non non, je sais que lorsque que vous me demandez cela c'est que quelque chose vous tracasse». Elle apprend alors qu'il s'inquiète au sujet d'un de ses médicaments. Elle lui donne des informations à ce sujet.

6.1.3 Les contraintes liées au travail de soin à domicile

Différents facteurs ont une influence sur la travailleuse et sur son travail à domicile. Plusieurs ont été recensés pendant les cinq jours d'observation soit par observation directe du travail soit par l'intermédiaire des communications. Il s'agit des interférences dans le travail en cours, des contraintes de temps particulières, des équipements disponibles, de l'environnement physique du travail, des caractéristiques du patient et de son réseau familial ainsi que de facteurs liés à l'organisation du travail.

Interférences ou interruptions dans le travail

Certaines interruptions ou interférences dans le travail ont été observées. En voici une liste brève. L'obligation d'interrompre les soins pour prendre un appel du CLSC; des difficultés de communication à cause de problème de langue viennent quelquefois compliquer et ralentir le travail. Dans certains cas, un oubli de matériel a rendu le travail un peu plus difficile. La manipulation compliquée d'un lit électrique a conduit à un incident; en voulant baisser un des côtés l'infirmière s'est frappée le genou. Enfin, chez certains patients, l'infirmière a dû aller chercher les pinces et les ciseaux dans le four où les personnes les avaient oubliés après la désinfection.

Temps

Le temps est un aspect important qui influence la réalisation du travail de l'infirmière de maintien à domicile. Dans certains cas, les déplacements en voiture sont allongés à cause de la circulation ou de la neige. Quelquefois, l'infirmière doit accomplir son soin rapidement parce qu'une autre personne attend pour un autre soin. Nous avons observé des situations où l'infirmière se sent stressée car elle prend plus de temps que prévu chez un patient, ce qui la retarde pour toutes ses autres visites. Enfin, l'obligation d'aller porter les prises de sang et les prélèvements avant une certaine heure oblige les infirmières à travailler vite et à modifier leur route pour rencontrer cette exigence.

Équipement et matériel

L'équipement utilisé pour accomplir le soin peut aussi influencer le risque. Comme la section précédente sur les postures l'a illustré, la principale contrainte liée à l'équipement est la hauteur du lit, du fauteuil ou divan dans lequel la personne à soigner est installée. Un lit plus haut réduit la proportion du temps passée en postures critiques. Un autre élément important est l'endroit où est placé le matériel de soin. Chez plusieurs patients il est placé par terre dans un sac de papier ou sur une table très basse, ce qui rend le travail de l'infirmière plus exigeant en termes postural.

L'utilisation de lit électrique, bien que réduisant fort probablement la proportion de postures critiques, induit d'autres risques puisque sa manipulation ne semble pas toujours aisée.

D'autre part, il semble que les compresses utilisées soient minces ce qui oblige les infirmières à en mettre plusieurs. D'autre part, des défauts de matériel peuvent obliger la travailleuse à refaire certains soins. Dans un autre cas le matériel préféré par la patiente (sonde) n'était plus disponible ce qui a compliqué le soin. De plus, quelquefois, il manque du matériel à domicile ce qui oblige l'infirmière à recourir à sa réserve personnelle.

À un autre niveau, l'observation a montré que le matériel transporté par les infirmières est important et lourd (de 5 à 10 kilos). Certaines d'entre elles le transportent dans un sac à dos. Nous avons cependant observé qu'une courroie de sac à dos s'est cassée au cours d'un déplacement, probablement à cause de la lourdeur du matériel transporté.

Environnement

L'environnement dans lequel s'accomplit le soin conditionne également le niveau de risque en interagissant avec d'autres éléments. Ainsi, les observations ont permis de dénombrer certaines contraintes environnementales. En voici quelques exemples : l'eau de la salle de bain qui est difficile à régler, la maison surchauffée, encombrée, sale, peu éclairée, enfumée, la présence d'un animal qui vient parfois nuire au travail. D'autre part, les soins doivent être accomplis dans le lieu de résidence de plusieurs personnes, ce qui suppose quelquefois certaines tâches connexes avant de faire les soins (par exemple enlever un couvre-lit blanc pour ne pas l'abîmer).

Patient

Les caractéristiques du patient, un être vivant, malade et, souvent, souffrant, influencent directement le travail de l'infirmière. Une des principales caractéristiques recensées est l'importance de la pathologie, et par le fait même, le soin dispensé. Comme nous l'avons vu précédemment, la proportion de postures contraignantes est liée au type de soin. Certains soins semblent en effet plus difficiles à réaliser que d'autres. D'autre part, il est fort possible que certaines caractéristiques du patient liées à son âge (surdité, lenteur, veine plus fuyante, etc) ou son niveau de souffrance jouent également un rôle sur la façon d'accomplir le travail. D'autres éléments importants qui influencent le travail de l'infirmière ont trait à l'agressivité du patient, son moral et sa solitude.

Réseau familial du patient

Comme le travail est accompli à domicile, le réseau familial du patient influence la façon dont l'infirmière peut le réaliser. Ainsi, elles sont parfois accueillies par un conjoint agressif qui n'est pas content de l'heure à laquelle elles arrivent ou des changements de personnel. Il se peut quelquefois que le soutien familial soit déprimé ou inquiet, auquel cas elles prennent du temps pour aider et prévenir des problèmes plus graves. Nous avons pu observer une infirmière qui a été victime d'un incident en montrant au conjoint récalcitrant d'une patiente comment baisser le côté d'un lit électrique.

Organisation du travail

Plusieurs contraintes liées à l'organisation du travail ont été identifiées par observation :

- le remplacement qui se fait quelquefois sans transmission de suffisamment d'information sur les patients, le changement fréquent d'infirmières alors que les patients aiment la stabilité et que cette stabilité aide les infirmières à faire un travail plus efficace,
- les patients qui ne sont pas toujours avisés qu'une remplaçante va venir ce qui peut rendre les tâches de la remplaçante plus difficiles,
- la politique d'achat de matériel,
- le besoin de formation sur les nouvelles technologies.

Relations interorganisations

Certaines contraintes liées aux relations interorganisations ont été repérées lors des observations. Elles concernent : les relations avec les médecins privés, les différences de consignes aux patients entre les infirmières du CLSC et les infirmières privées (les soins précédents donnés par l'infirmière du privé ne sont pas toujours inscrits dans le plan de soin à domicile), les méthodes ou procédures imposées par d'autres organisations (par exemple les prélèvements). Ces différentes contraintes rendent leurs tâches plus difficiles à réaliser et prennent du temps.

6.1.4 Le travail en après-midi et ses contraintes particulières

Une autre composante importante du travail des infirmières du maintien à domicile ressort des observations et des entrevues. Cette composante du travail comprend différentes tâches de suivi, de coordination de soins et de transfert de connaissances, des tâches de gestion des dossiers médicaux, d'autres à caractère administratif (statistiques, commandes de matériel, recherche des dossiers, etc.) et, enfin, des tâches liées à l'élaboration des routes du lendemain. Le temps qui y est consacré est important et variable; il représente, en effet, entre 30,5 % et 52,4 % de la durée totale du travail alors qu'en moyenne il représente 41,8 %. Les proportions de temps consacrées à ces différentes activités varient selon la journée d'observation.

Le profil global de l'après-midi des infirmières du maintien à domicile se partage de la façon suivante : 30 % du temps est passé à écrire au dossier, le quart du temps à assurer le suivi des cas ou en consultation avec des collègues, le tiers en démarches à caractère administratif (statistiques, commandes de matériel, recherche des dossiers, etc.) et un dixième en gestion des routes. Cependant, ces proportions varient d'une journée d'observation à l'autre. Nous allons examiner chacun de ces grands blocs d'activité sous cet angle.

Ainsi en ce qui concerne le temps consacré à l'écriture dans les dossiers, les infirmières y passent de 19 % à 38 % de leur temps en après-midi. Les deux infirmières qui y ont consacré les proportions les moins importantes de temps (soit 19 % et 21,1 %) n'ont pu compléter leurs dossiers. L'une d'entre elles a procédé à beaucoup de consultations auprès de ses collègues infirmières et autres professionnelles, ce qui l'a empêché de terminer le travail dans ses dossiers. L'autre infirmière a présenté des cas au comité d'orientation et elle n'a pas pu compléter les deux dossiers de patients qui y ont été discutés. Ces deux infirmières sont des intervenantes-pivots. Les trois autres infirmières ont passé autour de 30 % de leur temps en écriture dans les dossiers.

En ce qui concerne le temps apporté au suivi des cas, il varie entre 18 % et 42,7 % du temps en après-midi. Cette grande variation s'explique par le fait qu'une des infirmières a passé plus d'une demi-heure en comité d'orientation et l'autre a passé beaucoup de temps en consultation auprès de ses collègues infirmières. L'autre extrême se situe chez les deux infirmières temporaires qui n'ont pas de charge de cas personnelle. Il est important de remarquer que ce sont les infirmières qui sont intervenantes-pivots qui passent le plus de temps en suivi et consultation. À ce niveau le nombre d'interruptions vécues par les travailleuses régulières avec charge de cas est beaucoup plus élevé que celui des travailleuses temporaires sans charge de cas; les infirmières régulières intervenantes-pivots ont subi plus de 10 interruptions alors que les autres en ont eu aucune ou une seule.

Les démarches à caractère administratif occupent entre 24 % et 43 % du temps en après-midi selon la journée considérée alors que le temps pris pour la gestion des routes, varie de 0 % à 16,6 %. Durant la fin de semaine il n'y a pas de telles tâches car elles sont assumées par les infirmières qui travaillent la semaine. D'autre part, la proportion de temps la plus importante concerne une travailleuse remplaçante qui n'a connu sa route qu'en fin d'après-midi, ce qui l'a obligé à reprendre des commandes de matériel et à discuter avec les infirmières responsables des cas pour connaître les soins à dispenser.

Les différences de proportion de temps observées sont probablement liées au fait que certaines infirmières sont intervenantes-pivots et sont donc responsables de cas de personnes en maintien à domicile¹⁹. Il est important de mentionner qu'à ces cas s'ajoutent les cas post-opératoires. Deux des infirmières observées sont responsables de plus de cinquante cas de maintien et l'autre d'une vingtaine. Bien que le nombre de personnes visitées en avant-midi soit comparable pour les cinq infirmières, en fin de journée le nombre de dossiers que les infirmières avec charge de cas ont eu à traiter est supérieur à celui des infirmières n'ayant pas de charge de cas. En effet, les intervenantes-pivots ont eu à s'occuper de quatre cas de patients de plus que les infirmières remplaçantes sans charge de cas. D'autre part, une portion du temps de suivi de cas peut être liée au fait que la moitié des effectifs infirmiers du maintien à domicile a un statut temporaire (dans certains cas depuis plus de cinq ans). En effet, il a été observé que les infirmières régulières doivent passer du temps à informer les infirmières temporaires sur les cas qui leur sont donnés et ainsi que du temps pour s'informer elles-mêmes des soins dispensés par l'infirmière temporaire et de l'évolution de l'état de la personne dont elle est responsable.

L'observation du travail des infirmières a de plus permis de mettre en évidence certaines contraintes de travail particulières aux après-midi et d'autres qui apparaissaient déjà en avant-midi.

¹⁹ Certaines infirmières ne sont pas des intervenantes-pivots puisqu'elles ont un statut de travailleuses temporaires depuis plus de 10 ans dans certains cas.

Temps

Le temps apparaît comme un enjeu important du travail d'après-midi des infirmières du maintien à domicile. En effet, une d'entre elles a dû manger son lunch en travaillant pour arriver à remplir tous ses dossiers et ainsi éviter d'accumuler du retard. Cette surcharge semble partagée par le groupe puisqu'il en a été systématiquement question aux réunions quotidiennes d'élaboration des routes.

Environnement de travail

Le bureau sur lequel elles travaillent est petit (elles s'organisent une rallonge en ouvrant un tiroir pour mettre les papiers, elles mettent les dossiers par terre). C'est aussi très bruyant, ce qui les dérange pour accomplir des activités nécessitant de la concentration, telles que l'écriture dans les dossiers.

