

**Importance de l'organisation
du travail comme soutien
aux stratégies protectrices
des auxiliaires familiales
et sociales et des infirmières
des services de soins
et de maintien à domicile**



**ÉTUDES ET
RECHERCHES**

Esther Cloutier
Hélène David
Élise Ledoux
Madeleine Bourdouxhe

Catherine Teiger
Isabelle Gagnon
François Ouellet

R-429

RAPPORT





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

NOS RECHERCHES *travaillent pour vous !*

MISSION

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

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

POUR EN SAVOIR PLUS...

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

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

Abonnement : 1-877-221-7046

IRSST - Direction des communications
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2

Téléphone : (514) 288-1551

Télécopieur : (514) 288-7636

publications@irsst.qc.ca

www.irsst.qc.ca

© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
septembre 2005

Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile

Esther Cloutier¹, Hélène David², Élise Ledoux¹, Madeleine Bourdouxhe¹,
Catherine Teiger³, Isabelle Gagnon² et François Ouellet²

¹Organisation du travail, IRSST

²Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP) - Université de Montréal

³Laboratoire d'ergonomie du CNAM

ÉTUDES ET RECHERCHES

RAPPORT

Cliquez recherche
www.irsst.qc.ca



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

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

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSST

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

SOMMAIRE

Comme l'a montré une étude exploratoire en 1998, les emplois d'auxiliaires (AFS) et d'infirmières sont les deux emplois les plus nombreux en termes d'effectifs dans les CLSC au Québec et ils présentent des risques importants pour la santé et la sécurité (SST). Cette étude exploratoire avait montré que l'organisation du travail peut soutenir de manière plus ou moins efficace les travailleuses par différentes mesures. Le secteur de la santé est en croissance, la main-d'œuvre y est vieillissante; plusieurs recrues devront être engagées et conservées. Une nouvelle recherche a donc été réalisée afin d'étudier le rôle de l'organisation du travail des services de soins à domicile (SAD) comme soutien : 1) à l'élaboration de stratégies protectrices de travail des auxiliaires (AFS) et des infirmières expérimentées; 2) au développement de ces stratégies par les novices; 3) à l'utilisation de ces stratégies lors de la réalisation de l'activité réelle particulièrement pour des situations de travail à risque. Cette étude vise à suggérer des pistes d'aménagements organisationnels permettant de soutenir le personnel, contribuant à garantir la qualité des soins ainsi qu'une meilleure prévention des risques pour les travailleuses.

Cette recherche interdisciplinaire comprend quatre études de cas enchâssées de SAD de CLSC qui se distinguent par certaines caractéristiques organisationnelles. Pour rendre compte de cette problématique complexe, les données recueillies dans chaque service proviennent de différentes sources : 48 entrevues individuelles auprès de gestionnaires et de représentants du personnel; 11 entrevues collectives d'AFS et d'infirmières d'âge et d'expérience variés; observation de l'activité de travail de 11 AFS et de 11 infirmières; observation de 35 réunions de travail de divers types; sept entrevues collectives et individuelles auprès d'AFS ayant subi des accidents ou vécu des problèmes de santé liés au travail; documents administratifs; données de main-d'œuvre, de lésions professionnelles et d'absence pour problèmes de santé au cours des trois dernières années; questionnaire portant sur la santé musculo-squelettique et la santé psychologique.

Les résultats indiquent que le niveau de risque de problèmes de SST des AFS et des infirmières est très préoccupant quand on considère les lésions compensées par la CSST, les assignations temporaires ainsi que les absences de santé ayant des liens potentiel avec le travail. Les AFS sont principalement victimes de problèmes musculo-squelettiques mais également dans une moindre mesure de troubles psychologiques. Les infirmières quant à elles demandent principalement des compensations pour des troubles de santé psychologiques reliés au travail. D'autres types d'indicateurs de risque prospectifs basés sur des particularités de l'organisation du travail ont également été élaborés. Ils permettent d'enrichir le portrait de SST et sont utiles pour la prévention puisqu'ils montrent le niveau réel d'intégration des pratiques de SST.

Cette recherche a aussi conduit à l'élaboration d'un modèle théorique qui met en évidence le fait que l'activité de travail des travailleuses et les stratégies de travail qu'elles développent découlent de plusieurs aspects qui caractérisent leur travail (la travailleuse et son équipe, l'utilisateur et son réseau, l'environnement de travail et l'organisation du travail). L'intérêt de ce modèle en terme d'identification des problèmes et, par le fait même, de prévention, est illustré avec l'analyse d'une situation problématique particulière de SST vécue par plusieurs auxiliaires du CLSC 2.

L'analyse fine de l'activité de travail des AFS et des infirmières révèle l'existence de plusieurs stratégies protectrices de travail visant la préservation de leur santé physique et psychologique en

réduisant la charge physique, cognitive et affective liée au travail. Ces stratégies sont classées en six groupes, pour les AFS. Pour les infirmières les stratégies, répertoriées en neuf catégories, sont surtout axées sur la diminution de la charge de travail à court et long terme. Par ailleurs, l'expérience du métier s'avère bénéfique car elle favorise l'acquisition de stratégies protectrices qui permettent de réduire les contraintes posturales et ce, pour les deux groupes professionnels même si dans l'ensemble, les infirmières tendent à moins se protéger. L'analyse montre aussi que l'expérience du métier influence la nature des interactions verbales réalisées avec les clients. Ainsi, les travailleuses expérimentées développent la capacité de réaliser des activités de dépistage, de planification du soin ou d'enseignement, par le biais des interactions, tout en réalisant simultanément les soins. L'expérience du métier permet aussi de réduire la durée du temps de soin, tant chez les auxiliaires que les infirmières.

Cette recherche montre également que la connaissance du cas, favorisée ou non par l'organisation du travail, est un élément nécessaire mais non suffisant pour assurer la SST des travailleuses de soins à domicile. Elles doivent aussi disposer de marges de manœuvre afin d'avoir la possibilité de développer des stratégies protectrices et de les utiliser. Ces marges de manœuvre individuelles permettent au personnel de réguler son activité de travail selon différents paramètres (âge, expérience, fatigue, santé), ce qui est très important en termes de prévention. La façon d'organiser le travail n'est pas neutre à cet égard. Les marges de manœuvre dont disposent les individus, ou les mécanismes de régulation qui leur sont accessibles seront plus ou moins favorisés par divers choix organisationnels. Voici les principaux choix organisationnels qui ressortent de cette étude comme déterminants pour la prévention de nombreux problèmes de SST :

- la possibilité d'aménager les routes et de favoriser une gestion préventive de la flexibilité des temps de travail,
- l'importance des mécanismes de transmission et de circulation d'information,
- la possibilité de développer des collectifs professionnels et multiprofessionnels de travail,
- l'usage d'outils de gestion et de suivi des clientèles ainsi que leur mode d'implantation.
- Une gestion prudente du personnel de différents statuts d'emploi,
- l'existence de procédures claires et de leur application pour l'aménagement des domiciles,
- l'accès à de la formation ainsi qu'à de l'information sur différentes problématiques,
- l'existence de réunions professionnelles et multidisciplinaires,
- la reconnaissance du travail invisible des travailleuses ainsi que de leur expérience.

Différents types de régulation des activités des services de SAD sont aussi mis en évidence dans les résultats. Il est possible de voir comment la régulation de la demande de soins et services est fortement induite par des normes ministérielles que les SAD appliquent avec une diversité de moyens. De plus les gestionnaires ont recours à la régulation de l'offre de soins et services, par le recours à du personnel à statut occasionnel, à celle de l'organisation du travail, par la division du travail entre sous-équipes spécialisées, à la régulation de modalités de transmission de l'information, par l'intermédiaire de discussions de cas, ou encore à celle de certaines modalités

d'implantation de changements organisationnels. Considérer ces différents choix organisationnels comme des modalités régulatrices permet de mieux saisir leur nature systémique.

Cette étude permet finalement de dresser un portrait d'un mode d'organisation du travail jouant un rôle protecteur de la SST de son personnel. Elle fait avancer la connaissance au sujet des contraintes de travail rencontrées par le personnel oeuvrant dans les secteurs des services. En outre plusieurs suggestions d'aménagements organisationnels de même que diverses pistes de recherches à entreprendre sont proposées.

REMERCIEMENTS

Cette étude n'aurait pas été possible sans la collaboration, la confiance et le temps de nombreuses personnes des quatre CLSC qui nous ont ouvert leurs portes. Nous les en remercions toutes.

Nous sommes particulièrement reconnaissantes aux auxiliaires familiales et sociales et aux infirmières qui ont directement participé, par les entrevues, les observations et les séances de restitution, à rendre cette étude possible, dans le contexte général actuel du réseau de la santé qui connaît de grandes perturbations. Nous tenons aussi à souligner la participation des gestionnaires et des représentants syndicaux des quatre CLSC qui, par leur disponibilité malgré leur charge de travail très élevée, ont aussi permis la réalisation de ce projet.

La collaboration des membres du comité aviseur et du comité scientifique qui ont été mis en place pour suivre le déroulement de cette recherche, nous a également été fort précieuse. Les discussions fructueuses lors des réunions de ces comités ont permis d'augmenter la portée des résultats auxquels cette recherche conduit. Nous les en remercions.

Pour le comité aviseur :

- Madeleine Asselin, du CLSC-CHSLD Sainte-Rose;
- Brigitte Doyon, Francine Dufresne, Thérèse Laforêt et Sylvie Vandal, de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ);
- Pauline Bégin-Brosseau, du Ministère de la santé et des services sociaux;
- Marie-Claude Beaulieu et Éliane Lafleur, de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval (précédemment la Régie régionale de la santé et des services sociaux);
- Nicole Collette et Mona Landry, de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec;
- Jean-Pierre Lavoie, de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (précédemment la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre);
- Carole Deshaies et Judith Leprohon, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;
- Mireille Lacasse, de l'Association des auxiliaires familiales et sociales du Québec;
- Rose-Ange Proteau, de l'Association pour la santé et la sécurité du travail, secteur des affaires sociales (ASSTSAS);
- Nathalie Picard et Fernande Tapp, pour la Centrale des syndicats nationaux (CSN).

Pour le comité scientifique :

- Dominique Bouteiller, du Département de gestion des ressources humaines de l'École des Hautes études commerciales de Montréal;
- Jean-Pierre Brun de la Faculté de gestion de l'Université Laval;
- Michel Perreault, de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	i
REMERCIEMENTS.....	iv
TABLE DES MATIÈRES.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DES FIGURES.....	xi
1. L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE SOINS À DOMICILE (SAD).....	1
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	5
2.1 Transformations du réseau de la santé, vieillissement de la population et de la main-d'œuvre et santé au travail.....	5
2.1.1 Transformations du réseau de la santé.....	5
2.1.2 Le vieillissement de la population.....	5
2.1.3 Le vieillissement de la main-d'œuvre.....	6
2.1.4 Vieillissement et santé au travail.....	6
2.2 Importance de la coopération avec le client comme déterminant de l'activité dans la relation de service.....	7
2.3 L'activité de travail des auxiliaires et des infirmières de soins à domicile.....	9
2.3.1 L'activité de travail des auxiliaires.....	9
2.3.2 L'activité de travail des infirmières.....	9
2.4 Stratégies protectrices de travail et SST.....	10
2.5 Organisation du travail et SST.....	12
2.6 Indicateurs de performance SST.....	14
2.7 Hypothèses.....	15
3. MÉTHODOLOGIE.....	17
3.1 Études de cas enchâssées.....	17
3.2 Comité aviseur et comité scientifique.....	18
3.3 Dynamique de terrain et comités de suivi locaux.....	19
3.4 Plusieurs sources de données et types d'analyses.....	20
3.4.1 Entrevues individuelles auprès de gestionnaires et de représentants du personnel.....	20
3.4.2 Entrevues collectives auprès d'AFS et d'infirmières.....	20
3.4.3 Observation de l'activité de travail et entrevues individuelles d'auto- confrontation.....	21
3.4.4 Entrevues de restitution des résultats après observations et entrevues.....	24
3.4.5 Consultation des dossiers des clients.....	25
3.4.6 Observation des réunions de travail de divers types.....	25

3.4.7	Entrevues de travailleuses ayant subi des accidents ou ayant été victimes de problèmes de santé.....	25
3.4.8	Documents administratifs	26
3.4.9	Données de main-d'œuvre, de lésions professionnelles et d'absences pour problèmes de santé.....	26
3.4.10	Questionnaire sur la santé musculo-squelettique et la santé psychologique.....	27
3.4.11	Données québécoises de main-d'œuvre et de lésions professionnelles	28
3.4.12	Journal de bord de la recherche	28
3.5	L'approche par convergence des données : la triangulation.....	28
3.6	Nouvelle approche méthodologique de l'activité de travail des relations de service	30
3.7	Étude approfondie des horaires de travail et de l'implantation du logiciel de gestion des horaires des auxiliaires familiales et sociales dans deux CLSC	30
3.8	Analyse comparative de la performance SST des quatre SAD.....	31
3.8.1	Les indicateurs de mesure de résultats.....	31
3.8.2	Les indicateurs d'état.....	32
3.8.3	Les indicateurs prospectifs.....	32
3.9	Portée et limites de l'étude.....	33
4.	PORTRAIT GLOBAL DE LA SST des quatre CLSC étudiés.....	37
4.1	Indicateurs d'absence pour cause de lésions et de problèmes de santé	37
4.2	Types de lésions et de problèmes de santé entraînant des absences du travail.....	39
4.3	Niveau de risque de problèmes de SST	40
4.4	Symptômes musculo-squelettiques.....	40
4.5	La santé psychologique.....	41
4.6	Caractéristiques des circonstances ayant entraîné des problèmes de santé et des accidents reliés au travail	43
4.7	Synthèse	48
5.	MODÈLE THÉORIQUE des déterminants de la présence de stratégies protectrices chez le personnel soignant et exemple d'une problématique SST chez les auxiliaires.	49
5.1	Modèle théorique des déterminants de la présence de stratégies protectrices chez le personnel soignant	49
5.2	Déterminants de la SST : un exemple chez les auxiliaires, le cas de la « dame aux bas » 53	
5.2.1	Description et historique de la problématique de SST.....	54
5.2.2	Description des déterminants organisationnels en jeu	57
6.	Activité de travail et développement des stratégies protectrices avec l'expérience	61
6.1	Les stratégies protectrices des AFS	61
6.2	Les acquis de l'expérience des AFS	64
6.3	Les stratégies protectrices des infirmières	69
6.4	Les acquis de l'expérience des infirmières	77
6.5	Synthèse	79
7.	FACTEURS ORGANISATIONNELS FAVORISANT LE DÉVELOPPEMENT ET L'UTILISATION DE STRATÉGIES PROTECTRICES ET LA SST	81

7.1	Étude approfondie des horaires de travail des AFS dans deux des quatre CLSC	81
7.1.1	Un travail très diversifié.....	82
7.1.2	Des activités non comptées et un travail invisible de suivi et de soutien	84
7.1.3	Peut-on comprimer les journées au maximum?.....	85
7.1.4	Les stratégies des AFS expérimentées qui connaissent bien leurs clients	87
7.2	Le statut d'emploi	88
7.2.1	Les effets du statut d'emploi sur le recours aux stratégies par les AFS	89
7.2.2	Les effets du recours à du personnel à statut précaire sur l'activité de travail des infirmières et sur leur SST.....	90
7.3	La charge de travail.....	92
7.3.1	Les effets de l'intensification de la charge de cas sur le recours aux stratégies de protection.....	92
7.3.2	La charge de travail réelle des infirmières : charge réelle des gestionnaires de cas et sa sous-estimation dans les statistiques officielles.....	97
7.3.3	Analyse des activités de travail réalisées au CLSC par les infirmières	100
7.4	Stabilisation des clientèles	102
7.4.1	Les effets de la stabilité des clientèles sur les temps de soin du personnel soignant. 102	
7.4.2	Les effets de la connaissance du cas sur les stratégies développées par les personnels et sur leur SST.....	103
7.5	Les réunions comme mécanisme majeur de transmission et de circulation de l'information	106
7.5.1	Les réunions d'équipe multidisciplinaires aux CLSC 2	107
7.5.2	Les réunions de secteur au CLSC 2	108
7.5.3	Les séances de ventilation au CLSC 3.....	109
7.6	Les politiques d'aménagement des lieux de travail et de formation.....	110
7.6.1	Les effets de l'aménagement des salles de bains et de la formation sur les contraintes vécues par les AFS	110
7.6.2	Le contrat de service comme mesure de préservation de la SST des AFS	113
7.6.3	Implication des AFS dans l'évaluation de l'aménagement des salles de bain comme soutien à l'élaboration de stratégies protectrices de travail	113
7.6.4	Lacunes dans la formation et l'aménagement des lieux de travail pour les infirmières	114
7.7	Les collectifs de travail	115
7.7.1	Identification des collectifs de travail dans les différents milieux.....	115
7.7.2	Relations entre les collectifs de travail et la SST des personnels.	116
7.7.3	Obstacles à la constitution d'un collectif de travail.....	117
7.8	La reconnaissance	118
7.9	Outils de gestion informatisés.....	119
7.9.1	L'informatisation des prélèvements pour les analyses de laboratoire : impacts sur le travail des infirmières.....	119
7.9.2	Le logiciel de gestion des horaires des AFS	120
7.10	Synthèse	124
8.	Les mécanismes de régulation de la demande et de l'offre de soins et services et leurs enjeux organisationnels.....	127