Organisation du travail

Plusieurs contraintes liées à l'organisation du travail ont été identifiées par observation :

- la procédure de prêt d'équipement qui semble quelquefois problématique (l'infirmière ne connaît pas le nom de tous les équipements, elle n'est pas informée de l'arrivée de l'équipement),
- la politique d'achat de matériel (pads brunâtres, sonde de tel type plus disponible),
- l'introduction de nouvelle procédure et de nouveau matériel,
- le non remplacement de la préposée au matériel ce qui oblige les infirmières à préparer leur commande de matériel et à aller les porter à l'accueil s'il y a lieu,
- l'obligation des infirmières régulières d'encadrer les remplaçantes ce qui prend du temps (route qui se bâtit petit à petit, mise à jour sur dossier),
- le travail à faire avec des retards accumulés de jour en jour,
- la recherche des dossiers dans différents bureaux,
- les archives qui renvoient un dossier parce qu'incomplet en termes administratif.

Relations interorganisations

Une contrainte liée aux relations interorganisations a été repérée lors des observations en après-midi. Elle concerne : les relations avec les médecins privés. L'infirmière a dû s'occuper d'une prescription non signée et de prescriptions absentes des dossiers, ce qui lui a pris du temps.

Santé et sécurité du travail

Deux incidents sont survenus au cours d'une des cinq journées d'observation. Ils ont été rapportés à la réunion de répartition des routes. Une des infirmières s'est heurté le genou sur le côté d'un lit électrique et une autre a fait une chute sur un balcon enneigé en sortant de chez un patient.

6.2 Ce que révèle l'entrevue de groupe avec les infirmières expérimentées

Les infirmières présentes à l'entrevue de groupe étaient des travailleuses régulières disposant de plusieurs années d'expérience en travail infirmier à domicile; les expériences des quatre personnes rencontrées variaient entre 12 et 30 ans.

La polyvalence

Les infirmières nous ont présenté leurs tâches de travail en illustrant la polyvalence qu'elles présupposent. En effet, les infirmières régulières ont la responsabilité d'une cinquantaine de cas de maintien. À cette charge s'ajoute les cas post-opératoires qui résident dans leur secteur géographique. Le fait d'être intervenante-pivot signifie être responsable du patient et du suivi de son état de santé. Ce qui veut dire plus précisément être responsable des soins infirmiers à dispenser mais également s'occuper de l'évaluation, du plan d'intervention, de la carte d'AFS s'il y a lieu, des démarches relatives au prêt d'équipements, des relations avec les autres intervenants, des discussions de cas et tout ce qui entoure le dossier de la personne.

À ces tâches liées aux soins s'ajoutent des tâches de gestion des routes. Cette gestion implique en tout premier lieu une répartition individuelle des cas, en second lieu elle signifie une répartition des surplus de cas à l'intérieur d'un même secteur et si ce n'est pas suffisant une répartition intersectorielle. Ceci se produit lors d'une réunion quotidienne de l'ensemble des infirmières du maintien à domicile. Advenant le cas d'un surplus qui ne peut être réparti entre l'ensemble des infirmières même après le report des cas qui peuvent l'être, elles demandent l'ajout d'une route supplémentaire aux gestionnaires. Cette responsabilité des routes comprend aussi l'élaboration des routes de soirée et de fin de semaine.

L'enseignement auprès des patients et de leurs réseaux constitue un autre aspect de leur travail qu'elles considèrent comme très important. Elles expliquent que cette formation du milieu constitue un investissement à moyen terme puisqu'il permet de réduire le temps de soins nécessaire à domicile transformant leur rôle de soignant en un rôle de supervision et d'assistance.

L'ensemble des tâches décrites par les infirmières et la polyvalence qu'elles supposent vont de pair avec ce qu'elles trouvent le plus important et le plus valorisant dans leur travail. En effet, elles nous disent à ce sujet, que ce qu'elles apprécient le plus est l'approche globale qu'apporte le fait de soigner une personne dans son milieu de vie. Ceci les valorise beaucoup puisqu'elles ont plus de responsabilité que si elles travaillaient en milieu hospitalier. Elle l'expriment de cette façon : «On fait de tout là nous autres, on maintient». De plus, elles aiment la variété de cas rencontrée dans le maintien à domicile et le rôle d'enseignement qu'elles ont à y jouer. Elles prennent le temps d'assumer ces différents rôles qu'elles trouvent fondamental dans leur travail malgré les contraintes de temps qu'elles ressentent fortement.

«on en prend un à la fois ... c'est ça un à la fois. Là on voit le client et s'il y a une problématique on essaie de la régler et tout ça et l'autre peut attendre, il sait qu'on y va. C'est pour ça que parfois on finit plus tard.»

À un autre niveau, les infirmières du maintien à domicile ont un rôle de personnes-ressources pour leurs consoeurs du maintien à domicile et même quelquefois dans d'autres services du CLSC. Certaines deviennent, en effet, des spécialistes de différentes technologies médicales et à ce titre sont fréquemment sollicitées pour leur expertise.

Le virage ambulatoire

Les conséquences du virage ambulatoire ont constitué un élément majeur des discussions. Elles se situent à plusieurs niveaux : l'augmentation des cas post-opératoires et le fait qu'ils nécessitent souvent des soins plus longs, plus complexes, plus délicats; les cas de maintien qui sont de plus en plus lourds nécessitant plus de soins et de temps de suivi pour l'intervenante-pivot; l'augmentation de l'utilisation de nouvelles technologies à domicile, ce qui nécessite des mises-à-jour des connaissances fréquentes et, enfin, une augmentation des contraintes de temps.

Les infirmières expliquent qu'avec l'augmentation du nombre de cas, elles doivent toujours mettre en balance les cas urgents avec les cas de maintien et qu'avec les cas post-opératoires, elles sont obligées d'intervenir rapidement.

«c'est que souvent on va intervenir sur les post-opératoires, donc ce sont des patients qui sortent et qui ont besoin de pansements régulièrement, qu'on ne peut pas remettre parce que c'est tout de suite, on n'a pas le choix, mais les autres patients qu'on est obligé de prioriser».

Il s'en suit qu'alors que les cas de maintien devraient être évalués au mois, aux six mois ou à l'année selon le cas, «c'est juste quand il se présente quelque chose» que c'est fait. Elles doivent donc gérer ce report des cas de maintien. Comment font-elles? Elles ont expliqué que dans certains cas elles téléphonent aux patients afin d'évaluer la situation. Dans d'autres cas, elles comptent sur les AFS pour rapporter toute détérioration de l'état de santé et lorsque cela survient, elles repriorisent leurs cas.

«La plupart du temps c'est souvent par téléphone, elles (AFS) nous appellent l'après-midi : « J'ai vu telle chose, ça ne va pas bien, peux-tu passer ? » Compte tenu, on rappelle la patiente et si on juge, avec les informations qu'on avaient eues, si c'est pertinent, souvent on passe le lendemain.»

«Souvent, ce n'est pas nécessairement augmenter de l'aide, mais ça peut être, des fois, elles ont vu une plaie, une apparition de plaie, là on ne peut pas attendre à la semaine prochaine, il faut y aller dans les jours qui suivent.»

Elles expliquent que cette gestion de report des cas de maintien conduit petit à petit à une détérioration de l'état des patients. Étant donné leur charge de cas importante, autour d'une cinquantaine, il y a toujours quelqu'un qui va moins bien et dont il faut s'occuper. Elles sont ainsi très fréquemment confrontées à gérer des situations d'urgence ou des situations lourdes. De façon générale, les cas qu'elles ont à soigner sont lourds.

L'augmentation du nombre de cas se fait sentir auprès des autres professionnelles, ergothérapeutes et travailleuses sociales, qui sont elles aussi surchargées. Les infirmières doivent ainsi s'occuper de cas présentant des problématiques sociales de plus en plus lourdes; elles estiment que c'est au-delà de leur compétence et que ce n'est plus de la polyvalence.

«Je ne trouve pas que c'est de la polyvalence, ... , c'est de l'utilisation»

À l'heure actuelle, il semble qu'on en soit rendu à un point où les infirmières ressentent un profond malaise; elles ont l'impression d'être rendu à un point de rupture :

«- Ma perception, c'est que j'ai l'impression qu'on me demande d'en donner plus, mais je ne suis pas prête à diminuer la qualité plus que ça. Donc je vais empiéter sur mon temps personnel pour ne pas diminuer la qualité des services que je donnais antérieurement.

- C'est ce qu'on fait déjà.
- Après ça, c'est moi un petit peu qui va écoper par rapport à ça parce que je ne diminuerai pas la qualité, j'en suis incapable.
- Je te comprends très bien.
- Ça me rendrait malade.
- On vient dans une impasse.»

Ces contraintes de temps qui sont ressenties fortement les inquiètent beaucoup. Ce qu'elles sentent menacé c'est le coeur de leur travail, ce qu'elles considèrent comme étant le plus important et que certaines ne sont pas prête à couper :

«L'espace pour la relation d'aide, pas juste la technique. C'est ça que je trouve dommage, c'est que ça rétrécit de plus en plus cet espace-là, ou si on le laisse tel quel c'est à notre détriment. Ça, c'est la réalité et c'est ça que je trouve épouvantable. Dans tout le virage, moi, c'est ça que je trouve le plus difficile et le plus à risque aussi de perdre, autant pour la clientèle que pour les intervenants.»

Ces contraintes de temps constituent une des principales difficultés rencontrées dans leur travail au dire de l'ensemble des infirmières interrogées. Ces contraintes induisent un stress constant. Certaines infirmières travaillent à mi-temps pour être capable de continuer à soigner malgré tout.

La transmission d'information, les réunions professionnelles et l'équipe multi

Plusieurs moyens de transmission d'information sont utilisés : les conversations téléphoniques, les messages dans les boîtes vocales, les discussions entre collègues et l'écriture dans les dossiers. Cette transmission d'information est centrale puisque plusieurs professionnelles sont appelées à s'occuper d'un même patient. En ce qui concerne l'écriture elles nous ont dit : «c'est épouvantable le crayon qu'on fait».

En ce qui concerne les réunions d'infirmières, elles sont très appréciées. Cependant ces réunions sont très chargées avec toutes les transformations vécues présentement dans le secteur. Les infirmières mentionnent qu'elles aimeraient avoir plus de place et de temps pendant ces réunions pour discuter et régler les problèmes qu'elles rencontrent. Ceci semble se faire trop peu selon elles.

L'équipe multi est très valorisée par le groupe des infirmières. Elles nous disent apprécier le fait de profiter de l'expertise de chacune et de la collaboration entre professionnelles de diverses disciplines. La présence de médecins semblent particulièrement appréciée. Elles soulignent l'aide que le travail collectif apporte dans leur travail, particulièrement le fait de travailler dans la même direction.

L'âge, l'expérience et les stratégies de travail

L'avance en âge présente certains inconvénients dont elles ont parlé. Il a été question d'une augmentation de la fatigue et des besoins de sommeil et du fait de trouver les hivers de plus en plus difficiles à supporter. Une infirmière a parlé de problèmes d'arthrose des doigts qui rend difficile la réalisation de certaines tâches fines tôt le matin. Elles ont également souligné l'accroissement des difficultés à se pencher à cause de problèmes de dos ce qui les ont obligé à modifier certaines stratégies de travail. Elles nous ont mentionné que bien que les nouveaux types de soins qui nécessitent beaucoup de temps soient difficiles pour tout le monde, c'est pire pour les infirmières plus âgées à cause de l'obligation de maintenir longtemps des postures contraignantes.

Cependant l'expérience qui vient de pair avec l'âge apporte des avantages indéniables. À ce sujet les infirmières interrogées nous ont dit qu'elles savaient quoi faire en cas de situation d'urgence. D'autre part, elles connaissent bien les ressources communautaires et autres disponibles dans le milieu. Les moins expérimentées doivent prendre beaucoup de temps pour trouver les informations pertinentes. Elles se permettent même de faire des suggestions aux médecins dans certains cas :

«- Quand des plaies ne guérissent pas. Souvent, on a des formations, ça fait qu'on dit au médecin : « Est-ce qu'on peut essayer telle ou telle affaire ? » Il y en a qui sont fermés, mais sur notre territoire, c'est pas si mal que ça : « Oui, oui, allez-y, prescrivez, on va essayer. »

- C'est une chose qu'on ne se serait pas permise de faire quand on était plus jeune.»

Enfin, elles ont expliqué qu'elles connaissent mieux leurs capacités, ce qui les conduit quelquefois à dire non à certaines situations qu'elles trouvent difficiles. Ainsi, une des infirmières interrogées explique qu'elle a vécu une expérience qu'elle ne revivrait pas. Une dame l'obligeait à entrer par la cour; l'hiver, il y avait de la glace et des crottes de chien et un jour elle est tombée. Aujourd'hui elle dit :

«Et moi je me suis dit que la prochaine fois qu'une madame comme ça ne veut pas m'ouvrir la porte d'en avant ... c'est bien de valeur elle me verra une autre journée.»

La violence

Un problème qui les préoccupe beaucoup est celui de la violence. Elles signalent qu'il y a des patients chez qui elles ne voudraient pas se présenter mais qu'elles n'ont pas le choix, elles doivent y aller. Elles se posent la question concernant leur obligation de se présenter dans certains endroits où elles ont peur. À l'heure actuelle quand certaines de ces situations-limites se présentent elles demandent une réévaluation du cas mais elles nous disent qu'elles ont l'impression qu'il est impossible de régler ces problématiques. Présentement le CLSC les envoie à deux chez certains patients et leur offre l'aide d'un psychologue pour leur permettre de ventiler leurs émotions. Au niveau de l'équipe d'infirmières, lorsqu'une nouvelle infirmière est envoyée chez ces patients problématiques, elles disposent de toute l'information possible afin de minimiser les risques.

La santé, la sécurité du travail et les facteurs de pénibilité du travail

Lorsque ce volet de l'entrevue a été abordé, les infirmières nous ont instantanément dit qu'il y a plus de chance d'arriver quelque chose (maladie ou accident) à une infirmière débordée, stressée ou fatiguée. Comme elles ne sont pas prêtes à diminuer la qualité des services offerts aux patients malgré l'augmentation du nombre de cas, elles disent que ce sont elles qui vont écoper. Un indice de cette fatigue, c'est qu'en fin de journée plusieurs disent avoir mal au dos, au cou et quelquefois aux épaules.

Les accidents relatés lors de l'entrevue concernent des chutes dans les escaliers chez les patients, des chutes à l'extérieur lorsqu'elles sont chargées à cause de la glace ainsi que des piqûres d'aiguilles. Elles ont aussi parlé des risques d'accident associés à la conduite de leur véhicule en hiver. D'autre part, elles ont parlé des soins comme étant les tâches les plus exigeantes physiquement. Plusieurs pansements sont longs à réaliser avec le virage ambulatoire, ce qui augmente cette charge physique. À cet égard les facteurs de pénibilité qu'elles ont mentionné concernent les lits ou les divans bas qui exigent des postures plus critiques et l'augmentation des cas post-opératoires. Les infirmières de grande taille sont encore plus désavantagées lors de l'exécution de ces tâches.

Les infirmières disent que le fait d'être intervenante-pivot, responsabilité centrale de leur travail, a un impact indéniable sur leur vie hors travail. En effet, cette responsabilité de personnes malades et en perte d'autonomie dont l'état de santé évolue dans le temps implique qu'il est impossible de tout régler avant de retourner chez soi. Elles s'inquiètent donc pour leurs patients et, quelquefois, elles se réveillent même la nuit pour y penser. Cette responsabilité les rend parfois anxieuses et peut conduire à une accumulation de fatigue. Elles utilisent des stratégies, adaptées à chacune d'elles, pour se changer les idées : le sport, la lecture, le jardinage et les sorties.

6.3 Conclusion

Ce chapitre montre, par l'étude de l'activité réelle du travail des infirmières du maintien à domicile, où se situent leurs principaux risques de lésions professionnelles. Les soins infirmiers ne représentent qu'une partie du travail des infirmières auxquelles sont associés plus particulièrement des risques posturaux. Cependant, une autre composante du travail des infirmières regroupe des activités administratives, de suivi et de coordination de soin, de gestion des routes et d'autres qui génèrent des contraintes de temps importantes. Ces tâches représentent près de la moitié du temps de travail, ce qui est considérable. De plus, l'ensemble des activités de travail des infirmières du maintien à domicile présentent des contraintes diversifiées liées à l'environnement, aux caractéristiques des patients et de leur réseau familial, à l'équipement disponible et à l'organisation du travail. Pour faire face à l'ensemble de ces contraintes et minimiser leurs effets négatifs les infirmières expérimentées développent des stratégies particulières de travail.

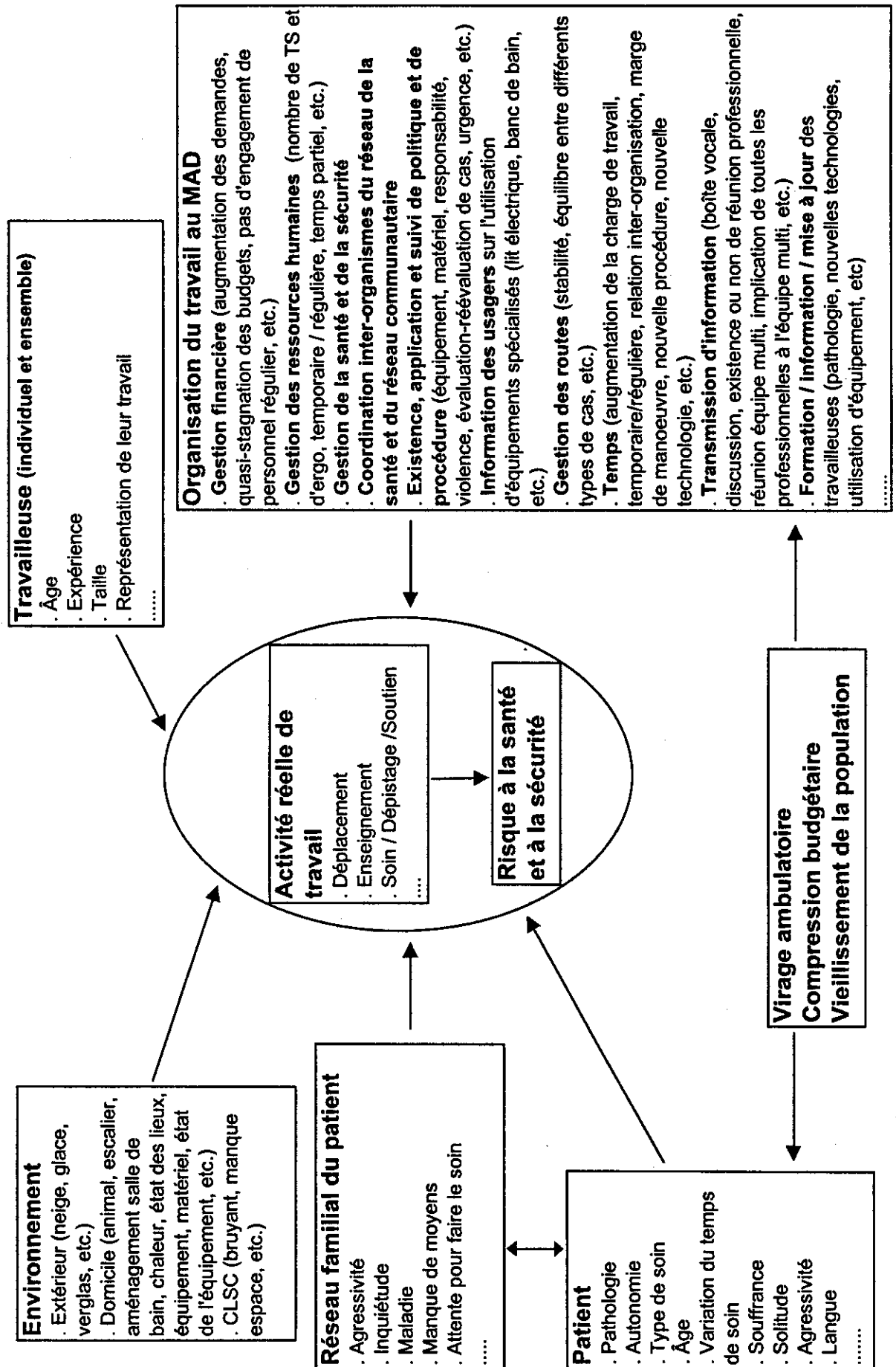
7. SYNTHÈSE ET CONCLUSION : DES FACTEURS ASSOCIÉS À LA SANTÉ ET À LA SÉCURITÉ DES AUXILIAIRES FAMILIALES ET SOCIALES ET DES INFIRMIÈRES DU MAINTIEN À DOMICILE

L'approche large de l'activité de travail qui a été privilégiée dans cette étude permet de repérer plusieurs facteurs associés à la santé et à la sécurité des professionnelles du maintien à domicile. Cette approche a ainsi permis de mettre en évidence des pistes d'intervention à divers niveaux, dont le plan organisationnel, qui peuvent être utiles pour la prévention des accidents et des maladies liés au travail. La Figure 7.1 présente des facteurs associés à la santé et à la sécurité des AFS et des infirmières du maintien à domicile qui ont pu être repérés par cette étude et qui sont reliés à l'activité réelle de travail. Ils ont été regroupés en plusieurs catégories. Ceux qui sont reliés à la travailleuse elle-même (âge, expérience, taille, etc.), au patient (niveau d'autonomie, âge, souffrance, etc.), à son réseau familial (inquiétude, état de santé, etc.), à l'environnement de travail (extérieur, domicile, CLSC) et à l'organisation du travail au CLSC. Ces facteurs n'entrent jamais en jeu isolément dans une situation de travail mais, au contraire, interagissent les uns avec les autres. Ainsi nous avons vu au chapitre 4 comment le service du maintien à domicile s'insérait dans un ensemble de structures organisationnelles, administratives et politiques qui lui imposent des contraintes majeures (financières, organisationnelles, temporelles), ce qui affecte fortement l'organisation du travail du programme du maintien à domicile. Par exemple, le développement de liens plus étroits entre les établissements, qu'impose la Régie régionale dans le but de concrétiser l'intégration et la continuité des soins et services conformes à la Politique de la santé et du bien-être, place davantage le programme de maintien à domicile sous l'autorité des établissements hospitaliers; cela diminue la marge de manœuvre dont il dispose sur le plan de l'organisation du travail (horaires, déplacements). Par ailleurs, le manque de ressources financières, associé au souci de desservir toute la population qui a besoin de tels services, contraint les gestionnaires à augmenter le nombre de domiciles visités quotidiennement et à recourir aux agences privées. De tels facteurs, qui relèvent des politiques gouvernementales affectent à terme les risques à la santé et la sécurité du travail des travailleuses à cause de leurs effets sur l'organisation du travail. Cependant, dans le cadre de cette recherche exploratoire, l'analyse de ces articulations ne peut être approfondie davantage. L'ordre de présentation des différents facteurs de la Figure 7.1 ne correspond donc pas à un ordre d'importance car cette étude permet de repérer des éléments importants et des interactions mais non d'en mesurer les effets.

7.1 La travailleuse

Comme nous l'avons vu dans les chapitres concernant le travail des AFS et des infirmières du maintien à domicile, plusieurs facteurs reliés à la travailleuse elle-même, influencent l'exécution de leur travail et ainsi leur santé et leur sécurité. Rappelons, cependant, que ces facteurs ne sont pas les seuls à jouer un rôle. En effet, en ce qui concerne les contraintes posturales, par exemple, elles peuvent être plus ou moins importantes selon les caractéristiques personnelles mais également selon d'autres facteurs déterminant les conditions d'exécution de la tâche (équipement, environnement, patients, type de soin, etc.). L'ensemble de ces facteurs

Figure 7.1 : Facteurs associés à la santé et à la sécurité des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières du MAD



interagissent entre eux et ne se présente jamais seul dans une situation réelle de travail. Cependant, pour les fins de ce rapport, il est nécessaire de présenter ces facteurs successivement.

Certaines caractéristiques individuelles ont un effet sur l'adoption de postures contraignantes, comme l'ont montré nos analyses. La taille est un de ces éléments. En effet, les AFS de plus de 1m60 sont contraintes d'adopter, en proportion moyenne de leur temps de soin, plus de flexions de 45° et plus et de postures accroupies que les AFS plus petites. Les infirmières les plus grandes, quant à elles, adoptent plus souvent des postures du dos combinant des flexions, des torsions et des inclinaisons latérales ainsi que des postures accroupies. L'âge de la travailleuse est également un autre facteur influençant l'adoption de postures particulières; les AFS et les infirmières de 45 ans et plus travaillent plus fréquemment à genoux que les plus jeunes ce qui constitue, aux dires de certaines, une stratégie de protection de leur dos.