8.1	La régulation de la demande de soins et services de la part d'usagers actuels ou potentiels.....	128
8.1.1	Les critères formels et normatifs d'admissibilité.....	128
8.1.2	L'application des normes par les services de SAD.....	129
8.1.3	Les effets sur la légitimité de la demande.....	131
8.2	La régulation des ressources humaines.....	131
8.2.1	Le recours à du personnel occasionnel.....	132
8.2.2	Les enjeux organisationnels de l'évolution des groupes professionnels.....	134
8.3	La division du travail entre sous-équipes spécialisées.....	136
8.4	La régulation de certains processus de transmission de l'information de services de SAD.....	138
8.4.1	Du temps de réunion qui en vaut la peine.....	138
8.4.2	La recherche de modalités de réunion efficaces.....	140
8.5	Modalités d'implantation de certains changements organisationnels.....	141
8.6	Synthèse.....	144
9.	Comparaison de la performance SST des SAD selon leurs modes d'organisation du travail.....	145
9.1	Les caractéristiques structurelles et de main-d'œuvre des quatre CLSC.....	145
9.2	Comparaison des modes d'organisation du travail et des pratiques de gestion des quatre SAD.....	147
9.2.1	Comparaison des modes d'organisation du travail.....	148
9.2.1.1	Les effectifs et les statuts d'emploi.....	148
9.2.1.2	La répartition des clientèles.....	150
9.2.1.3	La charge de cas.....	151
9.2.1.4	La gestion des routes.....	152
9.2.1.5	Les mécanismes formels de transmission et de circulation de l'information.....	153
9.2.1.6	Reconnaissance du travail de pivot des infirmières et soutien clinique et administratif.....	154
9.2.1.7	Reconnaissance du travail des AFS.....	155
9.2.2	Comparaison des pratiques de gestion des changements.....	155
9.3	Comparaison de la performance SST des quatre SAD.....	157
9.3.1	La performance en SST selon les indicateurs de mesure de résultats.....	157
9.3.2	La performance en SST selon des indicateurs d'état.....	158
9.3.3	La performance en SST selon des indicateurs prospectifs.....	160
9.3.3.1	La conformité du domicile.....	160
9.3.3.2	L'organisation de la prévention.....	160
9.3.3.3	Les pratiques sécuritaires.....	163
9.4	Parallèle entre les modes d'organisation du travail et la performance SST.....	164
10.	Discussion et conclusions.....	167
10.1	Anticipation du risque dans un contexte de relation de service.....	168
10.2	Marges de manœuvre : une question d'organisation du travail.....	170
10.3	Marges de manœuvre : une question liée aussi aux contraintes macroscopiques du secteur.....	176
10.4	Vers un mode d'organisation du travail protecteur de la SST du personnel dans les soins à domicile.....	177

10.5 Développement méthodologique	179
11. Retombées dans les milieux et en terme de recherche.....	181
11.1 Les pistes d'aménagement organisationnel	181
11.2 Retombées en terme de recherche.....	185
Bibliographie.....	187
ANNEXES.....	197

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1 : Caractéristiques des variables indépendantes considérées dans les analyses et nombre de soins observés pour chacune des catégories retenues	22
Tableau 4.1 : Indicateurs de risque correspondant aux cas compensés par la CSST et en assignation temporaire pour les quatre CLSC étudiés sur une période de trois ans et pour le Québec	38
Tableau 4.2 : Nombre d'heures d'absence compensées par l'assurance salaire pour les quatre CLSC étudiés sur une période de trois années et indicateurs de risque.....	38
Tableau 4.3 : Répartition des absences de santé selon le lien potentiel avec le travail pour les quatre CLSC étudiés sur une période de trois ans	39
Tableau 4.4 : Niveau de risque relié au travail selon l'emploi pour les quatre CLSC étudiés sur une période de trois années.....	40
Tableau 4.5 : Durées moyennes d'absence (jours) des problèmes reliés au travail selon l'emploi pour les quatre CLSC étudiés sur une période de trois années	40
Tableau 6.1 : Durées moyenne, minimale et maximale de la phase de soin selon l'expérience des auxiliaires (n=34 soins à la baignoire).....	67
Tableau 6.2 : Temps réel et temps saisis par les infirmières dans le logiciel SIC + selon le type de soins.....	75
Tableau 7.1 : Diversité et variabilité du travail des auxiliaires familiales et sociales des CLSC1 et CLSC2 (9 journées d'observation, 49 visites)	82
Tableau 7.2 : Pourcentage du temps d'une journée de travail consacré à diverses tâches et occupations, cas 1 (5 journées observées) et cas 2 (4 journées observées)	85
Tableau 7.3 : Durée des visites pour l'hygiène en baignoire : moyenne, minimum et maximum, CLSC 1 (16 observations) et CLSC 2 (15 observations).....	86
Tableau 7.4 : Exemple de stratégie de réorganisation : ordre prévu par le logiciel et ordre effectif des clients d'une journée de travail d'AFS expérimentée, CLSC 2	87
Tableau 7.5 : Durée moyenne, minimum et maximum de la phase de soins selon la charge de cas	94
Tableau 7.6 : Durée moyenne, minimum et maximum des visites selon la charge de cas	95
Tableau 7.7 : Différence entre le nombre de clients prévus, visités à domicile et le nombre total de clients nécessitant une intervention de tous types par les infirmières selon le statut	98
Tableau 7.8 : Durée des phases de soin en fonction de la connaissance du cas	103
Tableau 7.9 : Proportion de temps pendant lequel se déroulent de façon concomitante des soins et des interactions verbales selon la connaissance du cas	103
Tableau 7.10 : Type de réunion selon les CLSC étudiés	106
Tableau 7.11 : Principales caractéristiques des réunions multidisciplinaires et de secteur du CLSC 2	107
Tableau 9.1 : Les caractéristiques structurelles et de main-d'œuvre des quatre CLSC.....	147
Tableau 9.2 : Comparaison des modes d'organisation du travail des quatre SAD.....	149
Tableau 9.3 : Caractéristiques des pratiques de gestion des changements	156
Tableau 9.4 : Comparaison des indicateurs de résultats des quatre SAD.....	157
Tableau 9.5 : Indicateurs de santé psychologique des quatre SAD	159
Tableau 9.6 : Indicateurs de l'importance des douleurs musculo-squelettiques.....	159
Tableau 9.7 : Indicateurs prospectifs de performance SST des quatre SAD.....	161

Tableau 9.8 : Parallèles entre les modes d'organisation du travail des quatre SAD et trois types d'indicateurs de performance SST	164
Tableau 11.1 : Synthèse des pistes d'aménagement organisationnel présentées aux CLSC participants	182

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1 : Facteurs associés à la santé et à la sécurité des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières du SAD	3
Figure 4.1 : Douleurs attribuées au travail chez les AFS des quatre CLSC étudiés	41
Figure 4.2 : Douleurs attribuées au travail chez les infirmières des quatre CLSC étudiés	41
Figure 4.3 : Indices de santé psychologique des AFS des quatre CLSC étudiés	42
Figure 4.4 : Indices de santé psychologique des infirmières des quatre CLSC étudiés	42
Figure 5.1 : Modèle théorique	50
Figure 5.2 : L'utilisateur et son réseau	50
Figure 5.3 : L'organisation du travail	51
Figure 5.4 : L'environnement de travail	52
Figure 5.5 : La travailleuse et le collectif de travail	53
Figure 6.1 : Proportion du recours à des stratégies posturales pendant la phase de soin en fonction de l'expérience des auxiliaires (n=34 soins à la baignoire)	65
Figure 6.2 : Proportion de l'adoption des différentes postures par les auxiliaires pendant la phase de soin en fonction de l'expérience (n=34 soins à la baignoire)	66
Figure 6.3 : Proportion de la présence de contraintes posturales pendant la phase de soin en fonction de l'expérience des auxiliaires (n=34 soins à la baignoire)	66
Figure 6.4 : Proportion du temps consacré aux différents types d'interactions verbales avec les clients en fonction de l'expérience des auxiliaires (n=34 soins à la baignoire)	68
Figure 6.5 : Proportion de temps passé par les infirmières sous contraintes posturales pendant le soin et la préparation du matériel, en fonction de son emplacement (n=25 pansements)	71
Figure 6.6 : Proportion de temps passé par les infirmières sous contraintes posturales pendant le soin en fonction de la position du client (n=25 pansements)	71
Figure 6.7 : Proportion de l'adoption de différentes postures pendant la réalisation de pansements en fonction de l'expérience des infirmières	77
Figure 6.8 : Proportion de temps passé sous contraintes posturales pendant les pansements en fonction de l'expérience des infirmières	78
Figure 7.1 : Proportion des différentes interactions verbales réalisées de façon concomitante aux activités de soin par les AFS	89
Figure 7.2 : Proportion de l'adoption des différentes postures en fonction de la charge de cas	96
Figure 7.3 : Proportion des contraintes posturales vécues par les AFS en fonction de la charge de cas	96
Figure 7.4 : Proportion des activités réalisées au cours d'une journée de travail	97
Figure 7.5 : Temps d'intervention réel et temps saisi pour différents types de soin infirmier	99

Figure 7.6 : Proportion des activités réalisées pendant le travail au CLSC (n=11 après-midi).....	100
Figure 7.7 : Proportion des interactions verbales réalisées pendant le travail au CLSC	101
Figure 7.8 : Proportion des interactions concomitantes aux activités de soin en fonction de la connaissance du cas des infirmières (sans le silence)	104
Figure 7.9 : Proportion de l'adoption des différentes postures de travail en fonction du CLSC	112
Figure 7.10 : Proportion du temps passé sous contraintes postures en fonction du CLSC.....	113

1. L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE SOINS À DOMICILE (SAD)

Comme l'a montré une étude exploratoire publiée en 1998, les emplois d'auxiliaires familiales et sociales (AFS) et d'infirmières¹ sont les deux emplois les plus nombreux, en termes d'effectifs, dans les CLSC au Québec. Ce personnel est de plus relativement âgé et continue d'avancer en âge régulièrement malgré le nombre important de départs à la retraite de ces dernières années. En effet, pour la période allant de 2000 à 2002, les travailleuses de 45 ans et plus constituaient 53,7 % des AFS et 47,9 % des infirmières des CLSC québécois. Par ailleurs, les AFS et les infirmières sont dans des emplois à risques pour la santé et la sécurité. Bien que représentant 40 % de la main-d'œuvre des CLSC, elles regroupent plus de 60 % des lésions professionnelles. Pour la période allant de 2000 à 2002, le taux de fréquence est particulièrement élevé chez les AFS puisqu'il se situe à 8,1 % (comparé à 5,1 % en moyenne pour l'ensemble de la main-d'œuvre assujettie à la Loi sur la santé et la sécurité du travail). De plus, les durées d'absence, suite à une lésion professionnelle, sont également très élevées : 40 jours par an en moyenne chez les infirmières et 73 jours chez les AFS. (Compilation spéciale de l'IRSST, 2004).

La Figure 1.1 présente l'ensemble des facteurs associés à la santé et à la sécurité des AFS et des infirmières qui sont ressortis de l'étude exploratoire. Ces facteurs peuvent être 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 (inquiétude, état de santé, etc.), à l'environnement de travail (extérieur, domicile, CLSC), et à l'organisation du travail au CLSC. L'ensemble de ces facteurs influence de près ou de loin les conditions d'exécution du travail et, par ricochet, la santé et la sécurité des travailleuses. Ils n'entrent jamais en jeu isolément dans une situation de travail mais interagissent, au contraire, les uns avec les autres. En ce qui concerne l'organisation du travail, plus particulièrement, plusieurs facteurs sont apparus comme pouvant jouer un rôle au plan de la santé et de la sécurité du personnel. Parmi ceux-ci, on retrouvait notamment les contraintes liées au manque de ressources, à la gestion des ressources humaines, au manque de temps, à la coordination entre organismes et intervenants du réseau de la santé, aux procédures et politiques du CLSC, à la gestion de la santé et de la sécurité du travail, à la circulation d'information et à l'importance du recours aux agences privées.

Une main-d'œuvre vieillissante, et souvent expérimentée, semble constituer un atout indéniable en termes d'efficacité des soins et de protection vis-à-vis des risques, dans des lieux diversifiés et auprès de cas non standardisés que sont les soins à domicile. L'étude exploratoire a aussi clairement montré que les AFS et les infirmières expérimentées élaborent plusieurs stratégies de travail. Ces savoir-faire leur permettent de faire face aux multiples contraintes rencontrées dans l'exercice de leur travail et de se protéger ainsi des risques. Et ces stratégies semblent particulièrement efficaces en termes de sécurité puisque les travailleuses plus âgées sont victimes de moins d'accidents que leurs jeunes collègues.

Ces résultats concordent avec ceux d'autres chercheurs qui se sont intéressés à l'évolution des compétences au cours de la vie de travail dans différents métiers (auto contrôleurs de la sidérurgie, opérateurs de transport ferroviaire, travailleur de la construction automobile,

¹ Dans ce rapport, le féminin sera utilisé car les femmes constituent plus de 90 % des effectifs de ces emplois.

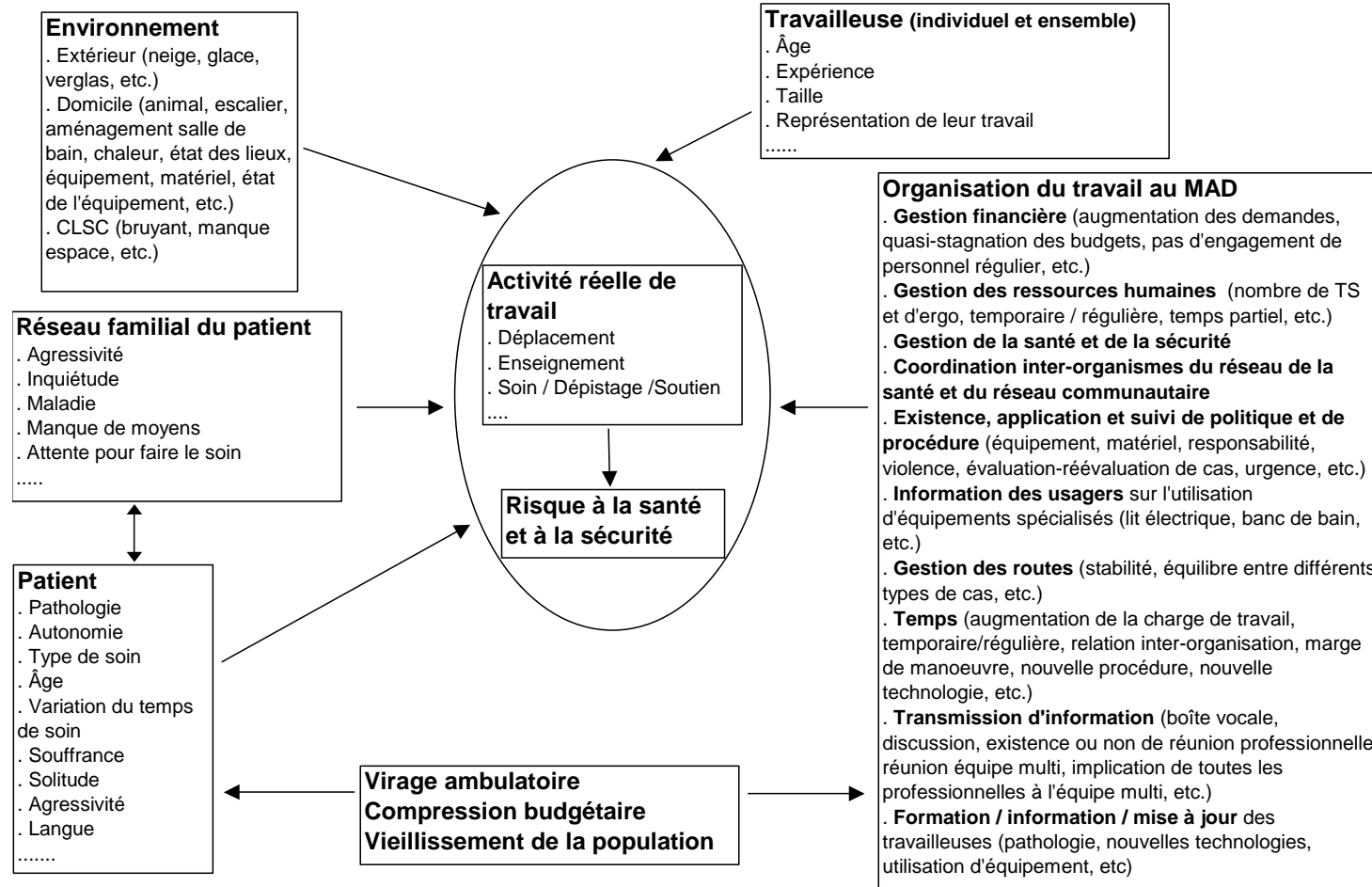
guichetier, cuisinier de la restauration collective, éboueurs). Ces chercheurs ont documenté de nombreuses différences, en termes de compétences et de stratégies de travail, entre les novices et les experts (Avila-Assunção, 1998; Pueyo, 1998; Caroly, 1999; Cloutier, 1994; Gaudart et Weill-Fassina, 1999). Ces travaux montrent qu'il existe des différences de stratégies entre les experts et les novices et que la mise en œuvre des stratégies compensatoires et protectrices qui se développent avec l'expérience, est un compromis entre les caractéristiques du travail et son organisation, celles du travailleur et les possibilités d'insertion dans un collectif.