L'expérience est un autre facteur individuel qui est ressorti des analyses comme étant important en termes de santé et de sécurité. Le savoir-faire accumulé permet de développer des stratégies de travail qui sont efficaces et qui jouent un rôle protecteur. Ces stratégies sont complexes et elles font intervenir plusieurs aspects du travail et de l'organisation. Elles constituent souvent des compromis entre diverses composantes du travail. C'est pourquoi nous aborderons cet aspect plus loin dans ce chapitre.

D'autres éléments peuvent également avoir une influence directe sur l'activité de travail. Un de ceux-ci ressort assez clairement des entrevues, il concerne la représentation que les travailleuses se font de leur travail et de ce qui est le plus important dans celui-ci. À cet égard, la qualité du soutien et du contact avec la personne à soigner et son réseau familial sont essentielles pour l'ensemble des travailleuses, et ceci quelque soit leur profession. Cette composante du travail n'est pas toujours formellement reconnue par l'organisation, ce qui pose quelquefois problème.

7.2 Le patient et son réseau familial

Les caractéristiques du patient, qui est un être vivant, influencent la nature du travail des AFS et des infirmières. Parmi les principales caractéristiques qui ont été recensées dans notre étude, on note l'importance des pathologies; en effet, la proportion de postures contraignantes adoptées est liée au niveau d'autonomie du patient comme nous l'avons vu précédemment. D'autre part, certaines pathologies font que les patients sont plus difficiles à convaincre de prendre un bain par exemple, ce qui nécessite beaucoup de temps et de patience. D'autres éléments importants tels que l'agressivité du patient, son moral et sa solitude influencent le travail. La souffrance ressentie par la personne soignée est un facteur important qui vient modifier la façon de travailler des AFS et des infirmières.

L'AFS et l'infirmière se présentant à domicile, le réseau familial du patient influence directement son travail. Ainsi, quelquefois elles sont accueillies par un conjoint agressif qui n'est pas content de l'heure à laquelle elles arrivent ou des changements de personnel. Il se peut également que le soutien familial soit déprimé ou inquiet, et dans ce cas elles prennent du temps pour aider cette personne et, ainsi, prévenir des problèmes plus graves. D'autre part, à domicile

la vie quotidienne des autres membres de la famille peut parfois entraîner des interférences avec les soins. Par exemple, nous avons observé quelquefois que les AFS devaient attendre que la salle de bain se libère ou que la patiente finisse son déjeuner avant de donner le bain ce qui entraînait des retards par rapport à l'horaire prévu. Quelquefois, des difficultés de communication, à cause de problème de langue, viennent compliquer et ralentir le travail. Enfin, le soin peut être ralenti à cause par exemple de la difficulté à enfiler certains vêtements comme des bas collants.

La raison même du travail, qui est de soulager des humains souffrants, fait que les temps de soins sont variables d'une fois à l'autre. Ceci ajoute une contrainte concrète en termes d'organisation des horaires quotidiens de travail qui se doivent d'être souples et de prévoir des marges de manœuvre.

Enfin, il ne faudrait pas cependant passer sous silence un aspect frappant de la situation de travail des intervenantes qui n'avait pas du tout été appréhendé. Face à des situations difficiles avec une dimension éthique (des cas lourds qui exigent régulièrement une somme de soins et des discussions avec les patients et leurs proches, que certaines intervenantes estiment démesurées, par rapport aux capacités du service et des besoins des autres patients), les salariées se trouvent souvent démunies. Il faut souligner que travailler à domicile place les intervenantes face à certaines situations qui ne peuvent exister en milieu institutionnel (violence, sécurité, salubrité, pauvreté etc.); d'autre part, elles ne bénéficient guère d'un soutien institutionnel qui leur serait nécessaire pour affronter seules, lorsqu'elles vont donner des soins dans les domiciles, de telles situations. L'occultation de ces difficultés par le service du MAD semble avoir pour effet que les intervenantes sont davantage sollicitées sur le plan affectif par certains comportements pénibles des patients ou de leurs proches ou par la présence d'éléments environnementaux nuisibles. Cela les oblige, en effet, à prendre seules des décisions difficiles et angoissantes en fonction de valeurs préconisées par le CLSC et qu'elles partagent mais qui, concrètement, posent des problèmes d'application (par exemple, l'encouragement à l'autonomie) ou sur des questions sur lesquelles il n'y a aucune politique d'établie (jusqu'où continue-t-on à offrir des services dans un domicile où des comportements violents impliquent des risques pour la sécurité des intervenantes, par exemple). Dans les deux cas, les intervenantes sont confrontées aux valeurs des patients et de leurs proches et doivent prendre des décisions qui reposent sur leur propre jugement.

7.3 L'environnement

L'environnement dans lequel le travail est accompli influence le risque. Rappelons que pour les travailleuses de soins à domicile, le travail regroupe plusieurs types de tâches qui sont accomplies dans des environnements complètement différents les uns des autres. Chacun de ces environnements induit des contraintes particulières pour les travailleuses et, ainsi, des risques particuliers. En premier lieu, les AFS et les infirmières effectuent des déplacements en voiture d'un domicile à l'autre pour dispenser des soins; elles sont donc exposées à des conditions climatiques variables et à des contraintes diverses quelquefois imprévisibles et changeantes. D'autre part, les soins qu'elles dispensent le sont à domicile et chaque domicile est différent de

l'autre. Ceci suppose une grande capacité d'adaptation et une vigilance importante de la part des travailleuses. Enfin, pour les infirmières du maintien à domicile, la moitié de leur temps de travail se passe au CLSC pour accomplir des tâches particulières liées à la gestion des dossiers.

Pendant leurs déplacements, d'un domicile à l'autre, les contraintes de circulation et de climat sont fréquentes. Dans le cas de tempête de neige par exemple, le temps nécessaire pour se rendre chez un patient peut être augmenté de beaucoup par rapport aux prévisions initiales, ce qui entraîne des retards en chaîne tout au long de la journée. D'autre part, ces activités présentent des risques d'accidents de véhicules comme le montrent les analyses statistiques des circonstances des accidents du personnel de maintien à domicile.

En ce qui concerne les domiciles, plusieurs facteurs environnementaux influencent directement la façon d'accomplir le travail des AFS et des infirmières. Certains de ces facteurs sont ressortis des observations tel que, par exemple, la présence d'un animal qui peut nuire aux soins, l'aménagement des chambres et des salles de bain, l'état des lieux en termes d'encombrement et de salubrité, la température, la présence d'équipement spécialisé et de l'état de cet équipement.

Enfin, au CLSC, les infirmières doivent travailler au suivi des dossiers dans un environnement bruyant et encombré.

7.4 L'organisation du travail

Comme la Figure 7.1 permet de le voir, cette section concernant l'organisation du travail regroupe des éléments jouant un rôle majeur pour la santé et la sécurité des AFS et des infirmières du maintien à domicile. D'ailleurs, une communication au dernier colloque de l'ASSTSAS sur une expérience menée par les gestionnaires et les travailleuses dans un CLSC le montre sans équivoque (Payeur, Raynaud, 1998).

Plusieurs facteurs organisationnels ont pu être identifiés dans cette étude préliminaire comme pouvant jouer un rôle au plan de la santé et de la sécurité du travail. Parmi ces éléments on retrouve *la coordination entre organismes et intervenants du réseau de la santé et du réseau communautaire de la région*. En effet, l'observation a montré l'impact de décisions qui sont prises par d'autres organismes sur le travail des AFS et plus particulièrement sur celui des infirmières. L'exemple le plus frappant est le changement de consigne de l'hôpital concernant le dépôt des prélèvements sanguins. Ce changement modifie la répartition des routes des infirmières et les obligent à faire plus de déplacements en voiture qu'avant pour respecter les nouvelles contraintes horaires. D'autres exemples ont été observés, ils concernent les relations avec les médecins des patients (ordonnance imprécise, difficulté de les contacter, etc.).

Les contraintes liées à la *gestion budgétaire du CLSC* ont une influence sur l'activité de travail. Le contexte au moment où s'est déroulée l'étude exploratoire est le suivant : une non-disponibilité chronique de lits de longue durée dans la région, une augmentation des demandes, des cas de plus en plus lourds (post-opératoire et personnes âgées), une quasi-stagnation des budgets et des ressources humaines puisqu'il n'y a pas d'embauche de personnel régulier. Cette

situation oblige les gestionnaires à gérer en tenant compte de paramètres qui sont parfois difficiles à concilier.

Cette situation affecte la *gestion des ressources humaines*. En effet, on remarque un manque de travailleuses sociales et d'ergothérapeutes ce qui se répercute sur la qualité et la quantité de travail des AFS et des infirmières (retard des évaluations dans des cas particulièrement lourds, infirmières qui se voient confier la responsabilité de cas sociaux trop problématiques pour elles, etc.). D'autre part, à cause de la situation financière difficile, le CLSC embauche des travailleuses avec des statuts différents (travailleuses d'agence, travailleuses régulières et travailleuses temporaires) pour accomplir le même travail. Ceci entraîne certains problèmes et rend la gestion plus difficile pour les intervenantes et les gestionnaires (manque de suivi des soins si le personnel allant chez une personne change fréquemment, perte de temps, insatisfaction du personnel et de la clientèle, etc.).

En ce qui concerne la *gestion de la santé et la sécurité* au CLSC, plusieurs constats peuvent être faits. Le comité de santé et de sécurité du travail ne s'est pas réuni depuis plus de deux ans. Les AFS ne sont pas représentées au comité malgré le fait qu'elles ont subi la moitié des accidents alors qu'elles ne constituent qu'un peu plus de 10 % de la main-d'œuvre. Les infirmières du maintien à domicile ne sont pas représentées non plus. Lorsqu'un accident se produit, une analyse des circonstances dans lesquelles il s'est produit est faite par la directrice du programme de maintien à domicile avec la travailleuse accidentée. Par la suite des mesures sont mises en place par la directrice pour éviter qu'un autre accident de ce type ne se reproduise. Cette gestion de la prévention, proche du milieu de travail, est cependant sans lien avec la structure officielle de gestion de la santé et de la sécurité du travail qui s'occupe essentiellement de la réparation des lésions.

De plus, en ce qui a trait à *l'information dispensée aux usagers* on a relevé des manques d'information auprès des patients et de leur famille concernant l'utilisation d'équipements spécialisés (ex. : lit électrique) ou de matériel de soins (ex. : comment enlever facilement le banc de bain du bain). Ceci se répercute sur le travail des AFS et des infirmières à domicile et peut augmenter les risques d'accidents (ex. : banc de bain défectueux à cause d'une mauvaise utilisation, côté de lit électrique qui frappe le genou à cause de la façon dont le conjoint l'utilise). Par contre, les intervenantes communiquent aux usagers beaucoup d'information au sujet de l'existence, de l'application et du suivi des politiques et procédures du CLSC.

L'existence, l'application et le suivi de politiques et de procédures de la part du CLSC constitue un volet extrêmement important pour la santé et la sécurité des professionnelles qui travaillent à domicile. L'importance de ces aspects a d'ailleurs été abordé par l'ASSTSAS dans des numéros de la revue Objectif Prévention (Jolin, 1993; Proteau, 1992). Ces politiques et procédures concernent entre autres l'équipement et le matériel qui est exigé à domicile, les responsabilités des usagers et les urgences. Certaines politiques existent mais elles ne sont pas toujours mises en application. D'autre fois, particulièrement dans le cas de personnes présentant des problématiques complexes et particulièrement lourdes, les règles sont beaucoup plus floues. Ainsi, par exemple, les infirmières et les AFS sont très préoccupées par les cas de violence. Elles signalent qu'il y a des bénéficiaires chez qui elles ne voudraient pas se présenter mais qu'elles

n'ont pas le choix; elles doivent y aller. Elles demandent jusqu'où va l'obligation de se présenter dans certains domiciles où elles ont peur. À l'heure actuelle, quand certaines de ces situations-limites se présentent, elles demandent une réévaluation du cas mais elles considèrent qu'il est presque impossible de régler ces problématiques. De plus, il semble que pour faire évoluer des situations chez certains patients présentant des cas très lourds, en introduisant par exemple de l'équipement spécialisé ou en modifiant l'environnement, des demandes répétées de nombreuses fois des travailleuses sont nécessaires avant qu'il n'y ait changement.