Ainsi, l'organisation du travail peut soutenir les travailleuses de manière plus ou moins efficace par différentes mesures telles que l'existence et l'application de politiques et procédures, l'information aux usagers et la circulation d'information sur les soins et l'état de santé des patients. Il semble donc pertinent de s'intéresser aux facteurs organisationnels qui soutiennent l'élaboration et l'utilisation de stratégies de travail protectrices des risques à la santé et à la sécurité afin de bien comprendre comment ces éléments interagissent et s'associent. Cette problématique met l'accent sur les aspects positifs de l'avance en âge et de l'expérience pouvant être utilisées par les services de SAD pour améliorer l'efficacité et la qualité des services offerts.

Ce projet se propose donc d'étudier le rôle de l'organisation du travail comme soutien :

- 1) à l'élaboration de stratégies de travail protectrices des travailleuses expérimentées;
- 2) au développement de ces stratégies par les novices;
- 3) à l'utilisation de ces stratégies lors de la réalisation de l'activité réelle, particulièrement pour des situations de travail à haut risque.

Figure 1.1 : Facteurs associés à la santé et à la sécurité des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières du SAD



2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

La question de recherche vise une meilleure compréhension des multiples interrelations entre les facteurs d'organisation du travail, les stratégies protectrices liées à l'expérience et la santé des infirmières et des auxiliaires familiales et sociales des services de maintien à domicile. Afin de mieux conceptualiser la problématique, nous traiterons, dans un premier temps, des transformations du réseau de la santé et du vieillissement de la main-d'œuvre. Nous présenterons également les différents modèles existants pour analyser le travail de relation de service. Puis nous nous appuierons sur les résultats d'une recherche exploratoire réalisée dans un SAD, lesquels ont constitué la base à partir de laquelle ce projet a été élaboré pour caractériser l'activité de travail des auxiliaires et des infirmières en soins à domicile. Nous présenterons enfin quelques travaux portant sur les stratégies protectrices qui se développent avec l'expérience et sur les relations entre organisation du travail et santé et sécurité du travail. Ce chapitre se termine par un bref survol de la littérature sur les indicateurs de mesure de la performance en SST.

2.1 Transformations du réseau de la santé, vieillissement de la population et de la main-d'œuvre et santé au travail

2.1.1 Transformations du réseau de la santé

Le secteur de la santé au Québec est aux prises avec de profondes transformations, depuis une décennie, dans un contexte de compressions majeures des dépenses de l'État. Plusieurs autres transformations s'annoncent avec les fusions imposées de divers établissements et accréditations syndicales. Les établissements du réseau public de la santé sont donc confrontés à des choix difficiles.

En particulier les CLSC, établissements de première ligne du secteur public, ont été très touchés par la réorganisation des soins de santé à cause de leur sous-financement chronique au profit des hôpitaux de courte durée. Le processus de transfert d'une partie importante des soins de santé des hôpitaux vers le lieu de résidence des patients a accru considérablement le volume des usagers et de la demande de soins et services à domicile, sans que les ressources requises par les CLSC aient été ajustées proportionnellement (Contandriopoulos et coll., 2000), d'où une fréquente intensification du travail. Cette réorganisation du réseau de la santé, qui a également entraîné de multiples réorganisations dans les CLSC et leurs services de SAD, n'est pas étrangère à différents processus de transformation du métier d'AFS et de la profession d'infirmière.

2.1.2 Le vieillissement de la population

Comme dans les autres pays les plus industrialisés, la population des 65 ans et plus doublera ou presque au cours des 50 prochaines années, au Canada. Elle devrait alors représenter 24 % de la population. Fruit de l'allongement de la durée de vie, qui est une victoire sur la mort, la population des 80 ans et plus se multipliera, quant à elle, par un facteur de trois à quatre. Cette population représentera alors de 8 à 11 % de l'ensemble de la population (presque autant que la population actuelle de 65 ans et plus (Légaré, 2001)). Alors que les cohortes futures seront en meilleure santé que les actuelles, la population de 80 ans et plus comprendra néanmoins des proportions élevées de personnes avec incapacités, souligne R. Hébert (2003). Cet effet est déjà

perceptible dans les services de soutien à domicile dont les usagers chroniques sont plus âgés qu'avant, en moins bonne santé et affligés de plus d'incapacités. La demande pour les soins à domicile n'en sera que plus forte alors que les transformations organisationnelles et institutionnelles du réseau de la santé, pour accorder la place requise aux soins et services à domicile ne sont pas encore réalisées (Hébert, *op.cit.*).

De plus, ayant comparé le moment et la durée requise pour que la population âgée passe de 12 à 25 % de la population globale dans différents pays, la Régie des rentes du Québec (2001) souligne que ce processus ne s'étalera que sur trente ans au Québec, contrairement à plusieurs pays d'Europe où il aura pris une soixantaine d'années. Ces données suscitent de nombreuses réflexions et provoquent des débats face aux coûts anticipés de la hausse des dépenses en santé et des charges sociales ainsi que face aux exigences du financement des revenus à la retraite.

2.1.3 Le vieillissement de la main-d'œuvre

Le rythme accru de ce vieillissement démographique n'est pas sans affecter la structure d'âge de la population active. L'âge médian des personnes en emploi passera de 39 ans (actuellement) à 43 ans au cours des cinquante prochaines années. Il y a actuellement six personnes en emploi qui sont rendues à la dernière période de leur vie de travail (âgées de 50 à 64 ans) pour dix personnes qui commencent la leur (âgées de 20 à 34 ans). Dans 50 ans, la proportion des plus âgés sera égale à celle des plus jeunes, estime Légaré (2001). Le vieillissement de la main-d'œuvre est là pour durer, même une fois la génération des *baby-boomers* sortie du marché du travail, car les personnels d'âge moyen continuent d'avancer en âge, souligne le Bureau de la Statistique du Québec (1998).

Les réformes les plus récentes touchant la retraite tendent à hausser l'âge d'accès aux pleins bénéficiaires des différents régimes de remplacement du revenu de travail et/ou à augmenter le nombre d'années de contribution à ces régimes. Ce renversement de la tendance à la sortie hâtive des milieux de travail, très prononcée au cours des dernières décennies (Statistique Canada, 2000), contribuera également au vieillissement de la main-d'œuvre.

2.1.4 Vieillesse et santé au travail

Alors que l'âge médian de la main-d'œuvre au Québec est de 39 ans (Gauthier et Gaymu, 2003) celui des auxiliaires et des infirmières, à l'image de celui de l'ensemble du personnel du réseau de la santé, est sensiblement plus élevé. Il était déjà de 44,4 ans pour les auxiliaires en 1998 et il est actuellement de 41,2 ans pour les infirmières (OIIQ, 2003).

Au cours de cette recherche, l'âge de ces salariées a été pris en compte en tant qu'enjeu organisationnel auquel ont à faire face les gestionnaires et les salariées elles-mêmes. À l'échelle du Québec, en effet, ces deux groupes professionnels vieillissants ont des taux de fréquence de lésions professionnelles supérieurs à la moyenne québécoise qui se situe à 5,1 %. Ce taux est de 12,1 % pour les AFS et de 9,6 % pour les infirmières. Quant au taux quotidien d'absence, il est le double de la moyenne québécoise pour les AFS. Il s'agit donc de populations à risque élevé de lésions professionnelles, ce qui est d'autant plus préoccupant qu'habituellement les taux de fréquence des lésions professionnelles diminuent avec l'âge (Cloutier et coll., 1998).

Dans les quatre services de SAD à l'étude, la proportion des salariées âgées de 45 ans et plus variait entre 24 % et 68 % chez les auxiliaires et entre 33 % et 66 % chez les infirmières, selon le service. L'âge maximal était également plus élevé chez les auxiliaires (de 60 à 65 ans selon les CLSC) que parmi les infirmières (de 53 à 59 ans). Une forte proportion des absences notées dans les dossiers des auxiliaires et des infirmières était potentiellement liée au travail. La transformation des tâches depuis quelques années, qui est marquée par l'intensification de la charge de travail tant physique que psychologique, n'est certainement pas étrangère à cette vulnérabilité entraînant des absences de longue durée.

Différents processus de régulation de l'offre des services (caractéristiques de la main-d'œuvre, de l'organisation du travail etc. choisies ou imposées afin de gérer les contradictions induites par les consignes du gouvernement de ne pas faire de déficit et de ne pas avoir de listes d'attente) structurent les rapports entre l'âge et le travail pour ces salariées car il est établi que ce sont avant tout les exigences sociales qui font en sorte que certains et certaines salariées deviennent « trop vieux, trop vieilles » au travail parce qu'ils ou elles ne peuvent plus satisfaire aux exigences des tâches imposées (Teiger, 1989). Ces processus de régulation varient d'un service de SAD à l'autre. Quels en sont les effets sur les processus de vieillissement des personnels ? Leur est-il possible de demeurer en emploi, avec la transformation de leurs capacités, compétences et modalités d'exécution de leur travail liée à leur avance en âge ou non ?

L'examen des facteurs organisationnels qui affectent les stratégies protectrices de risques de ces deux groupes professionnels a déjà permis de constater, au cours d'une recherche précédente, que chez les plus âgées, l'usure au travail, qui se transparaît notamment par des troubles de santé infrapathologiques (Cassou et Desrioux, 1985), est manifeste. Il s'avère cependant que les compétences qui s'acquièrent avec l'expérience permettent aux plus âgées d'être plus conscientes de la nécessité de se protéger, des façons pour elles de le faire et du soutien que leur apporte leur organisation (ou qui leur manque) pour mettre en œuvre ces stratégies (Cloutier et coll., 1999a, 1999b, 2003). Ces résultats confortent ceux de plusieurs autres recherches (Laville, 1989; Puyeo, 1998; Gaudart et coll., 1999; David et coll., 2001).

2.2 Importance de la coopération avec le client comme déterminant de l'activité dans la relation de service

La présente recherche s'inscrit dans la lignée des travaux ayant porté sur la relation de services dans la dynamique de travail. Plus précisément, les soins à domicile s'inscrivent dans une relation de service entre un professionnel et un prestataire, ou usager. Au-delà de sa dimension économique, cette relation se caractérise par une dynamique relationnelle forte que l'on peut définir, à la suite de Gadrey, comme « des interactions (relation entre acteurs humains telle que l'action des uns influe ou vise à influencer sur le comportement des autres) qui se déroulent au cours d'une prestation de service entre agents prestataires et agents utilisateurs » (Gadrey, 1996).

De plus, dans le cadre de la relation d'aide à domicile, cette relation s'inscrit dans le temps et dans l'espace et se définit non plus uniquement par l'interaction en face-à-face mais aussi dans une relation durable. En effet, les professionnelles qui rendent un service à domicile doivent intervenir en amont et en aval de la relation directe pour l'inscrire dans une intervention thérapeutique ou d'aide.

Gadrey identifie quatre registres pour et selon lesquels se déroulent les relations de service : le registre technique (actions et informations), contractuel (les attentes), de sociabilité (les approches) et civique (devoirs et responsabilités). Il souligne également, en s'inspirant de Goffman, comment, au cours des prestations de service, le contenu des relations entre prestataires et utilisateur se construit socialement. Cette construction sociale, qui n'est pas donnée au départ, passe par des processus de classement des bénéficiaires et de leurs problèmes, d'organisation de l'activité en fonction de cette typification, et aussi d'apprentissage sur le tas des rôles réciproques du prestataire et du bénéficiaire. Réciproquement, l'utilisateur construit également socialement sa demande au cours de l'interaction.

En ergonomie, Falzon et Lapeyrière (1998) ont proposé une classification des approches de relations de service selon le statut accordé à l'utilisateur dans la problématique. Un premier type de problématique ne tient pas compte de la présence du client. Les auteurs parlent alors de la problématique de « l'utilisateur absent ». Dans un second type, l'utilisateur est présent mais la problématique est essentiellement centrée sur l'opérateur. Le troisième type de problématique tient plus compte de la présence de l'utilisateur mais essentiellement comme objet dans la relation. Finalement, le dernier type traite l'utilisateur comme un sujet de la relation et à ce titre, il est considéré également à travers la coopération ou l'activité conjointe qu'il élabore avec l'opérateur. Il importe de souligner que selon cette conception, l'utilisateur est une personne "profane", à la différence du prestataire (qui a une qualification professionnelle). Cet utilisateur, non professionnel en regard du service en question, est néanmoins un acteur de la situation dans laquelle a lieu la transformation de quelque chose ou d'un aspect de quelqu'un. L'objet de travail n'est donc pas l'utilisateur lui-même mais une transformation qui le touche et au sujet de laquelle a lieu une activité de coopération entre lui et le prestataire pour la réaliser.

Pour ces mêmes auteurs, la situation de service est marquée par quatre particularités : le partage d'un objet de travail commun, une inégalité des moyens, l'existence de moyens complémentaires, et enfin, une relation d'aide qui se caractérise elle-même par la disponibilité du spécialiste en cause, la sincérité de la demande de l'utilisateur et finalement le devoir de mise en œuvre des moyens disponibles pour satisfaire la demande. Le travail des auxiliaires familiales et sociales de même que celui des infirmières répond à ces différentes caractéristiques. Le degré de coopération du patient au soin nous apparaît primordial dans l'analyse de l'activité de travail de ces professionnelles, car il marque tant sur le plan physique, psychologique qu'affectif le type d'implication qui sera demandé à l'intervenante et qui devra être tenu en compte dans la planification de la réalisation du soin de même que dans le suivi de l'intervention. Il en va de même de la stabilité de la relation qui permet, entre autres, de mieux définir les modalités de coopération entre l'intervenante et le patient, d'où l'importance de la stabilité des routes, de la connaissance du cas et du partage des informations.

Lorsqu'on analyse des soins professionnels fournis par du personnel rémunéré dans des domiciles privés, lieux d'intimité, il est indispensable de tenir compte du recouvrement fréquent entre les soins formels et informels et de distinguer entre les soins professionnels à composante affective et les relations affectives personnelles et choisies. Ce mélange rend extrêmement difficile la distinction entre les tâches physiques et le travail affectif de ces personnels et brouille souvent la relation de service de soins, la rendant ambiguë pour toutes les personnes impliquées (Thomas, 1993; Anderson et Neysmith, 1996). De plus, Falzon et Lapeyrière (1996) estiment que les études à ce sujet doivent tenir compte des particularités des contraintes rencontrées par le

personnel. Ils mentionnent, en particulier, les interactions avec les usagers, les aspects affectifs de ces interactions, la formation des usagers en tant que coopérateurs ainsi que le contexte organisationnel.

2.3 L'activité de travail des auxiliaires et des infirmières de soins à domicile

Une étude exploratoire (Cloutier et coll., 1998a) réalisée dans un CLSC, et ayant permis de bâtir cette recherche, a mis en évidence la grande diversité et la grande variabilité des tâches réalisées par les infirmières et les auxiliaires.

2.3.1 L'activité de travail des auxiliaires

Au cours de leurs journées de travail les auxiliaires réalisent différents types d'activité. En premier lieu, il y a celles qui consistent à fournir un soin ou une assistance à une personne et qui présentent souvent une forte composante physique. On pense, à titre d'exemple, au bain, au transfert, au gardiennage et au rangement de la salle de bain, suite au soin. Ces tâches sont génératrices de risques particuliers notamment en termes de postures extrêmes, très contraignantes, qui doivent être maintenues pendant près de la moitié des temps de soins. Ceci explique que les lésions faisant suite à des efforts excessifs soient le type de lésion professionnelle le plus fréquent (Cloutier, et coll., 1999a).

Le dépistage et le soutien social constituent une autre composante importante du travail des auxiliaires. Ces activités se déroulent tout au long des visites, ont lieu simultanément aux soins ou sont intercalées entre les étapes de soins physiques. Bien que ces tâches de dépistage et de soutien social permettent de communiquer des informations essentielles aux intervenantes-pivots, pour le suivi et la prévention des détériorations, elles ne sont pas toujours reconnues officiellement et ne figurent pas au plan d'intervention. De plus, comme elles sont invisibles, elles ne sont pas toujours prises en compte dans la répartition des charges (cas lourds/cas légers) entre auxiliaires et elles ne sont pas comptées, non plus, dans le temps de travail ni dans les statistiques. L'observation révèle, en effet, que la réalisation de ces tâches modifie la façon d'accomplir les tâches physiques et, conséquemment, souvent le temps requis. Le dépistage et le soutien social requièrent, en effet, 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 (Cloutier et coll., 1999b). La non prise en compte de ces tâches contribue au lourd bilan de santé documenté en termes de lésions professionnelles et d'absence pour raison de santé. Dans le service de SAD étudié au cours de l'étude exploratoire, une auxiliaire familiale et sociale sur deux est absente à chaque année.

2.3.2 L'activité de travail des infirmières

La première composante du travail des infirmières à domicile concerne les soins. Bien que cette composante soit assez connue, quelques résultats concernant la variabilité des temps de soins et leur importance relative au cours de la journée de travail méritent d'être soulignés. D'après les données de l'étude exploratoire, les infirmières consacrent en moyenne 58,2 % de leur temps de travail en visites à domicile le matin. 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. Ici encore, comme dans le cas des auxiliaires, mais dans une proportion de temps moindre (20 % de leur temps de soins), les observations ont révélé l'obligation d'adopter des postures contraignantes. L'obligation d'adopter ces postures pour accomplir les soins expliquent l'importance des lésions et douleurs au dos documentées.

Les infirmières effectuent également 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 (statistique, commande de matériel, etc.) et, enfin, des tâches liées à l'élaboration des routes du lendemain. Ces tâches sont réalisées au CLSC en après-midi et le temps qui leur est consacré est important et variable; il représente entre 30,5 % et 52,4 % de la journée de travail alors qu'en moyenne, il en comprend 41,8 % (Cloutier et coll., 1998b).

Le fait d'être intervenante-pivot semble être un élément déterminant pour expliquer les différences de proportion de temps observées entre les différentes activités de l'après-midi. Parmi les cinq infirmières observées dans l'étude exploratoire, deux sont responsables de plus de cinquante cas, une autre d'une vingtaine et les deux autres sont travailleuses temporaires sans charge de cas. Bien que le nombre de cas visités en avant-midi soit comparable pour les cinq infirmières, en fin de journée le nombre de dossiers que les infirmières intervenantes-pivot ont eu à traiter est supérieur à celui des infirmières n'ayant pas de charge de cas (4 cas de plus). D'autre part, une portion du temps de suivi de cas peut être liée à l'encadrement que les infirmières régulières doivent assurer auprès des infirmières temporaires pour les informer sur les différents patients. L'ensemble des tâches que les infirmières ont à accomplir les soumet à des contraintes de temps très fortes induisant un stress constant.

Dans le contexte de la restructuration, la nouvelle fonction de chargée de cas dévolue aux infirmières les laissent ambivalentes. D'une part, les infirmières apprécient les responsabilités de chargées de cas (appelée intervenante-pivot au service) puisqu'elles sont une source de qualification professionnelle (davantage d'autonomie, pouvoir de décision accru, utilisation d'une vaste gamme de connaissances de sources diverses). D'autre part, les éléments du contexte dans lequel se fait la réforme de la santé (fortes contraintes budgétaires, resserrement de la double hiérarchie organisationnelle et professionnelle, ainsi que la division sexuelle du travail) semblent contribuer à ce que l'ampleur et la variété des tâches que les infirmières doivent réaliser pour accomplir ces nouvelles fonctions, ainsi que le temps requis, soient fortement sous-estimés et que certaines conditions qui permettraient d'exécuter ces tâches, de manière plus efficace, ne soient guère prises en compte. De plus, les surcharges et les contraintes de temps réduisent l'espace pour que les infirmières puissent établir une relation autre que technique avec les patientes. Il s'agit là d'importants indices d'une occultation de cet accroissement de la qualification, tant technique que relationnelle, des infirmières (David, Cloutier, Teiger, 1999 c).

2.4 Stratégies protectrices de travail et SST

Des études statistiques récentes au Québec et en Europe ont montré qu'une main-d'œuvre âgée, et par le fait même expérimentée, semble constituer un atout indéniable en termes de protection vis-à-vis des risques puisque le taux d'incidence des lésions professionnelles décroît en fonction de l'âge (Cloutier, Duguay, 1996). En outre, plusieurs études ergonomiques, dans différents

secteurs d'activité économique et pour diverses professions, montrent que le personnel expérimenté élabore de nombreuses stratégies de travail lui permettant de faire face aux multiples contraintes rencontrées dans l'exercice de son travail et ainsi de se protéger des risques (santé et services sociaux, Cloutier, David, Prévost, Teiger, 1998; Gonon, 2003 ; éboueurs, Cloutier, 1994; sidérurgie, Pueyo, 1998; restauration collective, Avila-Asuncio 1998; aviation, Millanvoye, Colombel, 1996, automobile, Gaudart, Weill-Fassina, 1999).

Ces stratégies semblent efficaces puisque les travailleurs plus âgés sont victimes de moins d'accidents que leurs jeunes collègues. Plus précisément, Pueyo (1998) montre que les travailleurs les plus anciens mettent en place des stratégies multifonctionnelles leur permettant de répondre aux objectifs de l'entreprise et à leurs propres objectifs, notamment de préserver leur santé et d'augmenter leur contrôle sur la situation. Dans le secteur de l'automobile, Gaudart (1996) observe à cet égard que les plus anciens regroupent leurs approvisionnements en début de cycle, ce qui leur permet de se déplacer moins souvent et moins longtemps, de se préserver de la fatigue physique et d'augmenter leur marge de manœuvre. L'auteure remarque aussi que lors des phases de vissage, les plus anciens contrôlent plus avec le toucher qu'avec les yeux, ce qui réduit l'utilisation de postures contraignantes. Cau-Bareille (1998) fait remarquer que ces stratégies impliquent l'acquisition d'habilités sensorimotrices fines acquises avec l'expérience au poste de travail. Cloutier (1994) montre que les éboueurs plus âgés prennent plus de temps pour réaliser l'ensemble de la collecte des ordures sur un territoire correspondant au même tonnage que celui des travailleurs plus jeunes.

Des stratégies collectives se dégagent de certaines études. Ainsi les éboueurs plus âgés dont il a été précédemment question, travaillent plus fréquemment en équipe avec le conducteur que leurs collègues plus jeunes (Cloutier, 1994). Millanvoye et Colombel (1996) ont remarqué que le collectif tend à intégrer et réguler les difficultés des travailleurs plus âgés. La répartition informelle du travail entre les jeunes et les plus anciens se fait en fonction de la pénibilité des postures et des contraintes temporelles; ce sont les jeunes qui cumulent le plus d'exigences posturales et temporelles. Les chercheurs expliquent cette répartition par la nécessité d'arriver dans les temps requis. Des résultats semblables ont été trouvés dans le cas de la restauration collective; en effet, le collectif de travail se mobilise pour gérer les déficiences de certaines travailleuses plus âgées qui disposent de savoir-faire précieux (Avila-Asuncio, 1998).

Enfin, une étude exploratoire réalisée dans un service de SAD (Cloutier et coll., 1998) montre que les auxiliaires familiales et sociales expérimentées développent des stratégies fines et complexes à plusieurs niveaux, dont celui de la gestion du temps et de leur sécurité et de celle des patients. Plusieurs de ces savoir-faire se développent par l'expérience, individuelle et collective, puisqu'ils ont trait à l'exécution de tâches invisibles. Ces stratégies, bien qu'efficaces, ne leur permettent toutefois pas d'échapper complètement aux conséquences d'une charge de travail très lourde. Elles compensent donc par d'autres stratégies individuelles coûteuses sur le plan personnel : temps supplémentaire non déclaré auprès des patientes, temps supplémentaire à domicile pour compléter leurs tâches administratives, travail à temps partiel, douleurs physiques quotidiennes en fin de journée, taux de lésions professionnelles très élevé malgré une formation à la manipulation sécuritaire des patients.

Les infirmières du SAD ont aussi élaboré plusieurs stratégies de régulation pour faire face, entre autres, aux contraintes de temps liées à l'accumulation de tâches très diversifiées. Elles acceptent

encore de faire quotidiennement du temps supplémentaire sans le déclarer. Elles acceptent aussi des conditions environnementales qui rendent difficile de s'acquitter de leurs nouvelles responsabilités (locaux exigus et bruyants, manque de confidentialité, interruptions très fréquentes, responsabilités de cas en dehors de leur domaine etc.). Certaines infirmières choisissent de faire certaines tâches pendant leur heure de repas afin de ne pas être dérangées à leur bureau et d'arriver ainsi à accomplir le travail qui nécessite de la concentration. D'autres décident de ne travailler qu'à mi-temps pour être capable de continuer à accomplir un travail de qualité sans s'épuiser. Choissant d'assurer la qualité de soins, malgré l'augmentation marquée de leur charge de travail, cette contradiction constitue une des principales difficultés qu'elles rencontrent dans leur travail et induit un stress constant.

Une stratégie à caractère collectif a trait à la gestion des routes. Celle-ci commence par une répartition individuelle des cas. S'ensuit une répartition des surplus de cas au cours d'une réunion quotidienne de l'ensemble des infirmières. S'il y a surcharge, les infirmières demandent alors l'ajout d'une route supplémentaire aux gestionnaires qui font appel aux agences privées. Ceci augmente cependant le travail de coordination des chargées de cas qui assurent le suivi de leurs patientes, lequel est plus difficile à effectuer lorsqu'il faut communiquer avec une agence qui complète généralement les dossiers avec moins de minutie.

Les résultats de cette étude exploratoire suggèrent que certains modes d'organisation du travail sont plus favorables que d'autres au développement et à la transmission de ces stratégies protectrices.

2.5 Organisation du travail et SST

Depuis une quinzaine d'années, plusieurs études mettent en évidence l'impact des divers aspects de l'organisation du travail sur la SST (par exemple, Cloutier et Laflamme, 1985 ; Bourdouxhe et coll., 1987, Vinet et coll., 1986 ; Vézina et coll., 1989 ; Bourdouxhe et coll., 1992 ; Champoux et Cloutier, 1996). Les troubles musculo-squelettiques qui affectent souvent les auxiliaires et les infirmières (Meyer et coll, 1999) sont le plus souvent associés à des facteurs de risque tels que des gestes répétitifs, des postures contraignantes, le soulèvement de charge lourde. Or, des études de plus en plus nombreuses associent aussi les TMS et les maux de dos à des facteurs psychosociaux caractéristiques des formes d'organisation du travail mises en place. L'augmentation de la charge de travail, les exigences de l'employeur, la détérioration du climat de travail et l'insécurité d'emploi sont des facteurs de risque fréquemment cités (Torp et coll., 2000; Hoogendoorn et coll., 2000 ; Ariens Geerjten et coll., 2001; Warren, (2001). De plus, le risque de s'absenter pour des maux de dos serait environ deux fois plus élevé chez les travailleurs exposés à des contraintes psychosociales que chez les travailleurs qui ne le sont pas (Theorell, 1996 cité par Vinet 2004).

Certains de ces travaux portent plus particulièrement sur l'impact de l'organisation du travail sur la SST dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Une étude exploratoire, réalisée dans un CLSC au Québec (Cloutier et coll., 1998), a permis d'identifier plusieurs facteurs organisationnels pouvant jouer un rôle au plan de la santé et de la sécurité du travail des auxiliaires et les infirmières en soins à domicile. Le manque de ressources du CLSC et des autres établissements de santé, ainsi que la pénurie de certains professionnels

comme les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes se répercutant sur la qualité et la quantité de travail des infirmières et des auxiliaires en amplifiant les contraintes de temps. La coordination entre les établissements et les intervenants du réseau de la santé et du réseau communautaire jouait aussi un rôle important. Cette étude exploratoire montre l'impact de décisions prises par d'autres organismes sur le travail du personnel en soins à domicile. Elle met en évidence le rôle crucial joué par la circulation des informations à propos du client sur la prévention. Ce dernier résultat ressort également de l'étude de Seifert et Messing (2004) qui démontre l'effet de la discontinuité des horaires de travail sur la transmission d'information entre les soignants, qui influence à son tour leur capacité à développer des stratégies de travail efficaces.

Une enquête réalisée dans quatre CLSC de la région de Québec (Bourbonnais et al., 2001), indiquent que parmi les répondants, 52% des infirmières et 45% des auxiliaires déclarent un niveau élevé de détresse psychologique. Une forte demande psychologique est la contrainte la plus souvent déclarée par les infirmières, suivie d'une demande émotionnelle élevée et d'une faible reconnaissance. Pour les auxiliaires, ce sont la faible reconnaissance et une faible latitude décisionnelle qui sont les contraintes les plus souvent déclarées.

L'alourdissement de la charge de travail est souvent rapportée comme un facteur déterminant de la détérioration de la qualité des soins. Les travaux de Aiken et al., (2002) apportent une démonstration saisissante de son impact, non seulement sur la qualité de service mais aussi sur la santé du personnel infirmier. L'étude menée dans 168 hôpitaux américains démontre une relation significative entre le ratio infirmières/patients, le taux de mortalité et de complications post-hospitalisation chez les patients ainsi que la satisfaction au travail et l'épuisement professionnel chez les infirmières. Ainsi, au delà d'un ratio d'une infirmière pour six patients, chaque patient additionnel s'accompagne d'une augmentation de 7 % de risque de mortalité et de complication et d'une augmentation de 15% de l'insatisfaction au travail et de 23 % de l'épuisement professionnel.

Des études menées à la suite des transformations du réseau de la santé ont permis de mettre en évidence les relations existant entre les pratiques organisationnelles et la santé psychologique du personnel soignant (Bourbonnais et al., 2000). Rappelons que ces transformations se sont accompagnées d'un programme de réduction des effectifs par le biais d'une offre de départ à la retraite anticipé ayant entraîné de nombreux mouvements de personnel et un éclatement des équipes de travail. Des données sur le travail et la santé des infirmières participantes ont révélé un taux de détresse psychologique atteignant près de 41% au cœur des transformations. L'analyse quantitative et qualitative des résultats de cette enquête indiquent que l'alourdissement de la charge de travail, la perte des collègues et du soutien social, ont entraîné des réactions de méfiance et de retrait, ébranlé le sentiment d'appartenance et contribué à la démobilisation et à l'essoufflement des infirmières. Cette enquête souligne également les difficultés rapportées par les infirmières pour réapprendre à travailler et à s'ajuster à de nouvelles équipes. La recomposition des équipes de travail aurait entraîné des conduites « d'auto-intensification » chez les infirmières les plus expérimentées. Ayant de la difficulté à faire confiance aux infirmières nouvellement embauchées, elles prenaient à leur compte la responsabilité du travail de ces dernières.

Des études réalisées en Ontario ont aussi mis en évidence l'impact de l'organisation du travail sur le personnel de soins à domicile. Ce personnel rapporte un niveau élevé de stress et de fatigue (Denton et al., 2003) qu'il associe à la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux, à l'augmentation de la charge de travail, à l'impression de travailler toujours dans l'urgence plutôt que de réaliser des activités planifiées. D'autres caractéristiques de l'organisation du travail sont identifiées comme source de contraintes : la précarité d'emploi, le peu de contrôle sur sa tâche et sur ses horaires, le manque de supervision et de soutien organisationnel ainsi que le manque de communication.

Comme le propose Vinet (2004), les recherches portant sur l'impact de l'organisation du travail sur la SST suggèrent d'adapter une approche différente de la santé au travail. Elles démontrent, en effet, que des conditions de travail « pénibles », subies durant de longues périodes, peuvent entraîner, selon la résistance et la capacité d'adaptation des personnes, l'apparition de maladies diverses affectant soit la santé psychologique, le système musculo-squelettique, la santé cardiovasculaire, le système digestif ou plusieurs systèmes simultanément. Ainsi, cette nouvelle représentation de la santé au travail remet en question la nécessité d'établir un lien précis et exclusif entre l'apparition d'une maladie et la présence d'un facteur de risque particulier et elle milite plutôt en faveur de l'identification des formes d'organisation globalement plus nocives que d'autres.

Un modèle intégré combinant le modèle demande-latence de Karasek (1990), le modèle effort-reconnaissance de Siegrist (1996 et 2000) et le concept de soutien social de Johnson (1988 et 1989) est utilisé pour identifier ces formes d'organisation plus nocives que d'autres et tenter d'intervenir. Ce modèle intégré pour l'action, élaboré par le GIROST (Vinet, 2004), précise « *qu'on ne peut accroître la charge de travail d'une personne tout en diminuant son autonomie, en réduisant le soutien social dont elle peut disposer et en diminuant les marques de reconnaissance auxquelles elle peut raisonnablement s'attendre sans impact sur le bien-être, la qualité de vie et de santé des travailleurs* ».