D'autres éléments ont trait à la *gestion des routes* (répartition quotidienne des cas). Un point particulier à cet égard a trait à l'équilibre entre des cas lourds et des cas plus légers pour les AFS. En effet, il ne semble pas y avoir de consensus entre les gestionnaires et les travailleuses en ce qui concerne la définition des cas lourds. Pour les auxiliaires la lourdeur n'est pas seulement fonction des tâches physiques (communication avec un bénéficiaire Alzheimer pour réussir à lui donner les soins prévus), ce qui n'est pas nécessairement pris en compte lors de la répartition des cas. D'autre part, la stabilité de la liste des patients est un autre aspect important qui a une influence en termes de qualité et d'efficacité des soins ainsi que de santé et de sécurité des travailleuses.

L'importance des contraintes de *temps* est ressortie fortement tant des observations que des entrevues. Ces résultats concordent avec certains de ceux d'une autre étude récente qui s'intéressait au temps passé par les infirmières et les AFS à différents groupes d'activités de travail (Dubuc, Hébert, Trottier, Buteau, 1997). L'ensemble des AFS et des infirmières mentionne une augmentation des contraintes de temps avec le virage ambulatoire. L'augmentation des contraintes de temps est liée à plusieurs facteurs tels que : l'accroissement de la charge de cas, l'introduction de nouvelles procédures et de nouvelles technologies ainsi que de consignes d'autres organisations, l'obligation d'encadrer ou d'assurer un suivi du travail personnel d'agence ou de personnel temporaire. Cette augmentation des contraintes temporelles entraîne une diminution de la marge de manœuvre des travailleuses.

D'autre part, la *circulation d'information est cruciale* à la réalisation des objectifs de soins du CLSC. Plusieurs moyens sont utilisés : conversation téléphonique, message dans des boîtes vocales, réunion professionnelle, travail dans une équipe multi, implication des professionnelles dans cette équipe. Cependant, certaines lacunes ont été observées en ce qui concerne l'organisation réelle du travail; elles pourraient être corrigées afin d'améliorer les conditions de santé et de sécurité du personnel. On peut parler, à titre d'exemple, de la circulation d'information particulièrement pour les AFS. Il est difficile pour elles d'entrer en communication directe avec les intervenantes-pivots pour transmettre les résultats de leur dépistage et obtenir des réactions à leurs observations et demandes (elles ne rejoignent que des boîtes vocales; elles ne passent qu'une heure et demie par semaine au CLSC pour des tâches administratives et de suivi de cas). Elles sont fréquemment absentes des réunions multidisciplinaires où, suite aux informations et demandes qu'elles ont transmises, se décident des changements dont elles subiront les conséquences. Enfin, elles n'ont pas de réunions professionnelles où discuter entre elles des problèmes liés à la pratique de leur métier, des voies de solution et d'amélioration alors que les autres groupes de salariées en ont.

Enfin, des formations, des séances d'information et des mises à jour sur certains sujets sont nécessaires pour assurer une qualité de soins. Plusieurs sont organisées par le CLSC, elles sont appréciées et l'ensemble des travailleuses en demande encore.

7.5 Décalage entre l'activité réelle et l'activité formelle de travail

L'observation de l'activité de travail de même que les entrevues ont permis de mettre en évidence des décalages entre l'activité réelle et l'activité formelle de travail tant chez les AFS que chez les infirmières du maintien à domicile. Ce décalage peut avoir des effets sur la santé et la sécurité des travailleuses de même que sur d'autres paramètres de l'organisation tel l'efficacité par exemple.

Les AFS réalisent des tâches de dépistage et de soutien social qui ne sont pas toujours reconnues par l'organisation. Ceci est d'autant plus important que la réalisation de ces tâches modifie la façon d'accomplir les tâches de soins qui sont plus physiques et, conséquemment, souvent le temps requis. En effet, le dépistage et le soutien social requièrent une grande attention portée à l'état de la personne, une perception d'indices très fins et aussi d'être à l'affût du désir de communiquer du patient. D'autre part, cette non reconnaissance de certaines tâches constitue une perte à plusieurs niveaux qui peuvent avoir des impacts au niveau du temps. En premier lieu, les pertes ont trait aux effets bénéfiques sur la santé des usagers que ces échanges peuvent avoir (compte tenu des résultats de recherche probants dans le domaine du soutien social). D'autre part, cette non reconnaissance peut nuire à la réalisation de la mission même du maintien à domicile alors que les connaissances issues des activités des AFS apparaissent nécessaires dans un contexte où les intervenantes-pivots sont surchargées. Plusieurs conséquences du virage ambulatoire (la hausse rapide des cas de post-op qui ne peuvent attendre, utilisation de nouvelles techniques et matériaux de soins qu'elles connaissent peu, alourdissement de cas dont elles ont la responsabilité) empêchent en effet souvent les infirmières de pouvoir réévaluer les cas de longue durée au moment approprié.

En ce qui concerne les infirmières du maintien à domicile, cette étude a également montré un décalage entre l'activité réelle et l'activité formelle de travail. À titre d'exemple rappelons l'importance que prend des tâches autres que les soins dans leur journée et leur semaine de travail. Cette réalité contribue à augmenter considérablement les contraintes de temps et par le fait même le stress ressenti par les travailleuses ainsi que leur niveau de fatigue. Ces contraintes temporelles se cumulent à d'autres associées aux tâches de soin.

7.6 L'atout que représente l'expérience

Cette étude, en privilégiant une approche large de la santé et de la sécurité du travail, montre l'importance des savoir-faire développés par les travailleuses expérimentées pour faire face aux différentes contraintes rencontrées dans leur travail et ainsi se protéger des risques. L'organisation du travail doit favoriser l'expression de cette expertise en fournissant des marges de manœuvre permettant aux travailleuses de mettre en œuvre les stratégies de travail développées avec l'expérience. Dans le contexte particulier des soins à domicile, le savoir-faire des AFS et des infirmières expérimentées permet probablement de mieux réagir face à des injonctions qui peuvent être contradictoires et qui proviennent de trois pôles caractérisant le travail : le patient, l'organisation et la travailleuse elle-même. Ainsi, par exemple, l'AFS expérimentée semble mieux outillée pour manifester de l'empathie et soigner un patient, tout en étant efficace et en se protégeant de lésions au dos.

Ainsi, les entrevues et les observations montrent qu'avec l'expérience, les AFS ont développé plusieurs stratégies qui leur permettent notamment de :

- gagner du temps tout en réalisant l'ensemble des tâches nécessaires à l'accomplissement d'un travail de qualité (ex. identifier les zones d'activité pour lesquelles il vaut la peine d'encourager le patient à être autonome; planifier la séquence de déroulement des activités la plus efficace selon les caractéristiques du patient; faire du travail à la maison pour avoir le temps de régler des choses importantes avec les intervenantes-pivot lors de leur venue au CLSC);
- affiner leurs façons de faire le dépistage et de soutenir les patients;
- se protéger contre les accidents, se permettre de continuer à travailler (ex. connaissance de ses limites; modifications de méthodes de travail; utilisation des capacités des personnes soignées);
- réagir adéquatement en cas d'urgence ou de danger.

Ces stratégies ne peuvent être mises en œuvre que si l'organisation le permet. À titre d'exemple mentionnons à nouveau l'importance de connaître ses patients et donc d'avoir des listes de patients assez stables ou l'importance d'appliquer les procédures du CLSC concernant l'équipement nécessaire à domicile (ex. douche téléphone) pour dispenser les soins. L'application des procédures de même que la stabilité des routes de patients sont des éléments qui dépendent de l'organisation du travail.

Des stratégies de travail liées à l'expérience sont également ressorties pour les infirmières en ce qui concerne les soins. Ces stratégies touchent également leur capacité à réagir adéquatement en cas d'urgence et de danger, leur protection contre les accidents et les problèmes de santé et, enfin, la possibilité de gagner du temps tout en réalisant l'ensemble des tâches de soin.

D'autre part, les infirmières du MAD ont également élaboré plusieurs stratégies de régulation pour faire face aux contraintes de temps liées à l'accumulation de tâches très diversifiées de gestion et d'intervenante-pivot qu'elles doivent assumer. Des stratégies de régulation individuelles ont ainsi été observées; ainsi, certaines infirmières choisissent de travailler pendant leur heure de repas le midi afin de ne pas être dérangées et ainsi arriver à accomplir le travail qui

nécessité de la concentration. D'autre part, la très grande majorité des infirmières font du temps supplémentaire, qu'elles ne déclaraient pas jusqu'à tout récemment. Elles veulent, par ce moyen, assurer la qualité de soins malgré l'augmentation marquée de leur charge de travail. D'autres infirmières choisissent même de travailler à mi-temps pour être capable de continuer à accomplir un travail de qualité sans s'épuiser. À l'heure actuelle un changement de stratégie au regard de la déclaration du temps supplémentaire s'opère. De plus en plus d'infirmières déclarent une partie de leur surtemps puisqu'elles sont de plus en plus débordées, stressées et fatiguées et par le fait même plus à risque de maladies et d'accidents. Une autre stratégie à caractère collectif concerne la gestion des routes dont les infirmières sont responsables²⁰.

7.7 Les effets sur les infirmières et les auxiliaires familiales et sociales de la mise en œuvre du réseau intégré de soins et services

Nous avons noté au chapitre 4 que la réforme de la santé et des services sociaux avait affecté profondément les services de maintien à domicile; les effets sur leurs responsabilités et leurs tâches ont été soulignés. Il importe d'y revenir pour mettre en relief un aspect important que l'observation du travail réel et les entrevues nous ont permis de documenter. La mise en œuvre du réseau intégré de soins et de services pour les personnes âgées, au moment de notre enquête, nous a permis de constater certaines conséquences de cette gestion plus intégrée et continue sur le travail des infirmières et des AFS. Ainsi, la pratique des établissements hospitaliers de donner un congé précoce à leurs patients se traduit par des appels en après-midi au service du MAD afin qu'il fasse le nécessaire pour que le retour à domicile puisse se faire dès le lendemain matin. Cela implique l'organisation du domicile (par exemple, louer et faire livrer un lit d'hôpital au domicile), et aussi l'utilisation par les infirmières de matériel de soins ambulatoire avec lequel elles sont souvent peu familières (par exemple, l'équipement pour l'antibiothérapie). La forte hausse des cas postopératoires, qui demandent souvent des soins assez lourds (fréquents et urgents) pendant une brève période, désorganise les horaires habituels prévus pour les cas chroniques, et habituellement moins lourds, de maintien à domicile. Les services de prises et d'analyse de sang ayant été centralisés dans un hôpital, celui du CLSC ayant été aboli, cela impose aussi de fortes contraintes de temps et d'horaires aux infirmières qui doivent, pour cette raison, faire souvent plus de kilométrage afin de remettre à l'heure, tôt le matin, les prélèvements. Il s'agit là d'exemples d'aspects négligés des conséquences d'un réaménagement des services qui se veut plus efficace, mais qui ne tient pas toujours compte des conséquences concrètes que ces transformations entraînent pour le personnel.

²⁰

En premier lieu il existe une répartition individuelle des cas qui est suivie d'une répartition des surplus de cas à l'intérieur d'un même secteur. Si cela n'est pas suffisant, une répartition intersectorielle se fait au cours d'une réunion quotidienne de l'ensemble des infirmières du maintien à domicile. Advenant le cas de surplus qui subsiste toujours malgré les transferts de patients mentionnés ci-dessus, les infirmières demandent l'ajout d'une route supplémentaire aux gestionnaires. Ceux-ci font alors appel à du personnel d'agence privée, ce qui ne facilite pas nécessairement le travail de coordination de soins des infirmières.

7.8 Conclusion

Rappelons que cette étude exploratoire visait à 1) identifier les contraintes organisationnelles, environnementales et autres qui font que le travail est à risque pour la santé et la sécurité; 2) étudier les différentes stratégies compensatoires qui sont mises en œuvre par les individus, les collectifs de travail et les organisations pour réduire l'effet négatif des contraintes reliées au travail; 3) apporter une attention particulière aux variations de contraintes et de stratégies en fonction de l'âge et de l'expérience de la main-d'œuvre. Ces objectifs ont été atteints. Cette étude exploratoire a, en effet, mis en évidence des facteurs clés qui interviennent pour expliquer le profil de lésions des AFS et des infirmières du maintien à domicile et, par le fait même, des pistes de prévention à explorer. Elle a également permis de montrer l'atout que représente l'expérience si l'organisation du travail rend possible l'utilisation des stratégies de travail élaborées par les travailleuses expérimentées. Enfin, en repérant des facteurs clés associés à la santé et à la sécurité des infirmières et des AFS, cette étude fournit les bases d'un projet de plus large envergure qui permettra de comparer l'impact de différents types d'organisation du travail dans les CLSC sur la santé et la sécurité des travailleuses.