Tout le défi consiste maintenant à identifier, dans des contextes particuliers, les choix organisationnels propres à chaque milieu et leur impact sur ces dimensions afin de pouvoir amorcer un processus d'amélioration des conditions d'exercice du travail. Les approches par études de cas, enchâssées dans des contextes particuliers, permettent d'approfondir ces dimensions et les moyens de les opérationnaliser.

2.6 Indicateurs de performance SST

Il est connu que la seule prise en compte des données relatives aux lésions professionnelles compensées par la CSST ne rend pas un portrait juste de la santé et de la sécurité du travail dans un établissement. Depuis que plusieurs organisations recourent de façon systématique à l'assignation temporaire, il est devenu hasardeux de mesurer la performance en SST en se basant uniquement sur les indicateurs associés à la fréquence et à la gravité des accidents puisque ces indicateurs ne révèlent qu'un portrait partiel de la réalité (Roy et coll., 2004). De même, les difficultés rencontrées dans le secteur des services pour faire reconnaître comme un accident de travail les troubles de santé psychologique ainsi que les troubles musculo-squelettiques (Lippel, 1995) amènent plusieurs travailleurs à déclarer des problèmes de santé qui sont compensés par les caisses d'assurance maladie.

Les derniers travaux portant sur les indicateurs de performance en SST indiquent donc que les données utilisées, telles que la fréquence et la gravité pour la mesure des résultats, ne sont pas des indicateurs suffisamment complets pour représenter de façon valide la performance des milieux de travail en matière de SST (Conley, 2000 dans Roy et coll., 2004). Ces travaux précisent l'intérêt d'utiliser aussi des mesures prospectives qui sont associées à un accroissement de la sécurité du milieu de travail et à une réduction anticipée des lésions professionnelles. Par contre, contrairement aux mesures de résultats, relativement standardisées, les mesures prédictives pour apprécier l'amélioration des conditions de santé et de sécurité dans les milieux de travail sont plus difficiles à concevoir; elles doivent être élaborées sur mesure pour tenir compte des particularités de chaque établissement (Van Steen, 1996). Roy et coll., (2004) précise également que l'adoption d'instruments plus sensibles constitue un pré-requis à la réalisation de recherches empiriques destinées à mieux comprendre les facteurs expliquant l'impact des différentes formes d'organisation du travail sur la santé et la sécurité.

2.7 Hypothèses

L'hypothèse de base de cette étude, qui s'appuie sur les résultats d'une étude exploratoire (Cloutier et al., 1998), est que certains facteurs relevant de l'organisation du travail exercent un rôle positif sur la santé et la sécurité des travailleuses du maintien à domicile par leur soutien à l'élaboration, au développement et à l'utilisation de stratégies de travail protectrices des risques présents dans les situations de travail.

Plus précisément, les hypothèses visent à vérifier que :

- certains facteurs relevant de l'organisation du travail exercent une influence (positive ou négative) sur les risques auxquels le personnel de soins à domicile est exposé, notamment lors de postures contraignantes;
- certains facteurs relevant de l'organisation du travail peuvent contribuer à alléger les contraintes présentes dans le travail et à favoriser l'élaboration, le développement et l'utilisation des stratégies protectrices de travail, notamment lors de postures contraignantes;
- toute mesure contribuant à alléger le poids et la fréquence des contraintes de temps est particulièrement efficace, car les contraintes de temps jouent un rôle prépondérant pour le personnel de soins à domicile en modifiant certaines modalités opératoires de l'activité réelle de travail et, par le fait même, les risques à leur santé et leur sécurité;
- l'expérience des travailleuses, qui va souvent de pair avec l'âge, exerce aussi un rôle important à l'égard des risques à leur santé et leur sécurité au travail.

3. MÉTHODOLOGIE

Cette recherche procède par étude de cas multiples. La première section de ce chapitre explique le principe de cette approche et les raisons qui motivent son utilisation. Les deuxième et troisième sections décrivent les interactions entre l'équipe de recherche et ses partenaires : dynamique de terrain, comités de suivi locaux et sectoriel, comité scientifique. La quatrième section fait l'inventaire des sources de données, de leur collecte et de leurs différents modes de traitement. L'analyse par convergence selon le principe de la triangulation fait l'objet de la cinquième section. La nouvelle approche méthodologique de l'activité de travail en relations de service est modélisée dans la sixième section. L'approche utilisée pour étudier en profondeur les horaires et le logiciel de gestion des routes des AFS dans deux des quatre CLSC est décrite dans la septième section. Dans la section suivante, la pertinence de l'utilisation de la mesure de la performance de SST pour réaliser la comparaison entre les CLSC est discutée. Enfin, la neuvième et dernière section expose brièvement la portée et les limites de l'étude.

3.1 Études de cas enchâssées

La complexité de l'objet de l'étude, soit les relations entre les stratégies protectrices et leurs déterminants organisationnels, a nécessité le recours à une étude de cas multiples enchâssées (Yin, 1994). Les trois unités d'analyse qui constituent les niveaux d'enchâssement sont l'organisation du travail, les stratégies protectrices que les infirmières et les AFS utilisent au travail et les problème de santé et de sécurité qu'elles développent. Chaque unité d'analyse comprend un ensemble de variables qui vient éclairer d'un point de vue différent les données sur les variables d'une autre unité d'analyse.

Quatre études de cas ont été réalisées dans les services SAD de CLSC de régions urbaines ou semi-urbaines présentant des caractéristiques organisationnelles différentes. La logique du choix des cas relève de celle de l'expérimentation réitérée (Yin, 1994) ou de l'enquête répétée (Lefrançois, 1991). Il s'agit d'un échantillon raisonné, puisque les cas ont été choisis à partir de critères d'ordre théorique afin de les comparer entre eux, pour faire ressortir soit leurs ressemblances soit leurs contrastes. De plus, conformément aux règles de cette méthodologie, les études de cas ont été réalisées en séquence, les résultats de la deuxième permettant d'enrichir, de confirmer ou d'infirmer les résultats de la première et ainsi de suite jusqu'à la quatrième. Les rapports produits au fur et à mesure de la réalisation des quatre études de terrain figurent aux annexes A, B, C et D.

En ce qui concerne l'échantillonnage, les services de SAD choisis pour cette étude l'ont été sur la base de critères issus de l'étude exploratoire et des discussions avec les informateurs-clés : chercheurs et intervenants du réseau de la santé. Nous avons retenu les critères suivants : organisation plus ou moins structurée de la gestion de la SST, présence ou absence d'infrastructure de réunions multidisciplinaires dans les équipes de soin, programme unique ou organisation des soins en plusieurs programmes selon les clientèles, niveau de reconnaissance du rôle des AFS par l'organisation, degré d'implantation et d'utilisation de nouveaux outils de gestion du travail et des soins et aussi, bien entendu, intérêt et disponibilité à participer à un projet de recherche. Deux catégories de personnel sont visées par cette étude : les AFS et les infirmières, qui constituent les groupes professionnels les plus nombreux et courent des risques

élevés d'atteintes à la SST (voir chapitre 4). L'expérience constituant une variable-clé dans ce projet, les chercheuses auraient souhaité, dans la mesure du possible, recruter autant de travailleuses novices que d'expérimentées pour les entrevues et les observations. Cependant, les caractéristiques démographiques des participantes reflètent le fait que, dans les milieux de travail étudiés, les AFS et les infirmières expérimentées sont plus nombreuses que les novices, ce que montre la structure par âge et par expérience du personnel des quatre services SAD concernés (Voir les quatre études de cas aux annexes A, B, C, et D). Quant aux situations de travail observées, elles n'ont pas été sélectionnées a priori, afin que l'étude soit la plus représentative possible du travail réel du personnel de soins. Enfin, la santé et la sécurité au travail des AFS et des infirmières ont été étudiées sur la base des données relatives aux lésions professionnelles et à l'absentéisme des CLSC participants, sur une période de trois ans. Cela s'est fait à partir d'entrevues auprès de volontaires sur les circonstances et les raisons de leurs absences du travail et à partir des réponses au questionnaire sur la santé musculo-squelettique et la santé mentale distribué à tout le personnel des groupes professionnels concernés.

3.2 Comité aviseur et comité scientifique

Un comité aviseur a été formé au début du projet. Son rôle principal consistait à suivre le déroulement de la recherche afin d'en maximiser les retombées, tout en maintenant une proximité entre l'équipe de recherche et l'évolution des réalités et de l'organisation du travail du secteur. Il était composé de représentants des organismes suivants: l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec; la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval et de Montréal-centre; le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS); l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ); la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ); la Centrale des syndicats nationaux (CSN); l'Association pour la santé et la sécurité du travail, secteur des affaires sociales (ASSTSAS); l'Association des auxiliaires familiales et sociales du Québec et la directrice d'un service SAD d'un CLSC et CHSLD.

Le comité aviseur s'est réuni à trois reprises : au début du projet, à la fin de la première étude de cas et à la fin de la troisième étude de cas. Il se réunira à nouveau pour la présentation du rapport de recherche. Ces séances d'échanges ont permis en premier lieu de favoriser les contacts pour l'accès aux terrains, d'enrichir la problématique à l'étude et de formuler des suggestions de modifications pouvant être utiles dans le milieu. En deuxième lieu, ces rencontres visent à optimiser la diffusion des résultats de la recherche à l'ensemble des CLSC du réseau et des partenaires. Elles visent aussi à détecter les leviers de changement et les obstacles potentiels afin de favoriser le transfert des connaissances, notamment celles liées à la formation des personnels, et optimiser l'implantation de pistes de solutions organisationnelles.

Quant au comité scientifique, il est né de la volonté de l'équipe de recherche de s'assurer de la validité scientifique de la démarche. Pour ce faire, un comité de pairs a été constitué. Il est composé de spécialistes en ergonomie, sociologie et relations de travail ayant une longue expérience du milieu étudié et de ce type de projet de recherche. Deux rencontres ont eu lieu en cours de projet. Elles visaient d'abord à faire le point sur la pertinence sociale de la programmation de recherche dont ce projet fait partie et sur ses aspects méthodologiques. Elles ont ensuite permis de mettre en évidence certaines dimensions pertinentes à l'analyse et d'en clarifier la présentation.

3.3 Dynamique de terrain et comités de suivi locaux

Le projet a débuté par la recherche dans des CLSC volontaires répondant aux principaux critères du devis de la recherche. Des membres du comité aviseur et des informateurs-clés connaissant bien les milieux, ont facilité le ciblage de certains établissements selon qu'ils présentaient une organisation du travail plus ou moins soutenante. Ils ont favorisé parfois la prise de contact avec ces établissements. De nombreux contacts téléphoniques ont été réalisés auprès de gestionnaires de programme de soutien à domicile afin de les rencontrer, leur présenter le projet et solliciter leur participation. Des membres de l'équipe de recherche ont ainsi rencontré plusieurs gestionnaires de SAD. Parfois, une présentation formelle a même été réalisée auprès des membres du comité de santé et sécurité du travail de l'établissement (CPSST). Au total, après en avoir sollicité cinq, quatre CLSC ont accepté de participer à la recherche. Ces démarches ont été consignées dans le journal de bord de la recherche, dont il sera question plus loin.

L'équipe a été confrontée à des délais inhérents à la prise de contact ou au contexte des établissements. Il s'est écoulé six mois entre le début des premiers contacts et l'amorce de la première étude de cas. Ce délai a toutefois été mis à profit pour élaborer certains outils méthodologiques. Le roulement du personnel de gestion, vécu dans certains CLSC, a ensuite multiplié les prises de contact dans ces établissements. Enfin, l'un des CLSC volontaires a décidé de reporter sa participation, alléguant un contexte de changements organisationnels importants. Par ailleurs, deux demandes de participation ont été faites en cours de recherche, suite à la diffusion des résultats préliminaires dans le milieu. Mais à ce stade, l'échantillon était déjà complété. Globalement, il pouvait s'écouler de quatre à six mois entre le premier contact et le début d'une étude de cas. Ces délais ont aussi été documentés dans le journal de bord de la recherche.

Pour chaque étude de cas, une entente était signée entre le représentant de l'établissement et l'équipe de recherche (annexe 3.1). Elle stipulait les implications des deux parties, notamment le respect de la confidentialité de toutes les données recueillies, de l'identification de l'établissement ou des personnels participant aux entrevues et aux observations, tel que le recommande le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal, qui a du reste attribué un certificat d'éthique à ce projet. L'entente de confidentialité visait aussi toutes les informations obtenues sur les usagers de l'établissement, qu'elles proviennent de l'observation à domicile, de l'écoute de discussions de cas ou de lecture de dossiers. En tout temps, toutes les données traitées, provenant du personnel ou des usagers, ont été anonymisées. L'établissement s'engageait, pour sa part, à former un comité de suivi paritaire constitué de gestionnaires et collaborateurs du SAD, de représentants des AFS et des infirmières ainsi que d'un représentant du comité de santé et sécurité du travail, le cas échéant. Deux à trois séances de travail ont été tenues dans chaque établissement. Le rôle de ce comité était d'abord de promouvoir l'implication des personnels dans le projet. Il permettait aussi de faire face aux imprévus éventuels. Le comité s'engageait enfin à mettre sur pied des moyens de diffusion des résultats et d'implantation des pistes de solutions organisationnelles. Certaines ont déjà été mises en place en cours de projet; nous y reviendrons au chapitre 11 consacré aux pistes d'aménagement organisationnel.

Au début de chaque étude de cas, le projet était présenté aux groupes d'AFS et d'infirmières du SAD afin de recruter des volontaires pour les entrevues et les observations. Par ailleurs, d'autres

membres du personnel de chacun des SAD ont été impliqués d'une façon ou d'une autre, que ce soit en participant à des séances d'information sur le projet, à des entrevues ou à l'observation des réunions ou de l'activité de travail.

Pour chaque étude de cas, une présentation du rapport d'intervention local a été réalisée auprès de toutes les AFS et de toutes les infirmières des programmes de SAD et des gestionnaires, qui ont également reçu une copie du rapport écrit. Une présentation a aussi été effectuée auprès des membres des quatre comités de suivi locaux et dans certains cas, aux membres des CPSST. Enfin, ils seront invités à la présentation de ce rapport de recherche dans leur établissement.

3.4 Plusieurs sources de données et types d'analyses

Les données utilisées pour documenter les trois niveaux d'analyse proviennent de plusieurs sources, de façon à approfondir la connaissance des liens entre facteurs organisationnels, stratégies protectrices et SST et à garantir la validité des résultats obtenus. Pour chacune de ces sources de données, les sous-sections qui suivent présentent brièvement les objectifs poursuivis, les thèmes abordés, les caractéristiques des groupes ou échantillons étudiés, les instruments et la stratégie de collecte, le traitement de l'information, le type d'analyse et les outils utilisés.

3.4.1 Entrevues individuelles auprès de gestionnaires et de représentants du personnel

Les entretiens semi-dirigés avec les gestionnaires de différents niveaux et les représentants syndicaux avaient un double but : le diagnostic et la prospective. Ils ont été rencontrés en entrevue afin de comprendre le fonctionnement du SAD, son historique, sa structure, les contraintes qui y sont vécues, l'organisation du travail et la gestion des ressources, les questions de santé et de sécurité, le travail tel qu'il est prescrit, leurs perceptions du travail des infirmières et des AFS ainsi que les changements qui ont cours dans le réseau actuellement. Les grilles d'entrevue, spécifiques à chaque niveau de gestion concerné, sont présentées à l'annexe 3.2 et la liste des entrevues individuelles, réalisées dans chaque CLSC, figure à l'annexe 3.3. Ces rencontres ont permis de dresser un portrait des facteurs organisationnels agissant sur le travail des professionnelles et de ce fait, sur les stratégies protectrices qu'elles développent. De plus, en vue d'asseoir les pistes de réflexion proposées, il était primordial de voir à quel niveau et par qui se prennent les décisions de gestion et de prévention et de mesurer l'ouverture - ou la résistance - à d'éventuels changements dans ces domaines. Au total, pour les quatre études de cas, 48 entrevues de ce type ont été réalisées. D'une durée d'environ une heure, elles ont été enregistrées intégralement afin de pouvoir retourner si nécessaire au détail des réponses. Elles ont ensuite été résumées par rubriques thématiques, puis analysées à l'aide des techniques courantes d'analyse de contenu afin de générer des informations utiles et comparables sur l'organisation du travail, l'activité réelle, les accidents et les problèmes de santé.

3.4.2 Entrevues collectives auprès d'AFS et d'infirmières

Des entrevues collectives ont été réalisées dans chacun des quatre cas étudiés auprès des infirmières et des AFS. Elles ont permis de documenter le travail tel que réellement pratiqué par chacun des métiers, leurs perceptions des contraintes influençant ce travail, les principales

sources de difficultés et de risques au travail (le détail des grilles d'entrevues semi-dirigées est exposé à l'annexe 3.4). Onze entrevues collectives ont ainsi été réalisées auprès de 24 auxiliaires familiales et sociales et de 24 infirmières. Ces entretiens duraient une heure et demie en moyenne; ils étaient enregistrés, puis retranscrits intégralement pour faire l'objet d'une analyse de contenu classique autour des thèmes pré-établis dans la grille (sur l'organisation du travail, l'activité réelle, les accidents et les problèmes de santé), en y ajoutant les nouveaux thèmes induits spontanément par le groupe.

3.4.3 Observation de l'activité de travail et entrevues individuelles d'auto-confrontation

Afin de mieux comprendre le travail réel, des observations directes du travail à domicile ou au CLSC ont été réalisées. Leur objectif était de produire des analyses temporelles de l'activité de travail et des analyses de l'activité réelle qui servent notamment d'indicateurs de stratégies de travail protectrices à l'égard des risques.

Rappelons que les infirmières et les AFS observées ont participé au projet sur une base volontaire. Vingt-deux journées d'observation ont été réalisées (11 avec les infirmières et 11 avec les AFS), pour un total de 56 visites à domicile pour les AFS et de 71 soins pour les infirmières (voir les caractéristiques socio-démographiques du personnel observé à l'annexe 3.5 et les tableaux-synthèse des caractéristiques des journées d'observation des infirmières et des auxiliaires aux annexes 3.6 et 3.7). Pour chaque journée d'observation, des grilles étaient complétées par l'observateur durant les visites à domicile, au cours des trajets entre ces visites ou pendant le travail au CLSC, notamment pour les infirmières. Des enregistrements sonores en continu et des notes manuscrites ont été utilisés, la nature intime des soins observés – notamment les soins d'hygiène - empêchant l'enregistrement vidéo. Pour les soins à domicile, les grilles permettaient de consigner des données sur la travailleuse (âge, expérience, taille, connaissance du cas, etc.), le déroulement temporel de la journée de travail, l'usager et son réseau (âge, pathologie, niveau d'autonomie, entourage familial, etc.), l'environnement de travail, l'équipement et le matériel disponibles, le déroulement temporel des activités, les postures adoptées par la travailleuse, ses interactions verbales avec l'usager, le type de collaboration de la part de l'usager et de son entourage, ainsi qu'une évaluation du climat général de travail (les grilles d'observation sont reproduites à l'annexe 3.8).

Les grilles d'observation ont été pré-testées lors d'une journée complète de travail par un observateur. Elles ont par la suite été réaménagées suite à ce pré-test. Quatre observateurs ont procédé au recueil des données sur le terrain. Étant donné la particularité des emplois étudiés qui rendait impossible la réalisation des observations à deux, les soins étant trop intimes, nous avons dû développer une méthode particulière de validation des outils d'observation utilisés. Ainsi, la fidélité inter-observateur a été validée par de nombreuses réunions de travail qui ont permis de clarifier les observables, leurs portées et leurs limites. De plus, pour tous les aspects concernant les communications entre les travailleuses et le client ainsi que son réseau tous les membres de l'équipe de recherche ont codé le même matériel recueilli lors du pré-test. Par la suite ces données ont été confrontées lors de discussion dans l'équipe de recherche. Ce long travail d'ajustement permet de garantir la qualité du matériel collecté.

Lorsqu'une période de travail était observée au CLSC, une chronique de quart était tenue à partir de l'observation ouverte. Tout au long de la période d'observation, l'observateur pouvait demander des précisions sur différents éléments du travail. Pour les AFS en particulier, les journées d'observation se terminaient le plus souvent par un échange avec la travailleuse afin d'éclaircir plusieurs éléments qui avaient attiré l'attention de l'observateur pendant le travail. De tels échanges avaient lieu aussi pendant les trajets entre deux soins (au total, plus de 29 heures d'entretiens de ce type ont été enregistrées durant les trajets). Ce matériel a servi à compléter les grilles, avec les informations recueillies sur les soins et sur les usagers, et à interpréter les résultats préliminaires.

Les données d'observation ont été traitées à l'aide du logiciel *The Observer* permettant de saisir les activités en fonction du temps réel obtenu par l'enregistrement sonore de la visite. En effet, pour arriver à traiter simultanément les données obtenues à l'aide des grilles d'observation et par les bandes sonores, nous avons opté pour l'utilisation d'un enregistreur d'événements permettant le couplage de ces deux types d'information. Le logiciel *The Observer* version 4,1 de la compagnie Noldus a donc été choisi. Il permet entre autres le traitement statistique des données, l'illustration, à l'aide de graphes, d'activités du déroulement du travail et la possibilité de faire des modifications a posteriori dans les grilles d'observation ou dans la configuration initiale permettant le codage. La bande sonore transférée d'une enregistreuse MP3 (Sony Net MD modèle MZ-707) sert de guide temporel pour la saisie des observations manuscrites sur informatique et permet ainsi de reconstituer l'activité de travail en temps réel, en ayant simultanément le son et un substitut de l'«image» (par les grilles d'observation). Cette utilisation a posteriori du logiciel permet de compenser l'impossibilité d'utiliser la vidéo. Finalement, le logiciel permet de documenter la coopération dans la relation aux niveaux physique (collaboration à l'action), verbal (type et nature de l'interaction) et social (participation des aidants ou des autres travailleurs).

On a ainsi codé et saisi de nombreuses variables, dont notamment : la phase de la visite, les activités réalisées par la travailleuse, ses interactions verbales avec l'usager et l'aidant, les postures adoptées, etc. L'inventaire détaillé des variables d'observation est présenté à l'annexe 3.9. Pour chaque variable analysée, le logiciel *The Observer* a permis d'obtenir des statistiques sur le nombre d'occurrences et leur durée (totale, minimale, maximale et relative (% temps)) aussi bien pour toute la durée de la visite à domicile que pour des intervalles de temps spécifiques.

Des analyses ont été réalisées en fonction de variables socio-démographiques et macro-organisationnelles, dès que les effectifs s'avéraient suffisants. Le tableau 3.1 présente les variables considérées pour les analyses : âge, expérience de métier, statut, connaissance du cas, ainsi que les catégories considérées pour chacune d'entre elles et les effectifs (nombre de soins) correspondants.

Tableau 3.1 : Caractéristiques des variables indépendantes considérées dans les analyses et nombre de soins observés pour chacune des catégories retenues

Variables indépendantes	AFS		Infirmière	
Âge	Jeune 18 à 40 ans 6 soins	Âgé 41 ans et + 28 soins	Jeune - de 45 ans 11 soins	Âgé + de 45 ans 14 soins
Expérience de métier	Novice de 2 ans ½ 9 soins	Expérimenté + de 2 ans et ½ 25 soins	Novice - de 4 ans 6 soins	Expérimenté + de 4 ans 19 soins
Statut	Régulier 25 soins	Occasionnel 9 soins	Régulier 18 soins	Occasionnel 7 soins
Connaissance du cas	Faible 4 visites et - 8 soins	Bonne + de 4 visites 26 soins	Faible 4 visites et - 9 soins	Bonne + de 4 visites 16 soins

Les catégories d'âge sont différentes selon le métier car, comme le montre plusieurs études, l'âge auquel le personnel devient « vieux » au travail dépend des exigences des tâches à accomplir (Cloutier, 1994; David et coll., 2001; Laville, 1989). Or, l'activité de travail des AFS et des infirmières est différente à ce point de vue. C'est également pour des raisons reliées au contenu du travail que la distinction entre travailleuses novices et expérimentées a été fixée à des seuils différents selon le métier : deux ans et demie pour les auxiliaires et 4 ans pour les infirmières. En effet, le travail des auxiliaires est beaucoup plus exigeant physiquement que celui des infirmières. De plus, ces seuils ont, par ailleurs, été validés auprès du personnel concerné lors des séances de restitution des résultats.

Pour les AFS, les analyses posturales et d'interaction avec les usagers ont été effectuées sur les 34 soins d'hygiène en baignoire codés et saisis², parce que ce type de soin est le plus fréquent, totalisant 68% des soins AFS observés, et qu'il est aussi rapporté comme le plus contraignant par les AFS. Pour les infirmières, nous avons choisi de faire porter ces analyses sur les pansements, signalés eux aussi comme les plus contraignants et les plus nombreux : 25 soins, soit 37% des soins infirmiers observés.

L'analyse des postures adoptées par les travailleuses a été réalisée à l'aide des observations notées pendant la phase de soin uniquement, car c'est celle qui requiert les postures les plus exigeantes : elle occupe 74,2% du temps de la visite à domicile pour les AFS et 76,6% pour les infirmières. Cette analyse a été effectuée en trois temps. Premièrement, la posture de travail était codée puis analysée de la façon suivante : les postures d'abaissement (agenouillée ou accroupie) ont été identifiées comme protectrices pour le dos mais contraignantes pour les membres inférieurs, alors que la posture assise constituait une stratégie protectrice pour les membres inférieurs. Deuxièmement, l'existence de contraintes pour le dos était relevée et codée (penchée, penchée/torsion, rotation), tant pour la position debout qu'assise ou abaissée. Troisièmement, l'utilisation d'appui (sur un meuble ou une partie du corps), le verrouillage lombaire et le transfert de poids étaient caractérisés comme des stratégies posturales visant à réduire ou éliminer l'astreinte pour le dos.

² 38 soins de ce type ont été observés, dont 34 ont pu être codés et saisis.

Les interactions verbales ont également été analysées à l'aide du logiciel *The Observer*. Cela a permis d'étudier la nature des échanges avec les usagers (ex : prise ou transmission d'information, interactions affectives, etc.) ainsi que les thèmes abordés pendant ces échanges (ex : sur la santé, le soin donné le jour de la visite, les activités de la vie quotidienne et domestique (AVQ-AVD), etc.). La description de cette variable est aussi présentée à l'annexe 3.9. Un premier niveau d'analyse des interactions avec l'utilisateur et l'aidant a signalé les activités de dépistage, d'enseignement et de soutien social ainsi que les activités de soutien procédural réalisées par les travailleuses. Un deuxième niveau d'analyse, portant sur les différents types d'interaction verbale dans un intervalle de temps spécifique comme par exemple le soin infirmier principal, a montré que de nombreux échanges informatifs ou de support se produisaient simultanément à l'exécution du soin, révélant une double tâche et une charge cognitive additionnelle pour ce personnel.

Pour fins de comparaison, des tests non paramétriques de Mann et Whitney selon différentes variables démographiques et organisationnelles, comme l'expérience et la connaissance du cas, ont été réalisés sur les proportions de temps et les durées de maintien dans différentes postures, en situation contraignante pour le dos ou les membres inférieurs, et sur les proportions de temps et les durées d'utilisation de stratégies posturales d'allègement de ces contraintes. Le même type de test a également été utilisé pour l'analyse des interactions verbales. Un tableau présentant l'ensemble des relations statistiquement significatives entre ces variables figure à l'annexe 3.10. Des tests sur les durées moyennes de soin ont également été réalisés en utilisant le test de t selon les mêmes variables démographiques et organisationnelles. Dans l'exposé des résultats qui apparaissent aux chapitres suivants, nous ne tiendrons compte que des relations statistiquement significatives.

Une analyse des corrélations entre certaines variables centrales pour notre étude a été effectuée : c'est le cas pour l'âge des travailleuses observées, leur expérience dans le métier au SAD, leur statut d'emploi ainsi que leur connaissance des usagers visités à domicile. Les matrices de corrélations de Pearson sont présentées à l'annexe 3.11. On constate, pour les AFS, que l'âge et l'expérience sont fortement corrélés entre eux, ainsi que chacune de ces variables au statut; il en est de même de la connaissance du cas et du statut (signification au niveau de 0,01). Chez les infirmières on retrouve une corrélation entre l'âge et l'expérience (signification au niveau de 0,01) ainsi qu'entre l'expérience et le statut d'emploi (signification au niveau de 0,05). Quand on fait les analyses des corrélations non paramétriques de Spearman et de Kendall, s'ajoute à ces corrélations pour les infirmières celle qui relie la connaissance du cas au statut d'emploi (signification au niveau de 0,01). Ces corrélations ont un impact sur la portée des analyses. Ainsi, les interprétations seront prudentes.

3.4.4 Entrevues de restitution des résultats après observations et entrevues

Dans les quatre établissements, après la première série d'entrevues et la période d'observation du travail, une autre entrevue de groupe, avec chaque métier, était réalisée afin de valider les résultats des analyses préliminaires et les hypothèses d'interprétation; huit entrevues de ce type ont été réalisées. Ces entretiens enregistrés, d'une durée d'une heure et demie environ, ont été

résumés et leur contenu analysé selon les thèmes abordés (sur l'organisation du travail, l'activité réelle, les accidents et les problèmes de santé).

3.4.5 Consultation des dossiers des clients

Les dossiers de chaque client visité par les AFS et les infirmières observées ont été consultés afin de recueillir des informations sur les pathologies, les interventions posées et les dates de suivis. Ces informations semblaient pertinentes pour déterminer les informations dont disposent à l'avance les AFS et les infirmières pour réaliser leur travail et qui peuvent leur être utiles pour prévenir des problèmes de toute nature avec les usagers. De plus, dans les cas problématiques comme celui de la « dame aux bas » dont il sera question par la suite (chapitre 5), ces informations ont permis de reconstituer la chronologie de toutes les démarches entreprises au SAD.

3.4.6 Observation des réunions de travail de divers types

Dans chaque CLSC étudié, tous les types de réunions, professionnelles, cliniques, multidisciplinaires, administratives, d'allocation des ressources, études de cas ou rencontres dites «de ventilation», ont été observés et enregistrés pendant une période de deux mois. Ainsi, 35 réunions ont servi de matériel à l'analyse (le nombre et le type de réunions observées dans chacun des CLSC apparaissent à l'annexe 3.12). Ces réunions étaient enregistrées et résumées. L'analyse socio-ergonomique du contenu des réunions — en tant qu'activité de travail portant sur le contenu du travail et sur les relations entre collègues et avec les gestionnaires — a porté notamment sur le nombre de participants, le nombre de dossiers discutés, les thèmes abordés, le climat, le type d'échanges, et la place relative de chaque groupe professionnel lorsque des salariés de disciplines différentes étaient réunis.

3.4.7 Entrevues de travailleuses ayant subi des accidents ou ayant été victimes de problèmes de santé

Les chercheurs ont invité toutes les personnes victimes d'accident ou de problèmes de santé à participer à une entrevue sur les circonstances ayant conduit à ces événements de même que sur les déterminants les ayant causés. Seules des AFS de deux des CLSC à l'étude ont répondu à cette demande. Des rencontres de deux types se sont déroulées et elles ont conduit à des niveaux d'investigation différents selon le type de situation.

La première concerne une série d'accidents qui se sont produits chez la même cliente au CLSC 2. Les sept AFS impliquées ont participé à une entrevue collective. Celle-ci visait à comprendre les déterminants organisationnels, environnementaux et autres ayant joué un rôle dans ces accidents. En complément à cette entrevue collective, des entretiens avec les professionnelles responsables de ce dossier ont également été réalisés. Ils ont été complétés par des rencontres auprès des gestionnaires (direction du SAD, chef de programme et d'équipe), par l'observation du travail d'une AFS au domicile de cette cliente pour un soin d'hygiène à la baignoire et le retrait des bas compressifs. Enfin, le dossier médical de la cliente a été consulté afin de reconstituer l'historique des interventions à domicile et l'évolution de la situation. Toutes ces données ont été mises en perspective, les unes avec les autres, afin de valider les résultats et

d'approfondir l'analyse. C'est l'ensemble de tout ce matériel qui a servi de base à l'analyse développée au chapitre 5 à propos des déterminants multiples de la SST chez le personnel soignant.

Le deuxième type de rencontre consistait en entrevues individuelles semi-structurées auprès de sept AFS accidentées au CLSC 4 (la grille d'entrevue figure à l'annexe 3.13). Ces entretiens d'une demi-heure étaient enregistrés et résumés, et leur contenu analysé en profondeur selon les thèmes de la grille d'entrevue et les autres sujets évoqués spontanément par les personnes interviewées (sur l'organisation du travail, l'activité réelle, les accidents et les problèmes de santé).