8. PISTES DE RECOMMANDATIONS

Plusieurs suggestions de recommandations peuvent être formulées suite à cette étude exploratoire. Certaines concernent l'intervention et peuvent être utiles à tous les CLSC, d'autres touchent plutôt des pistes de recherche à entreprendre. Elles ont fait l'objet de discussions avec les membres du comité aviseur de même qu'avec les gestionnaires du CLSC participant et elles ont été entérinées par ceux-ci.

8.1 Pistes d'interventions dans les CLSC en termes d'organisation du travail

Santé et sécurité

En ce qui a trait à la gestion de la santé et de la sécurité, la *formation d'un comité paritaire de santé et de sécurité* est suggérée. Plusieurs outils ont été développés par l'ASSTSAS pour soutenir les institutions dans cette démarche.

D'autre part, afin que ce comité paritaire de santé et de sécurité soit le mieux ajusté possible à la réalité des soins à domicile, il est suggéré :

- d'y assurer une *représentation* des AFS et des infirmières du maintien à domicile ;
- de le *réunir régulièrement* ;
- de lui donner un *mandat clair*, un *statut* dans l'organisation et des *moyens réels* de fonctionnement (financier, pouvoir de décision) ;
- d'effectuer des *enquêtes d'accidents* approfondies afin de mettre en évidence tous les facteurs ayant contribué à la survenue d'accidents en collaboration avec le maintien à domicile.

En ce qui concerne la *formation et l'information*, outre le PDSB qui porte sur le déplacement sécuritaire des bénéficiaires et qui est bien implanté dans les milieux de travail pour les auxiliaires familiales et sociales, il y aurait lieu de porter plus d'attention à différentes dimensions de la santé et de la sécurité qui sont particulières aux soins à domicile. Ainsi, il est suggéré de donner la formation PDSB, bâtie par l'ASSTSAS, aux infirmières du maintien à domicile étant donné l'importance des postures critiques que les infirmières doivent adopter pour accomplir les soins. De plus, il semble important de consacrer du temps à la sensibilisation des intervenantes aux risques d'accidents qu'elles courent dans le cadre de leur travail.

Politiques et procédures

En ce qui concerne les politiques et les procédures du CLSC, il serait important de :

- voir à en *élaborer* sur tous les aspects critiques du travail du personnel de soins à domicile (ex. violence, matériel, comportements dérangeants, procédure à suivre en cas de tempête de neige) ;
- voir à ce qu'elles soient largement *diffusées* auprès de la clientèle et s'assurer qu'elles soient *comprises* ;
- voir à ce qu'elles soient systématiquement *appliquées* dans tous les cas.

En ce qui concerne plus particulièrement *le matériel et l'équipement* nécessaire pour recevoir des soins, des spécifications techniques (marque, coût, où se procurer le matériel, méthodes d'installation) pourraient être fournies dans les dépliants afin d'aider la clientèle qui manque d'information à ce sujet.

De plus, le CLSC devrait voir à ce que les AFS puissent disposer du *petit banc* recommandé par l'ASSTSAS pour faciliter leur travail à domicile; cet équipement réduirait de beaucoup la nécessité d'adopter des postures de travail critiques (flexions, torsions, positions accroupies).

Afin de réduire les risques associés aux postures à genoux sans protection, il est suggéré que les CLSC encouragent les AFS et les infirmières à utiliser des *genouillères*.

Il est suggéré d'éliminer, sauf dans le cas de certaines pathologies (spasmes, Parkinson), les *embouts caoutchoutés des bancs de bains* afin de réduire les postures critiques des travailleuses au moment du nettoyage du bain.

Information aux usagers

Il est suggéré de donner de l'information aux usagers sur la *façon d'utiliser de l'équipement* particulier afin de réduire les risques d'accidents ou de bris d'équipement (ex. une infirmière qui est frappée au genou par un côté de lit électrique mal manipulé par le conjoint d'une patiente; un banc de bain que l'AFS doit réparer parce que les membres de la famille n'ont pas la technique adéquate pour le sortir facilement du bain sans forcer).

Enfin, les usagers pourraient être informés des *risques encourus par le personnel de soins à domicile*. Ceci aura comme conséquence que la plupart des personnes recevant des soins et les appréciant, essaieraient de faciliter le travail des AFS ou des infirmières le plus possible (ex. placer le matériel de soins sur une table assez haute afin d'éviter les flexions de dos importantes pour les infirmières).

Gestion des routes

Il est suggéré d'assurer aux AFS et aux infirmières une certaine *stabilité des patients* à visiter, ce qui leur permet d'être plus efficaces et d'offrir des services de qualité, ce qui est plus facile lorsqu'elles connaissent les caractéristiques des patients (pathologie, soins à dispenser, etc.), de leur réseau et de leur environnement. Elles peuvent ainsi mettre en œuvre les acquis positifs de l'expérience.

D'autre part, lorsque cela est possible, il est important d'*équilibrer les journées* en variant la lourdeur des cas à visiter. À cet égard, il faut souligner que la définition de ce qu'est un cas lourd n'est pas nécessairement partagée entre les gestionnaires et les intervenantes.

Temps

Autant que possible, il est important de souligner que les contraintes de temps doivent être diminuées afin de préserver des marges de manœuvre qui permettent de tenir compte de la variabilité des soins à dispenser. De plus, cette marge de manœuvre est une condition essentielle à l'utilisation de stratégies de travail particulières élaborées par des travailleuses vieillissantes

afin de compenser certaines diminutions de leurs capacités physiques et qui les protègent des risques d'accidents. À cet égard, il semble important que le rôle de soutien social et de dépistage joué par les AFS, de même que le rôle de gestionnaire de cas rempli par les infirmières du maintien à domicile, soient reconnus officiellement par les CLSC et prise en compte en termes de temps.

Transmission d'information

La transmission d'information est un élément essentiel au bon fonctionnement des soins à domicile. Il semble donc important de *faciliter les échanges* entre les professionnelles de soins et les AFS puisqu'une perte importante de connaissance des cas des patients se produit.

De plus, il est suggéré d'*impliquer* activement les AFS aux réunions de l'équipe *multidisciplinaire* et de les faire participer à l'évaluation de la prise en charge.

D'autre part, nous suggérons une *réunion professionnelle régulière des AFS* afin qu'elles puissent bâtir un savoir collectif en échangeant les savoir-faire sur les méthodes de travail développées par chacune d'entre elles. Ceci aura des répercussions positives sur la santé et la sécurité du travail.

Rôle de l'auxiliaire familiale et sociale

Il est suggéré de revoir le *rôle des AFS* afin de les valoriser et de les impliquer comme support aux intervenantes-pivots qui sont surchargées avec le virage ambulatoire. Un élément important concerne leur implication dans l'évaluation et l'installation des milieux. Il semble que les garanties de succès à ce sujet soient d'impliquer toutes les AFS de l'équipe et non pas seulement un petit groupe d'entre elles et de les outiller adéquatement par une formation alliant des aspects théoriques et des pratiques encadrées.

Formation, information et mise à jour

La formation, l'information et la mise à jour des travailleuses sont essentielles dans le contexte d'*introduction de nouvelles technologies* vécues actuellement par les infirmières du maintien à domicile. Pour les auxiliaires familiales et sociales de la formation et de l'information sur les diverses *pathologies* seraient utiles particulièrement en ce qui concerne les capacités résiduelles des patients en relation avec les pathologies dont ils souffrent. Ceci revêt, en effet, une importance vitale au niveau de la sécurité, particulièrement pour faciliter les transferts.

Il est suggéré de donner plus d'information aux intervenantes sur la *façon d'utiliser les équipements* particuliers afin de réduire les risques d'accidents ou les bris d'équipement.

8.2 Pistes d'interventions dans les CLSC en termes d'environnement de travail

L'exiguïté des locaux dans certains CLSC nuit au travail de coordination, de suivi et de gestion des infirmières de même qu'au travail des auxiliaires familiales et sociales, il est suggéré de revoir cet aspect. L'aménagement optimal devrait tenir compte du travail réel en favorisant la confidentialité des communications, la concentration en réduisant le bruit, et la sécurité des travailleuses en réduisant l'encombrement.

8.3 Pistes d'interventions à prendre en charge par d'autres organismes

En ce qui a trait à **la conception et à l'aménagement des salles de bain et des pièces** dans les nouveaux immeubles, l'ASSTSAS pourrait travailler de concert avec la Société d'habitation du Québec qui a développé une grande expertise dans l'aménagement des espaces pour personnes âgées, afin d'établir des normes à suivre pour les nouvelles constructions et pour la rénovation dans les immeubles déjà construits.

En ce qui a trait aux **politiques et procédures développées dans les divers CLSC** qui disposent d'une marge de manœuvre organisationnelle, l'Association des CLSC et des CHSLD pourrait centraliser et diffuser largement l'information sur ce qui existe à ce niveau. Ceci permettrait à tous les CLSC de profiter, tout en l'adaptant, de ce qui a été développé ailleurs, économisant ainsi du temps et de l'énergie.

8.4 Pistes de recherche

Nous suggérons qu'une recherche de plus grande envergure soit entreprise afin de comprendre **l'impact multifactoriel des facteurs organisationnels**, identifiés dans cette étude exploratoire, **sur l'activité réelle de travail et sur la santé et la sécurité des travailleuses**. Cette recherche devrait porter sur plusieurs CLSC afin mettre en évidence l'impact des différences organisationnelles existant entre CLSC, de même que l'impact des différences de politiques des régions régionales.

Nous suggérons la réalisation d'une **étude ergonomique visant à quantifier et à qualifier plus précisément les stratégies de travail des AFS et des infirmières expérimentées** qui ont été identifiées dans cette étude exploratoire. Cette étude permettrait de mettre en évidence les apports positifs de l'expérience pour réduire les problèmes de santé et de sécurité du travail. Ces stratégies, en étant repérées, pourraient être transmises aux travailleuses plus jeunes et moins expérimentées de même qu'aux travailleuses plus âgées qui n'utilisent pas les mêmes techniques de travail.

Nous suggérons la réalisation d'une **étude ergonomique concernant l'étude des postures des AFS et des infirmières du maintien à domicile** afin de mettre en évidence très clairement l'effet de la taille, de l'âge, de l'expérience et d'autres facteurs déterminant les conditions de travail à partir d'un nombre plus important d'observations. Cette étude ergonomique devra tenir compte de l'activité réelle de travail et des contraintes rencontrées dans les domiciles.

Nous suggérons qu'une **étude ergonomique soit entreprise afin de faire ressortir les tâches invisibles de dépistage et de soutien social des AFS**. Cette étude devra faire appel entre autres à des analyses des communications entre les travailleuses et les patients ainsi qu'avec les personnes de leur réseau en relation avec l'activité réelle en cours.

Nous suggérons qu'une **étude ergonomique soit entreprise afin de faire ressortir les tâches invisibles des infirmières** dans le contexte des changements actuels vécus par cette profession.

Nous suggérons la réalisation d'une **étude économique visant à clarifier l'ampleur des coûts directs et indirects des lésions professionnelles et des problèmes de santé du personnel de maintien à domicile des CLSC**. Cette étude devrait tenir compte des contraintes particulières de l'organisation du maintien à domicile (réévaluation des cas, interaction de plusieurs professionnelles intervenant sur un dossier, cas de patients difficiles, agences privées, cas très lourds qui sont maintenus à domicile pour cause de manque de places d'hébergement de longue durée dans le réseau de la santé, etc.). De plus, il serait intéressant de prendre en compte les transferts de coûts des lésions professionnelles qui peuvent exister dans certains cas de l'assurance publique vers l'assurance privée.

Un aspect des soins à domicile a été repéré dans cette étude exploratoire, c'est ce que nous appelons les "cas limites". Ce sont des cas de personnes à soigner qui nécessitent des interventions soutenues de plusieurs professionnelles de l'équipe multi afin que les conditions de travail du personnel s'améliorent. Par exemple, il est très difficile dans certains domiciles d'implanter des changements, la violence est importante dans certains cas; l'environnement de travail est insalubre; on constate la présence de déficits cognitifs importants, de milieux présentant des problématiques d'alcool ou de drogues et d'autres situations particulières. Malgré les demandes soutenues des AFS ou des infirmières, les modifications des situations de travail sont extrêmement lentes à se produire. Nous suggérons une **étude privilégiant des perspectives de droit de la santé et d'éthique** afin de clarifier les limites de l'obligation de fournir des services à domicile.