3.4.8 Documents administratifs

Les documents administratifs ont permis de connaître le fonctionnement et les orientations des programmes de SAD des CLSC étudiés de même que leur gestion de la SST. Ces documents donnent des informations sur les services offerts, l'organigramme, les ressources budgétaires et humaines, le recours aux agences privées de soins ainsi que sur les différentes politiques du CLSC, entre autres en matière de violence au travail. Parmi ces documents, mentionnons les rapports d'activité, les dépliants et brochures remis aux usagers ainsi que les politiques et règlements internes. Plusieurs documents utiles à l'application des directives et procédures ministérielles et à la gestion des dossiers de la clientèle ont également été examinés : outils de prise en charge et de suivi des clientèles, protocoles de liaison inter-établissements, statistiques sur les clientèles desservies et les soins donnés, feuilles de route et horaires hebdomadaires des AFS et des infirmières. Une attention particulière a été portée à toute information concernant la gestion de la SST : procès-verbaux des comités de SST, procédure de déclaration d'accident, politique d'assignation temporaire des travailleuses accidentées à des travaux allégés, etc. Globalement, l'examen de ces documents et l'analyse de leur contenu permettaient d'approfondir et croiser des informations complémentaires sur l'organisation du travail, l'activité réelle, les accidents et les problèmes de santé.

3.4.9 Données de main-d'œuvre, de lésions professionnelles et d'absences pour problèmes de santé

Les statistiques dépersonnalisées de main-d'œuvre, de lésions professionnelles compensées par la CSST et d'absences de plus de trois jours compensées par l'assurance salaire, sur une période de trois ans, ont été demandées aux quatre établissements participants. Des analyses statistiques descriptives des lésions et des douleurs déclarées ont été réalisées. Elles ont permis de dresser un portrait des caractéristiques des travailleuses oeuvrant au sein du SAD, autant sur le plan socio-démographique (âge, sexe, ancienneté, etc.) que dans le domaine de la SST (indicateurs de lésions ayant fait l'objet de réclamations à la CSST ou à l'assurance salaire, descripteurs et causes des lésions). De plus, la facilité d'accès à ces dossiers permettait de juger du niveau d'organisation de la gestion de la SST.

Les indicateurs quantitatifs considérés sont : le taux de fréquence³, le taux quotidien d'absence⁴ et la durée moyenne d'absence⁵ actualisés. Ils ont été calculés, pour les absences compensées, par la CSST et par l'assurance salaire, de même que pour les assignations temporaires⁶. Toutes les raisons des absences de plus de trois jours, compensées par l'assurance salaire, ont aussi été examinées afin de déterminer leur lien potentiel avec le travail. Par la suite, un indicateur synthétique de performance en SST a été calculé; il intègre les taux liés à la CSST, aux assignations temporaires et aux absences de santé potentiellement liées au travail.

3.4.10 Questionnaire sur la santé musculo-squelettique et la santé psychologique

Un questionnaire auto-administré a été distribué à l'ensemble des AFS et des infirmières des SAD participants, lesquelles le renvoyaient aux chercheurs sous enveloppe anonyme (on trouve un exemplaire de ce questionnaire à l'annexe 3.14). Le taux de réponse chez les AFS est de 50 % (71 AFS ont répondu) et chez les infirmières de 41,1% (53 infirmières ont répondu). Le questionnaire sur les problèmes musculo-squelettiques s'inspire de celui qui a été développé à l'IRSST à partir d'une adaptation du questionnaire Nordic (Kuorinka et al, 1987). A l'aide d'un pictogramme, représentant les différentes parties du corps, on demandait aux personnes interrogées si elles avaient ressenti des problèmes (courbature, douleur, gêne) à l'un ou plusieurs de ces endroits au cours des douze derniers mois. On leur demandait ensuite si elles pensaient que les symptômes ressentis étaient dus à leur travail et, dans l'affirmative, quelles étaient les tâches les plus susceptibles de causer ces problèmes.

Pour approcher la question de la santé psychologique, une série de 22 questions ont servi à évaluer l'épuisement professionnel. Nous avons utilisé le Maslach Burnout Inventory, qui a été validé au Québec (Maslach, Jackson, 1981; Dion, Tessier, 1994). Les réponses servent à bâtir trois échelles ou indices⁷ :

- l'épuisement émotionnel, qui est défini comme le sentiment d'être envahi ou épuisé par le travail; cette échelle est constituée de neuf questions;
- la dépersonnalisation, qui se manifeste par des sentiments d'insensibilité et des réponses impersonnelles aux clients; cette échelle est constituée de cinq questions;

³ Taux de fréquence correspond au nombre de lésions divisé par le nombre d'individus considérés en équivalent temps complet.

⁴ Taux quotidien d'absence correspond au nombre d'individus sur 100 absents chaque jour. C'est une mesure de la prévalence. Il se calcule de la façon suivante : (nombre de jours d'absence/nombre de travailleurs en ETC)/nombre de jours travaillés dans l'année) * 100.

⁵ Durée moyenne d'absence correspond au nombre total d'heures d'absence divisé par le nombre de lésions.

⁶ L'assignation temporaire des travailleuses accidentées à des travaux allégés est une mesure prévue par la LSST et que la CSST favorise. «L'assignation temporaire pour un prompt retour au travail» est en principe offerte à tout travailleur qui subit un accident ou qui souffre d'une maladie professionnelle, pour favoriser un prompt retour au travail même si la lésion n'est pas encore consolidée. Ce moyen permet à l'employeur d'assigner un travail à la personne en attendant qu'elle devienne capable de reprendre son emploi (CSST, 2002).

⁷ Pour calculer les scores de chaque échelle, seules les réponses des personnes ayant répondu à l'ensemble des questions qui la constituent ont été considérées.

- l'accomplissement personnel au travail, qui se traduit par des sentiments de compétence et de réalisation de soi. Cette échelle **est donc inversée par rapport aux deux premières**; elle est constituée de huit questions.

Des scores sont calculés pour chaque individu sur chaque échelle. Chacune des échelles est partagée en trois catégories correspondant à des niveaux de risque faible, moyen et élevé. Les bornes de ces catégories ont été établies dans une étude qui a validé le questionnaire de Maslach et Jackson au Québec pour des éducatrices en garderie et des infirmières (Dion, Tessier, 1994). Des scores simultanément élevés sur les deux premières échelles et faibles sur la troisième sont indicateurs d'un risque de problèmes de santé psychologique.

3.4.11 Données québécoises de main-d'œuvre et de lésions professionnelles

Les données québécoises de main-d'œuvre et de lésions professionnelles sur une période de trois ans (2000 à 2002) ont également été analysées afin de comparer le profil de risque obtenu pour les AFS et les infirmières des quatre CLSC participants aux risques dans l'ensemble des CLSC du Québec, et au risque québécois global. Pour ce faire, différentes sources de données québécoises et canadienne ont été utilisées :

- Statistique Canada – Recensement de la population de 2001, tableau personnalisé;
- Statistique Canada – Enquête sur l'emploi, la rémunération et les heures travaillées (EERH), compilation spéciale;
- CSST – Dépôt de données central et régional, mise à jour de juillet 2004 sur les données couvrant la période 2000 à 2002.

Pour effectuer les comparaisons, les mêmes indicateurs de résultats que ceux décrits précédemment ont été utilisés : le taux de fréquence, le taux quotidien d'absence et la durée moyenne d'absence.

3.4.12 Journal de bord de la recherche

Dès les premières étapes de l'étude, les chercheurs ont tenu un journal de bord partagé, en utilisant le logiciel File Maker Pro 5.5. Outre son intérêt comme lien d'échange d'information indispensable entre chercheurs et assistants disséminés dans diverses institutions ou contraints de travailler à domicile, le journal de bord permet de garder et de partager toutes les traces des différentes étapes de l'activité de recherche, ce qui facilite énormément la tâche des chercheurs désireux de faire un retour sur le processus de recherche-intervention pour l'analyser (Bellemare et al., 2001). Dans ce cas-ci, l'intérêt principal du journal de bord est qu'il permet de garder la trace de tous les échanges ayant mené à la participation des CLSC, des étapes qui ont permis d'y recruter des volontaires et une trace documentée en profondeur des différents contextes organisationnels dans lesquels s'est déroulée la cueillette de données. C'est pourquoi le journal de bord constitue une source importante de données en soi.

3.5 L'approche par convergence des données : la triangulation

Une des forces majeures des études de cas, selon Yin (1994, p. 92), est la possibilité de recueillir différents types de données pour enrichir la procédure. L'avantage principal est de faire converger de multiples sources données, se corroborant les unes les autres, afin de faire une démonstration plus précise et plus convaincante, et donc de plus grande qualité scientifique. C'est la convergence de données sur un même objet, appelée la «triangulation». Elle contribue à consolider la validité du processus d'enquête.

Outre celui des données, le processus de triangulation porte également sur d'autres composantes de la recherche, selon Patton (1987) :

- Entre membres de l'équipe de recherche (Triangulation des chercheurs);
- Des méthodes (Triangulation méthodologique);
- Des perspectives théoriques sur les mêmes données (Triangulation théorique).

En ce qui a trait à ce projet-ci, tous ces types de triangulation sont présents :

- Triangulation des données : les données énumérées aux sections 3.4.1 à 3.4.12 ci-dessus ont d'abord été examinées chacune au moyen des techniques d'analyse qui leur sont propres. L'analyse s'est poursuivie par une mise en perspective globale de ces résultats partiels. C'est donc l'aspect multidimensionnel de chacune des trois unités d'analyse ou niveaux d'enchâssement (organisation du travail, stratégies protectrices, problèmes de santé et de sécurité) qui ressort grâce à la convergence des données. Ainsi, par exemple, le chapitre 5 portant sur les déterminants organisationnels de la SST présente la convergence des résultats d'analyse d'une entrevue collective d'auxiliaires accidentées chez une même patiente, d'entrevues avec les professionnelles responsables du dossier, d'entretiens avec les gestionnaires, d'observation du travail d'une auxiliaire chez cette cliente et du dossier médical de cette même cliente.
- Triangulation des chercheurs : cette étude a été conçue comme interdisciplinaire dès le départ, pour trois raisons. D'abord, l'équipe est multidisciplinaire : elle se compose de chercheurs spécialisés, diplômés en différentes disciplines (ergonomie, anthropologie, démographie, sociologie, relations de travail, statistiques, ergothérapie, psychologie cognitive, psychodynamique du travail, sciences de la santé). Les personnes qui la composent sont elles-mêmes, individuellement, multidisciplinaires, de par leur formation ou leur expérience. Triangulation des ergonomes, enfin, parce que cette profession est multidisciplinaire en soi et exige au départ des études universitaires de premier cycle dans une autre discipline.
- Triangulation des méthodes : plusieurs méthodes d'échantillonnage, de cueillette de données et d'analyse sont utilisées simultanément, comme l'indiquent la section 3.4 ci-dessus et les annexes 3.1 à 3.15.
- Triangulation des perspectives théoriques : plusieurs approches théoriques sont mises à contribution pour mettre au jour les multiples dimensions des caractéristiques du travail des salariées à l'étude, de l'organisation collective des services de SAD et des conséquences sur leur SST : 1) problématiques ergonomiques de l'activité de travail (charge, stratégies protectrices etc.), 2) analyse sociologique des données sur la structure et le fonctionnement

organisationnels des services SAD ainsi que sur la gestion de la santé et de la sécurité du travail, 3) problématiques sociologique et ergonomique de l'activité de travail de service en présence et/ou avec la collaboration de l'utilisateur et de la composante relationnelle du travail, 4) problématique de psychodynamique du travail concernant l'existence et le fonctionnement des collectifs de travail, 5) approche de relations de travail concernant les différents modes de régulation de l'offre et de la demande de services et des rapports inter-établissements dans le réseau de la santé, 6) approche organisationnelle des indicateurs de SST et 7) problématique sociologique et démographique des rapports sociaux d'âge et de genre.

3.6 Nouvelle approche méthodologique de l'activité de travail des relations de service

Nous avons vu au chapitre précédent que le travail dans les professions de service comporte une particularité importante qui a été relativement peu étudiée. Il s'agit de la relation avec le client, qui est centrale, d'autant plus qu'ici l'utilisateur devient lui-même un collaborateur à l'activité de travail des AFS et des infirmières. L'utilisateur peut en effet faciliter le travail du personnel soignant ou lui nuire et influencer ainsi sa SST. Le protocole d'observation utilisé dans cette recherche a donc tenu compte de cette réalité particulière de travail. Ainsi, des variables sur la collaboration avec l'utilisateur et une personne de son réseau ont été ajoutées aux observations. De plus, puisque l'établissement de cette relation de collaboration avec l'utilisateur passe de façon prépondérante par la parole, les interactions verbales ont été codées et analysées pour chaque soin observé. Les analyses ont permis, par exemple, de quantifier l'importance des directives et consignes et le niveau de collaboration tout au long de l'activité de travail. Et elles ont mis en relation l'utilisation de ces directives et consignes avec les tâches réalisées et les contraintes posturales vécues par le personnel, et par conséquent avec les risques pour la SST du personnel.

3.7 Étude approfondie des horaires de travail et de l'implantation du logiciel de gestion des horaires des auxiliaires familiales et sociales dans deux CLSC

En réponse à un besoin spécifique du CLSC 1 au sujet des horaires de travail des AFS, un volet de l'étude consistait à examiner en profondeur les contraintes de temps des AFS de ce CLSC pour voir dans quelle mesure ces contraintes avaient un impact sur leurs stratégies de travail protectrices. Nous voulions aussi savoir si l'intensification du travail, mesurée en nombre de soins, avait un impact sur ces stratégies et observer en contrepartie les possibilités que l'organisation offrait – ou non – aux AFS de se ménager des marges de manœuvres dans ce sens. Le thème de l'organisation des horaires a donc donné lieu à des analyses particulières, d'abord uniquement au CLSC 1. Comme ce même établissement implantait un système informatisé de gestion des horaires et des routes des AFS, nous avons voulu étudier en outre les processus de décision relatifs à cet outil, de plus en plus populaire et déjà utilisé dans de nombreux CLSC et agences privées de soins à domicile. Finalement, étant donné que le CLSC 1 n'utilisait toujours pas le logiciel au moment où la collecte de données finissait, c'est au CLSC 2 que le travail avec le logiciel a pu être réellement observé et analysé.

Les analyses faisaient appel aux données quantitatives et qualitatives suivantes, recueillies au CLSC 1 et au CLSC 2 :

- Observation de neuf journées de travail d'AFS, totalisant 49 visites à domicile et notées en chroniques de quart; analyses chronologiques de ces données à l'aide du logiciel Observer;
- Deux séances de restitution des résultats de l'observation, enregistrées et analysées;
- Analyse du travail de deux chefs d'équipe responsables des horaires;
- Observation de trois séances de formation au logiciel des AFS et des gestionnaires;
- Observation de huit réunions professionnelles et administratives;
- Deux entrevues collectives avec les auxiliaires;
- Quatre entretiens avec les gestionnaires responsables des horaires et de l'implantation du logiciel;
- Deux entretiens avec des responsables syndicales AFS;
- Examen des statistiques de main-d'œuvre, d'absences et d'accidents des SAD dans les deux CLSC;
- Recherche documentaire pour mesurer les écarts entre horaires prévus et horaires réellement observés.

Le rapport produit pour cette étude figure à l'annexe E.

3.8 Analyse comparative de la performance SST des quatre SAD

Afin de comparer la performance en SST des quatre CLSC, nous avons retenu trois types d'indicateurs : des indicateurs rétrospectifs ou de mesure de résultats, des indicateurs d'état s'appuyant sur le questionnaire visant à mesurer la santé musculo-squelettique et psychologique des employés et enfin des indicateurs prospectifs.

3.8.1 Les indicateurs de mesure de résultats

Les recherches menées dans différents secteurs d'activité montrent que la seule prise en compte des données relatives aux lésions professionnelles compensées par la CSST ne restitue pas un juste portrait de la santé et de la sécurité du travail dans un établissement. En outre, depuis que plusieurs organisations recourent de façon systématique à l'assignation temporaire, il est devenu hasardeux de mesurer la performance en SST en se basant uniquement sur les indicateurs associés à la fréquence et à la gravité des accidents rapportés et compensés puisque ces indicateurs ne révèlent qu'un portrait partiel de la réalité. De même, les difficultés rencontrées dans le secteur des services pour faire reconnaître les troubles de santé psychologique ainsi que les troubles musculo-squelettiques en tant que lésions professionnelles amènent plusieurs travailleurs à déclarer plutôt des problèmes de santé qui sont compensés par les caisses d'assurance maladie.

Afin de tenir compte de cette réalité, trois indicateurs de mesure ont été développés pour comparer les SAD : le taux de fréquence, la durée moyenne d'absence et le taux quotidien d'absence qui combine ces deux derniers. Le taux quotidien d'absence correspond au nombre d'individus sur 100 absents chaque jour pour cause de maladie ou blessure reliée au travail. C'est une mesure de la prévalence.

Ces indicateurs ne tiennent pas compte seulement du nombre de lésions compensées par la CSST mais incluent également le nombre d'assignations temporaires (AT) ainsi que le nombre

d'absences potentiellement reliées au travail (APRT) compensées par les caisses d'assurances privées. Les APRT réfèrent aux absences pour problèmes de santé d'une durée de plus de trois jours présentant des diagnostics de troubles musculo-squelettiques ou de troubles psychologiques⁸. Ces diagnostics ont pu être identifiés à partir des fichiers des établissements. Tous les cas de TMS, de dépression, de fatigue et de « burn out » ont été considérés.