BIBLIOGRAPHIE

- Benzécri F. (1985). Introduction à la classification ascendante hiérarchique d'après un exemple de données économiques. *Les cahiers de l'analyse des données*, X(3), 279-302.
- Cloutier E. (1994). The effect of age on safety work practices among domestic trash collectors in Québec. *Safety Science*, 17, 291-308.
- Cloutier E., Dubucs B. (1994). Étude du travail réel des aides-soignantes à domicile. *Archives des maladies professionnelles*, 55, no. 4, 269-277.
- Cloutier E., Duguay P. (1996). *Impact de l'avance en âge sur les scénarios d'accidents et les indicateurs de lésions dans le secteur de la santé et des services sociaux*. Montréal, IRSST, R-118.
- Cru D., Dejours C. (1983). Les savoir-faire de prudence dans les métiers du bâtiment. *Les cahiers médico-sociaux*, Genève, no. 3, 239-247.
- David H., Payeur C. (1991). *Vieillesse et condition enseignante*. Rapport IRAT CEQ.
- Dejours C. (1993). Coopération et construction de l'identité en situation de travail. *Collection Paradigmes de travail, Futurs antérieurs*, no. 16, L'Harmattan, 41-52.
- Derriennic F., Touranchet A., Volkoff S. (1992). Enquête ESTEV : un instrument d'étude des relations entre âge, santé et travail. *Archives des maladies professionnelles*, 53, 2, 79-89.
- Dubuc N., Hébert R., Trottier L., Buteau M. (1997). *Temps consacré aux différentes activités des services de soutien à domicile fournis par les CLSC*. Centre de recherche en gérontologie et en gériatrie.
- Hagberg M., Silverstein B., Wells R., Smith M.J., Hendrick H.W., Carayon, P., Pérusse M. (1995). *Work related musculoskeletal disorders (WMSDs) : A reference book for prevention*. Taylor & Francis, scientific editors : Kuorinka I., Forcier L.
- Hébert F. (1995). *Indicateurs de lésions professionnelles : portrait par secteur*. IRSST.
- Jolin P. (1993). Définir les conditions sécuritaires pour les soins d'hygiène à domicile. *Objectif Prévention*, ASSTSAS, vol. 5, no. 4, pp. 34-37.
- Laville A. (1989). Vieillesse et travail. *Le Travail humain*, Vol 52, 3-20.
- Newsmith S.M., Aronsen J. (1996). Home care workers discuss their work : the skills required to « use your common sense ». *Journal of Aging Studies*, 10, no. 1, 1-14.

- Payeur A., Raynaud M.-P. (1998). Virage ambulatoire et mise en place de pratiques en santé et en sécurité du travail. *Actes du colloque de l'ASSTSAS 1998*.
- Proteau R.-A. (1992). Dossier : Les soins à domicile. *Objectif prévention*, ASSTSAS, Vol 15, no. 2.
- Rocher M. (1990). Les conditions de travail des infirmières et des aides-soignantes à domicile. *Travail et sécurité*. no. 12, 678-692.
- Salthouse T.A. (1990). Influence of experience on age differences in cognitive functioning. *Human factors*, 32(5), 551-569.
- Teiger C. (1989). Le vieillissement différentiel dans et par le travail un vieux problème dans un contexte récent. *Le Travail humain*, Vol 52, 3-20.
- Welford A.T. (1964). *Vieillesse et aptitudes humaines*. Presses Universitaires de France.
- Yin R. K. (1988). *Case study research. Design and methods*. Sage publications.

Documents à caractère administratif²¹ :

CLSC de la Rivière (1996). Rapport annuel 1995-1996.

CLSC de la Rivière (1997). Rapport annuel 1996-1997 (sous presse).

CLSC de la Rivière (1997). Document d'orientation. Services de maintien à domicile.

CLSC de la région de la Plaine (1997). Les services de maintien à domicile des CLSC de la Plaine. 31 pages dactylo.

Conseil québécois d'agrément d'établissements de santé et de services sociaux (1997). Dossier de l'établissement. Mission CLSC de la Rivière. 220 pages dactylo et annexes.

Conseil québécois d'agrément d'établissements de santé et de services sociaux (1997b).
Le système d'agrément : Résumé. 8 pages.

Fédération des CLSC du Québec (1995). Le réseau CLSC...partie prenante dans la transformation du système de santé et de services sociaux et dans le virage ambulatoire. Montréal, 14 pages dactylo.

Le Beau, G. (1997). ASSTSAS, «Le plan directeur 1997-2002. Un plan à partager. Explorer pour créer de nouvelles stratégies d'action.» Objectif prévention, 20(4), 3-5.

Les services d'ergothérapie de X Inc. (1996). CLSC de la Rivière. Projet évaluation d'aide à domicile. Rapport final. 5 pages dactylo.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Plaine (1997). Vers un réseau intégré de soins et de services pour les personnes âgées : modalités opérationnelles. 36 pages dactylo.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Plaine (1997). Vers un réseau intégré de soins et de services pour les personnes âgées. 31 pages dactylo.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Plaine (1997). Plan de transformation du réseau[...] de la santé et des services sociaux. Cadre de référence. 15 pages dactylo.

²¹ Pour préserver l'anonymat du CLSC, les noms fictifs attribués au CLSC et à la Régie régionale dans le texte remplacent également leurs noms réels dans la bibliographie.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LE COMITÉ AVISEUR

Le comité aviseur est composé de 9 personnes de différents statuts dans les équipes de maintien à domicile. Ainsi, on y retrouve des infirmières en maintien à domicile, des auxiliaires familiales et sociales, dont certaines sont instructeurs PDSB, des représentantes d'un syndicat d'infirmières et de l'association des auxiliaires familiales et sociales, de l'association des CLSC et de la RRSSS, une représentante des gestionnaires du programme de maintien à domicile d'un CLSC et une conseillère de l'ASSTSAS.

Le comité s'est réuni à trois reprises : le 19 septembre 1997, le 15 décembre 1997 et le 1^{er} juin 1998. À la première réunion les chercheuses ont présenté les objectifs et la méthodologie de l'étude exploratoire. Par la suite le rôle du comité a été précisé; il consistait à suivre le projet exploratoire en vue :

- d'enrichir la problématique de santé et de sécurité présentée dans le rapport de recherche;
- de suggérer des pistes de recherches futures à entreprendre;
- de maximiser les retombées concrètes pour le CLSC qui a participé à l'étude exploratoire.

Une discussion sur la problématique abordée s'est ensuite déroulée. La deuxième rencontre a permis de discuter les résultats préliminaires de l'étude et de les enrichir. Enfin, la troisième réunion a servi à compléter la présentation des résultats et surtout à aborder des pistes de recommandations en termes de recherches et d'interventions.

ANNEXE 2 : GRILLES D'OBSERVATION

1. Travailleuse

Date de la journée d'observation : ___/___/197

Nom : _____ Sexe : F H

Emploi : Auxiliaire familiale Emploi antérieur : _____
 Infirmière

Âge : ___ ans Expérience dans l'emploi : ___ années
 Expérience au CLSC : _____ années

Taille : ___ m ___ cm ou Poids : ___ kgs ou
 ___ pieds ___ pouces ___ lbs

Formation : _____ Date : _____

Accident :

Date : ___/___/___	Siège : _____	Durée absence : _____ jours
Date : ___/___/___	Siège : _____	Durée absence : _____ jours
Date : ___/___/___	Siège : _____	Durée absence : _____ jours
Date : ___/___/___	Siège : _____	Durée absence : _____ jours

Dernière absence du travail :

Date : ___/___/___ Raison : _____ Durée absence : _____ jours

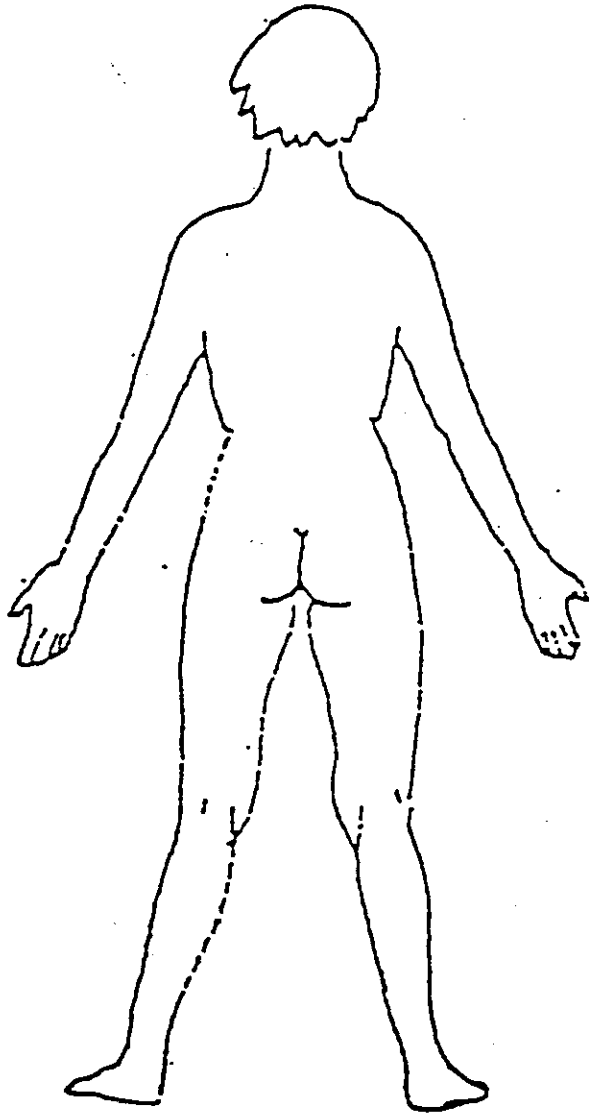
Tenue vestimentaire : _____
 (vêtement, chaussure)

Équipements particuliers : _____
 (tablier, genouillère, etc.)

Fatigue et douleur²²

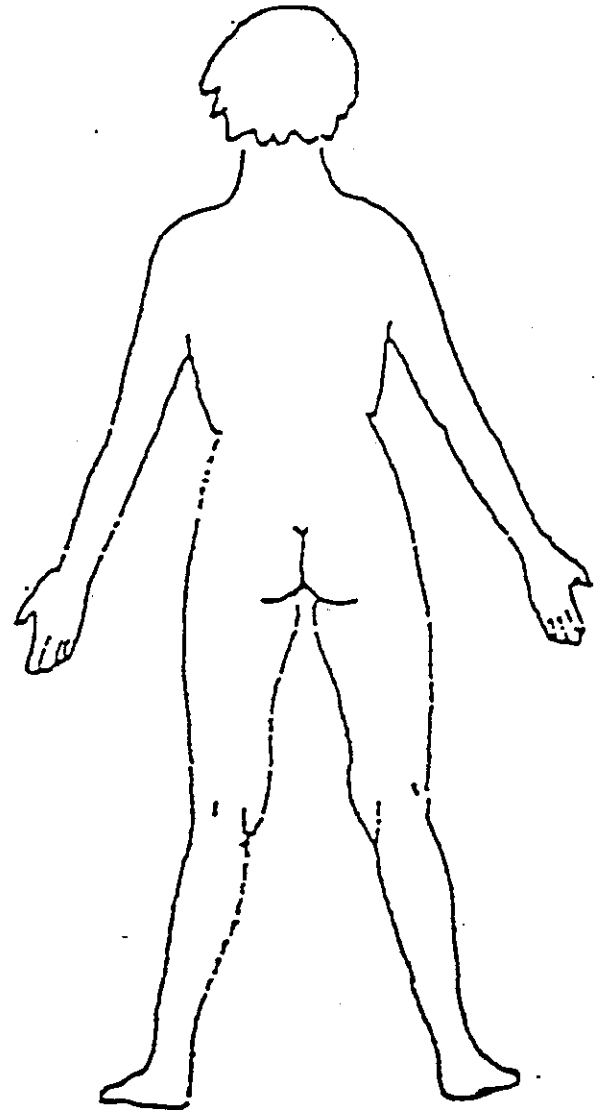
Durant la dernière semaine avez-vous ressenti des sensations de **fatigue** ou d'**inconfort** à la fin de la journée de travail régulier?

Si oui, indiquez où sur le schéma.



Durant la dernière semaine avez-vous ressenti des sensations de **douleur** ou d'**inconfort** à la fin de la journée de travail régulier?

Si oui, indiquez où sur le schéma.



Ressentez-vous une douleur à d'autres endroits dans des situations particulières? veuillez décrire ces situations :

²²

Les schémas corporels utilisés proviennent de Vézina N., Courville J., Geoffrion L. (1998). Problèmes musculo-squelettiques dans une usine de transformation de la volaille dans le contexte d'une division

2. Portrait de la journée d'observation

Date de la journée d'observation : ___/___/97

Kilométrage parcouru : _____ km en début de journée
_____ km en fin de journée

Température : ____ °C Conditions climatiques : _____

Planification prévue en début de journée :

Trajet ou soins	Temps prévu	Commentaires
1 ^{er} trajet		
1 ^{er} soin Nom : _____		
2 ^{ième} trajet		
2 ^{ième} soin Nom : _____		
3 ^{ième} trajet		
3 ^{ième} soin Nom : _____		
4 ^{ième} trajet		
4 ^{ième} soin Nom : _____		
5 ^{ième} trajet		
5 ^{ième} soin Nom : _____		

Déroulement réel de la tournée :

Trajet ou soins	Heure début	Heure fin	Durée	Remarques diverses
1 ^{er} trajet				
1 ^{er} soin Nom : _____				
2 ^{ième} trajet				
2 ^{ième} soin Nom : _____				
3 ^{ième} trajet				
3 ^{ième} soin Nom : _____				
4 ^{ième} trajet				
4 ^{ième} soin Nom : _____				
5 ^{ième} trajet				
5 ^{ième} soin Nom : _____				

3. Patient et réseau

Date de la journée d'observation : ___/___/97

Nom : _____ Sexe : F H

Âge : ___ ans Poids : ___ kg ou ___ lbs Langue : _____

Plan d'intervention et d'allocation de services (prévu par CLSC) : oui non
 Interdisciplinaire Disciplinaire

Problème	Intervention	Intervenant	Services alloués (nb. de fois/sem)

Demandez l'avis de l'intervenante sur la **capacité de mise en charge** du patient :
 Équilibre _____ Force des jambes : _____ Force des bras : _____

Compréhension : _____ Collaboration : _____

Personne vit seule : Oui Non, Précisez avec qui : _____

Âge : ___ ans État de santé : _____

Environnement psychosocial : _____

Au moment de la visite, y avait-il quelqu'un à domicile :

Oui Non, Précisez qui : _____

Aide de cette personne dans le travail de l'intervenante :

Aide Comment : _____

Nuit Comment : _____

Aucune aide

Présence d'un animal : _____

Autres informations sur le patient et son réseau : _____

À remplir après l'observation :

Source principale de l'effort : _____

Sollicite l'aide du patient : _____

Demander à la travailleuse comment s'est passé le travail par rapport aux autres journées en termes de soins, de communications ou de divers autres aspects : _____

4. Environnement

Date de la journée d'observation : ___ / ___ /97 Nom : _____

Type d'habitation : Maison privé

Appartement

HLM

Autre : _____

Plan des pièces où sont dispensées les soins ainsi que des pièces-liens (corridor, escalier, etc.).
Préciser les principaux meubles, objets et les types de surface. Donner une idée des distances :

Température intérieure : _____ °C

Qualifier l'état des lieux de chaque pièce (encombrement, propreté, exigüité, etc.) :

1^{ère} pièce : _____2^{ième} pièce : _____3^{ième} pièce : _____4^{ième} pièce : _____

5. Équipement et matériel

Date de la journée d'observation : ___ / ___ /97 Nom : _____

Inventaire des équipements et du matériel spécialisés à domicile :

Équipement/matériel	Provenance	État	Commentaire
Pour l'hygiène personnelle			
Lits d'hôpitaux / accessoires Hauteur du lit : _____ cm			
Fauteuils roulants / accessoires			
Pour la toilette			
Pour les transferts			

Pour la marche			

Autres types d'équipements ou de matériel utilisés pour accomplir le travail : _____

ANNEXE 3 : PROTOCOLE D'ENTREVUE DE GROUPE

Entrevue va durer environ 2 heures et demie, nous voulons aborder plusieurs aspects de votre travail et de son organisation.

Tour de table pour présentation : nom, expérience

Travail et organisation du travail :

- Déroulement d'une **journée type** de travail
- Déroulement d'une **semaine type** en insistant sur les variations par rapport à la journée type qui vient d'être décrite
- Éléments que vous considérez **les plus importants** dans votre travail
- Ce que vous **aimez le plus** dans votre travail
- Facteurs de **pénibilité** associés à votre travail (reliés à l'horaire, au bénéficiaire, à sa famille et à son environnement de vie, trajet, collaboration d'équipe ou de la hiérarchie, ...)
- **Stratégies**, individuelles et collectives, développées et utilisées pour contourner, amoindrir ou éliminer ces facteurs de pénibilité (si possible considérer chacun des facteurs de pénibilité listée précédemment)
- Rôle (positif ou négatif) joué par l'**âge, l'expérience et le sexe** dans l'élaboration de ces **stratégies**
- **Qualifications et qualités personnelles** nécessaires pour accomplir votre travail (académiques et personnelles)
- **Impact de la philosophie du CLSC** (encourager autonomie des clients, équité, droit du client à rester chez lui, ...) sur leur travail réel
- Écart entre le **travail prescrit** (politique du CLSC, organisation, ...) et le **travail réel**
- **Horaire** et organisation du temps de travail (soir, fin de semaine, ...)
- **Échange d'information et communication** (formel et informel) : téléphone, dossier, réunion, discussion avec collègue, chef d'équipe, ... (en cas d'urgence que faites-vous ?)
- Lieu et temps prévu par l'organisation pour **décompresser et ventiler** (psychologiquement et émotivement); s'il n'existe pas que faites-vous ?
- **Équipement** chez bénéficiaires (politique du CLSC prescrite et réelle, ...)
- Vous faites partie d'une **équipe de travail pluridisciplinaire**, est-ce que vous considérez qu'il existe une **reconnaissance de vos savoir-faire et de votre expérience** et comment qualifieriez-vous les relations entre :
 - les pairs
 - les collègues d'autres emplois de soins à domicile
 - la hiérarchie immédiate
 - la hiérarchie intermédiaire
- De façon générale, comment qualifieriez-vous le **climat de travail**
- Rapport entre la **vie de travail** et la **vie privée**

- De façon générale, qu'est-ce que vous considérez qu'il faut protéger dans votre travail
 - De façon générale, qu'est-ce que vous considérez qu'il faut changer dans votre travail
- Garder au minimum une demi-heure pour cette dernière partie de l'entrevue

Risques :

- **Violence et peur**
- **Problèmes de santé**
- **Douleurs**
- **Accidents**
- **Intégration de la santé et de la sécurité au travail quotidien et à la gestion**
- **Pratiques réelles pour la prévention et savoir-faire de prudence**
- **Pistes à envisager pour améliorer la situation de travail**

Virage ambulatoire :

- **Impact sur :** l'organisation du travail
les tâches réelles
les risques
- **Est-ce que vous vous voyez encore exercer votre métier dans quelques années?**

ANNEXE 4 : OBSERVATION DES AUXILIAIRES FAMILIALES ET SOCIALES

Les observations du travail des AFS ont consisté en 22 visites au cours de 5 jours dans la semaine du 29 septembre au 3 octobre. Les principales caractéristiques des patients et patientes visités ainsi que les soins dispensés sont les suivants :

Jour 1 - auxiliaire familiale et sociale de 49 ans

- Patient 1 - Bain au lit en utilisant lève-personne suivi d'un transfert dans un fauteuil roulant, femme de 75 ans, très handicapée
- Patient 2 - Bain au lavabo, femme, 75 ans, alzheimer
- Patient 3 - Bain et lavage de cheveux, femme, 67 ans, arthrite douloureuse

Jour 2 - auxiliaire familiale et sociale de 26 ans

- Patient 1- Bain et lavage de cheveux, homme, 91 ans, très autonome
- Patient 2 - Bain, lavage de cheveux et autres soins, femme, 81 ans, problème d'équilibre
- Patient 3 - Bain, lavage de cheveux et autres soins, femme, 83 ans, problème d'équilibre
- Patient 4* - Bain au lit, femme, 75 ans, obèse
- Patient 5 - Bain, femme, 67 ans, fracture hanche

Jour 3 - auxiliaire familiale et sociale de 55 ans

- Patient 1- Bain, lavage de cheveux et autres soins, femme, 86 ans, alzheimer
- Patient 2 - Bain et lavage de cheveux, femme, 76 ans, assez autonome
- Patient 3 - Bain de pieds, femme, 80 ans, perte d'autonomie
- Patient 4 - Bain, lavage de cheveux et compagnie, femme, 80 ans, opération

Jour 4 - auxiliaire familiale et sociale de 42 ans

Patient 1* - Bain au lit, femme, 75 ans, très obèse

Patient 2 - Bain, femme, 82 ans, arthrite

Jour 5 - auxiliaire familiale et sociale de 55 ans

Patient 1- Bain et lavage de cheveux, homme, 70 ans, très autonome

Patient 2 - Bain et lavage de cheveux, femme, 80 ans, problème d'équilibre

Patient 3 - Bain, femme, 72 ans, orthèse jambe

Jour 6 - auxiliaire familiale et sociale de 56 ans

Patient 1- Bain au lavabo, lavage de cheveux et changement de colostomie, femme, 87 ans, peu autonome

Patient 2 - Bain, femme, 91 ans, problème d'équilibre

Patient 3 - Bain au lit, femme, 94 ans

Patient 4 - Bain, lavage de cheveux et autres soins, femme, 80 ans, moyennement autonome

Patient 5 - Bain au bain, femme, 76 ans, obèse

* Même patiente

Synthèse en fonction des types de soins :

Bain au lit	4 cas
Bain au lavabo	2 cas
Bain de pieds	1 cas
Bain et autres soins	15 cas

ANNEXE 5 : OBSERVATION DES INFIRMIÈRES

Les observations du travail des infirmières ont consisté en 32 visites à 29 patients au cours de 5 jours dans la semaine du 20 au 25 octobre. Les principales caractéristiques des patients et des patientes visités ainsi que les soins dispensés sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Jour 1 - infirmière de 46 ans

- Patient 1 - Prise de sang, femme de 75 ans, cancer hanche, douleur
- Patient 2 - Prise de sang, femme, 85 ans
- Patient 3* - Pansement avec mèche, homme, 60 ans
- Patient 4 - Pansement avec mèche, colostomie, diabétique, femme, 65 ans
- Patient 5 - Annulation de services, femme, 85 ans
- Patient 6 - Réévaluation des besoins, femme, 90 ans

Jour 2 - infirmière de 45 ans

- Patient 1 - Glycémie, pression, préparer insuline, femme, 64 ans,
- Patient 2 - Prise de sang, femme, 77 ans
- Patient 3 - Prise de sang, femme, 66 ans
- Patient 4 - Prépare pilulier, homme, 74 ans
- Patient 5 - Soins de plaie, homme, 84 ans
- Patient 6 - Soins de plaie, homme, 34 ans

Jour 3 - infirmière de 55 ans

- Patient 1 - Glycémie, pression, poids, homme, 60 ans
- Patient 2 - Pansement « opsité », femme, 85 ans

- Patient 3 - Pression, femme, 90 ans
Patient 4 - État qui se détériore, pansement pied, femme, 80 ans
Patient 5 - Bain au lit, modification du milieu, femme, 75 ans
Patient 6 - Élaboration du plan d'intervention, femme, 82 ans

Jour 4 - infirmière de 36 ans

- Patient 1* - Pansement avec mèche, homme, 60 ans
Patient 2 - Pansement au pied, homme, 82 ans
Patient 3** - Pansement avec mèche, femme, 25 ans
Patient 4 - Pansement pied, femme, 70 ans
Patient 5 - Pansement aux pieds, homme, 45 ans
Patient 6 - Changement de sonde, femme, 70 ans
Patient 7 - Vérification de glycémie, femme, 70 ans

Jour 5 - infirmière de 47 ans

- Patient 1* - Pansement avec mèche, homme, 60 ans
Patient 2 - Pansement avec mèche, femme, 40 ans
Patient 3 - Pansement avec mèche, femme, 54 ans
Patient 4 - Pansement au pied, femme, 50 ans
Patient 5 - Vérification des signes vitaux, pansement, homme, 60 ans
Patient 6** - Pansement avec mèche, femme, 25 ans
Patient 7 - Pansement avec mèche, femme, 60 ans.

* Même patient

** Même patiente