3.8.2 Les indicateurs d'état

Les indicateurs de résultats rendent compte d'événements passés ayant eu un impact sur la santé et la sécurité. Afin de dresser un portrait de la SST dans chaque SAD, au moment de l'étude, un indicateur de santé psychologique et un indicateur de l'importance des douleurs musculo-squelettiques ont été développés à partir des résultats du questionnaire (cf. 3.4.10).

La santé psychologique du groupe des AFS et des infirmières, pour chaque SAD, a été caractérisée selon deux échelles: le niveau d'épuisement émotionnel et le degré d'accomplissement personnel. La troisième échelle (dépersonnalisation) ne présentait aucune différence entre les CLSC. Elle n'a donc pas été retenue comme indicateur de l'état de santé. Les SAD sont catégorisés en fonction du pourcentage de répondants ayant obtenu une cote élevée aux échelles correspondantes du questionnaire. Par ailleurs, le score global du Maslach Burnout Inventory n'a pas été utilisé.

De même, un portrait de la prévalence des douleurs musculo-squelettiques a été établi à partir du pourcentage de répondants associant ces douleurs à leur travail dans le questionnaire. Des études suggèrent que ce type d'information peut être utile pour agir en prévention et réduire le risque de lésions professionnelles.

3.8.3 Les indicateurs prospectifs

Trois grandes catégories de prédicteurs de la performance SST ont été retenues pour comparer les quatre SAD : la conformité du domicile, l'organisation de la prévention ainsi que les pratiques sécuritaires.

La conformité du domicile fait référence à la catégorie de prédicteurs visant à déterminer jusqu'à quel point les équipements, le matériel et l'environnement sont conformes aux normes et à la législation. Dans le cas des soins à domicile, c'est le lieu de résidence des clientèles qui constitue l'environnement de travail et certains CLSC ont développé des politiques concernant l'installation d'équipements d'aide aux soins d'hygiène pour assurer une meilleure sécurité de leur personnel et donc une meilleure conformité des lieux.

L'organisation de la prévention est caractérisée selon le type de structure mise en place, le mode de gestion des réclamations et de compilation des données, l'existence ou non d'un plan d'action en prévention et la mise sur pied ou non d'un processus d'amélioration continue de la qualité.

⁸ Rappel : Taux de fréquence = nombre de lésions + AT + APRT / nombre d'individus considérés en équivalent temps complet (ETC), Durée moyenne d'absence = nombre total d'heures d'absences / nombre de lésions + AT + APRT, Taux quotidien d'absence = ((nombre de jours d'absence/nombre de travailleurs en ETC) / nombre de jours travaillés dans l'année) * 100

Une dernière catégorie de prédicteurs concerne ce que nous avons appelé les pratiques sécuritaires. Comme le soulignent Roy et coll. (2004), l'adoption de comportements sécuritaires réfère à l'implication continue des travailleurs dans la démarche de prévention au niveau même du travail qu'ils accomplissent quotidiennement. Les pratiques sécuritaires font référence ici aux formations offertes en prévention et au niveau perçu d'intégration de la SST dans le fonctionnement du SAD. Ce dernier critère vise à déterminer si les politiques et les processus structurant la prévention sont réellement intégrés aux pratiques quotidiennes de travail, tant au niveau des cadres que des employés. Les pratiques sécuritaires sont à distinguer des stratégies de prudence qui réfèrent à des savoir-faire, développés avec l'expérience, qui se manifestent dans l'activité de travail et qui permettent de faire face aux multiples contraintes rencontrées dans l'exercice du travail, tout en se protégeant des risques, et ainsi préserver sa santé.

3.9 Portée et limites de l'étude

Rappelons que la méthodologie d'études de cas enchâssées qui a été choisie pour cette étude était justifiée par la question de recherche qui peut se formuler ainsi : Existe-t-il des organisations « soutenantes » en termes de SST ? Pour y répondre nous avons fait l'étude approfondie de quatre organisations différentes afin de faire ressortir les effets de certains facteurs organisationnels sur l'activité de travail, les stratégies protectrices et la SST. D'où le choix de privilégier une approche multidisciplinaire et de chercher à documenter plusieurs sources de données majoritairement qualitatives. Les résultats auxquels cette approche a conduit sont, comme le démontre les chapitres qui suivent, d'une très grande richesse en termes d'avancement des connaissances sur les mécanismes en œuvre. De plus, cette étude, très ancrée dans les milieux de travail, a permis de formuler des suggestions de pistes d'aménagement pour améliorer la SST du personnel. Ces pistes sont transposables à différents milieux du secteur en tenant compte des contextes particuliers de chaque organisation. Les retombées de cette recherche se situent donc aussi bien au niveau scientifique qu'au niveau de la prévention dans les milieux de travail. En ce qui concerne ce dernier aspect, il faut même souligner que parmi les suggestions formulées par l'équipe de recherche, certaines ont déjà été implantées dans les différents CLSC en cours de réalisation du projet.

Plus de 70 heures d'observation de l'activité de travail des infirmières, et le même nombre pour les AFS, ont été réalisées, ce qui constitue un corpus de données très important et inédit. Ces observations ont touché 71 soins et 11 après-midi de travail au CLSC pour les infirmières ainsi que 56 visites à domicile pour les AFS. Ces données sont extrêmement riches et ont permis de faire des analyses poussées prenant en compte notamment la diversité des temps de soin, des tâches, des contraintes posturales et des interactions avec les clients. Il n'a toutefois pas été possible de pousser les analyses statistiques en fonction de variables croisées telles l'âge et la connaissance du cas, le nombre de visites n'étant pas suffisant. Les données qualitatives permettent néanmoins de dégager, dans plusieurs cas, des tendances intéressantes.

Cette recherche est basée sur quatre études de cas de CLSC utilisant des modes différents d'organisation du travail. A priori, ce nombre peut sembler mince. Mais à partir de l'étude approfondie de ces quatre univers, et des comparaisons effectuées entre eux, il a été possible de procéder par généralisation analytique (Yin, 2000) afin de dégager un mode d'organisation du travail protecteur en termes de SST. De plus, le travail avec le comité aviseur assure que la

portée de cette recherche est maximisée. Les membres de ce comité ont en effet été impliqués dans le choix des organisations étudiées assurant ainsi une certaine représentativité.

En outre, plusieurs types de données ont été collectées. Pour chacune de celles-ci, il a existé certaines contraintes qui doivent être mentionnées pour bien situer la portée de nos résultats.

En premier lieu, les taux de réponse au questionnaire sur la santé musculo-squelettique et la santé psychologique, sont de 50 % pour les AFS et de 41 % pour les infirmières. Ces taux sont un peu décevants, même s'ils sont comparables ou supérieurs à ceux d'autres études utilisant des questionnaires de ce type. Ils sont sûrement reliés à la surcharge de travail ressenti dans leur milieu et à une certaine lassitude par rapport aux changements ou aux sondages, ainsi que le révèlent les entrevues. D'autres sources d'information que les indicateurs d'état qui ont été calculés sont le reflet réel des malaises vécus dans le milieu.

En ce qui concerne les taux de réponse au questionnaire qui sont relativement faibles, nous croyons que les infirmières et les auxiliaires qui ont accepté d'y répondre sont celles qui sont encore les plus impliquées dans leur milieu de travail et par le fait même ce sont celles qui sont en meilleure santé. Ceci conduit à surestimer le portrait de santé psychologique établi. Plusieurs raisons nous poussent à formuler cette hypothèse :

- Le haut taux d'absentéisme dans les milieux de travail qui fait que celles qui sont les plus « abîmées n'ont pas répondu au questionnaire étant déjà hors de travail;
- La détresse qui a été observée dans les milieux de travail qui est liée à la charge de travail élevée et à l'existence de nombreuses contraintes de travail;
- Le fait qu'il est très difficile de répondre au volet psychologique du questionnaire car il peut confronter les travailleuses à leur pratique et à leur souffrance ce qu'elles n'ont pas nécessairement envie de vivre.

Afin de mettre en évidence les stratégies de travail liées à l'expérience du métier, et de départager l'effet de l'âge et de l'expérience, nous voulions documenter le travail de salariés novices et expérimentés ainsi que celui de salariées jeunes et âgées. Cependant, les structures d'âge des AFS et des infirmières à l'emploi des CLSC participants comprennent peu de travailleuses âgées mais novices, ainsi que peu de jeunes travailleuses expérimentées. Les analyses différentielles statistiques, selon l'âge et l'expérience, n'ont donc pas pu être réalisées. La plupart des travaux portant sur les effets de l'âge sur la SST sont confrontés à des structures d'âge de ce type. Cependant, les données qualitatives ont permis de dégager des hypothèses d'effets différentiels qui seront à explorer.

En ce qui concerne les données de SST, il a été très difficile d'obtenir des informations de la part des CLSC. Aucun d'entre eux ne procédait à des analyses poussées sur le sujet. Il en a été de même pour les données de main-d'œuvre permettant de calculer les indicateurs de résultats, ainsi que pour les budgets et les données financières caractérisant la demande. Elles ont été fort utiles comme le montrent les analyses qui suivent.

Pour ce qui est des entrevues auprès de personnel accidenté ou ayant subi des absences pour problèmes de santé, seules les AFS de deux CLSC ont accepté d'y participer. Les résultats

qu'ont fournis ces données sont très riches, comme le montre les analyses présentées aux chapitres suivants. Ceci n'a cependant pas causé de difficultés majeures dans le cadre de notre projet car les collectes de données étaient multiples et très diversifiées. Il aurait cependant été fort instructif de pouvoir rencontrer des infirmières qui ont dû s'absenter du travail pour des raisons de santé. Ceci a été impossible à réaliser en raison de la surcharge de travail de ces dernières dans tous les milieux étudiés. Si nous avions disposé de plus d'informations sur les caractéristiques organisationnelles ayant joué un rôle dans la survenue de ces problèmes de SST du personnel de SAD, il aurait peut-être été possible de développer d'autres indicateurs tenant compte de ces composantes.

4. PORTRAIT GLOBAL DE LA SST DES QUATRE CLSC ÉTUDIÉS

Des données concernant les lésions professionnelles compensées par la CSST, de même que les absences de plus de trois jours compensées par l'assurance salaire, ont été collectées sur une période de trois ans dans chacun des CLSC étudiés. Voici ce que les analyses révèlent en termes de portrait global de SST qui sera comparé aux statistiques québécoises les plus récentes. Dans un premier temps, nous présentons les indicateurs de résultats décrits au chapitre précédent : le taux de fréquence, le taux quotidien d'absence et la durée moyenne d'absence. Dans un deuxième temps, nous décrivons les résultats obtenus à l'aide des indicateurs d'états. Finalement, nous présentons les résultats de l'analyse de 11 événements décrits par six AFS, lors d'entrevues individuelles, afin de caractériser les circonstances ayant entraîné de tels problèmes de SST.

4.1 Indicateurs d'absence pour cause de lésions et de problèmes de santé

Les tableaux suivants présentent les informations obtenues sur les absences du travail pour cause de lésions professionnelles compensées par la CSST et en assignation temporaire, de même que pour cause d'absence pour problèmes de santé de tous types compensés par l'assurance salaire (absence de plus de trois jours), sur une période de trois ans, dans les quatre CLSC étudiés. Les données concernant le nombre d'absence et d'heures compensées par la CSST et en assignation temporaire sont fournies à l'annexe 4.1.

Ce qui est remarquable dans le cas des lésions compensées par la CSST, c'est que le taux de fréquence et le taux quotidien d'absence dans ces CLSC sont plus élevés que les taux correspondant pour l'ensemble des CLSC du Québec et pour la moyenne québécoise (Tableau 4.1). Cette différence ne peut s'expliquer par la période couverte car elle correspond, dans la majorité des cas, aux années 2000 à 2002. Ceci peut être lié aux dénominateurs (i.e. : nombre de travailleuses exposées au risque) qui sont beaucoup plus fiables dans cette étude étant donné que les données proviennent des services de ressources humaines de chaque CLSC participant. La différence est particulièrement importante pour les infirmières ce qui peut s'expliquer par le fait que les données obtenues dans les quatre CLSC à l'étude concernent uniquement les infirmières du SAD, qui sont plus à risque, alors que les statistiques québécoises ont trait aux infirmières des CLSC qui se retrouvent dans différents programmes (soins courant, enfance et famille, prélèvements, info santé, etc.) et non seulement au SAD. Ces mises en garde étant faites, on constate que le taux de fréquence se situe à 12,1 % pour les AFS et à 9,6 % pour les infirmières, taux supérieur à la moyenne québécoise qui se situe à 5,1 %. Il en est de même du taux quotidien d'absence : on remarque qu'il est le double de la moyenne québécoise pour les AFS. La tendance inverse est observée en ce qui concerne les durées moyennes d'absence qui sont plus longues dans l'ensemble des CLSC pour les deux emplois concernés ainsi qu'au niveau du Québec. Autre constat important est qu'il n'existe aucune information statistique sur le nombre de cas en assignation temporaire, ni sur leur durée au niveau du Québec. Ces données ont été obtenues dans le cadre de ce projet. Comme les calculs des taux le montrent, elles contribuent à alourdir considérablement le portrait de la SST.

Tableau 4.1 : Indicateurs de risque correspondant aux cas compensés par la CSST et en assignation temporaire pour les quatre CLSC étudiés sur une période de trois ans et pour le Québec⁹

Emploi	Taux de fréquence ¹⁰ (%)			TQA (%) ¹¹			Durée moyenne d'absence (jours) ¹²		
	CSST	Assignation temporaire	Total	CSST	Assignation temporaire	Total	CSST	Assignation temporaire	Total
Les CLSC étudiés									
AFS	12,1	5,4	17,5	1,64	0,9	2,54	29,8	35,9	31,7
Infirmière	9,6	6,7	16,3	0,93	0,4	1,33	21,3	14,3	18,4
Ensemble des CLSC du Québec									
AFS	8,1	-----	8,1	1,63	-----	1,63	72,8	-----	72,8
Infirmière	2,8	-----	2,8	0,3	-----	0,3	39,8	-----	39,8
Moyenne québécoise⁵	5,1	-----	5,1	0,8	-----	0,8	55,7	-----	55,7

Légende : ---- : les indicateurs ne peuvent être calculés car les données ne sont pas disponibles

Les absences compensées par l'assurance salaire sont plus fréquentes que les lésions professionnelles compensées par la CSST ou entraînant des assignations temporaires (Tableau 4.2). En effet, les taux de fréquence sont près de deux fois plus élevés pour les AFS et plus de deux fois plus élevés pour les infirmières. Les durées d'absence suivent la même tendance. Elles sont également plus longues, particulièrement pour les infirmières qui s'absentent en moyenne plus de 63 jours. Ceci se répercute évidemment sur les taux quotidiens d'absence puisqu'ils combinent la fréquence et la durée moyenne d'absence. Signalons cependant que dans le cas de ce type d'absence, il n'a pas été possible de les comparer par rapport aux données québécoises puisque celles-ci ne sont pas disponibles.

Tableau 4.2 : Nombre d'heures d'absence compensées par l'assurance salaire pour les quatre CLSC étudiés sur une période de trois années et indicateurs de risque

Emploi	Absence assurance salaire (heure)	Nb cas assurance salaire	Taux de fréquence (%) ⁴	TQA (%) ⁴	Durée moyenne d'absence (jours)
AFS	34097	85	27,1	7,05	53,3
Infirmière	33506	75	35,9	10,42	63,6

⁹ Sources : Données recueillies dans le cadre de cette recherche auprès des services administratifs des 4 CLSC étudiés; Statistique Canada – Recensement de la population de 2001, tableau personnalisé; Statistique Canada – Enquête sur l'emploi, la rémunération et les heures travaillées (EERH), compilation spéciale; CSST – Dépôt de données central et régional, mise à jour de juillet 2004 sur les données couvrant la période 2000 à 2002; Traitement : IRSST.

¹⁰ Taux de fréquence correspond au nombre de lésions divisé par le nombre d'individus considérés en équivalent temps complet.

¹¹ Taux quotidien d'absence correspond au nombre d'individus sur 100 absents chaque jour. C'est une mesure de la prévalence. Il se calcule de la façon suivante : (nombre de jours d'absence/nombre de travailleurs en ETC)/nombre de jours travaillés dans l'année) * 100.

¹² Durée moyenne d'absence correspond au nombre total d'heures d'absence divisé par le nombre de lésions.

Cependant, les absences compensées par l'assurance salaire ne sont pas toutes liées directement au travail. Dans la section suivante, nous examinons cette question en regardant tous les diagnostics ayant justifié ces absences des AFS et des infirmières des SAD au cours des trois dernières années.

4.2 Types de lésions et de problèmes de santé entraînant des absences du travail

Peu d'informations sont collectées dans les CLSC ou au niveau national sur les caractéristiques et les circonstances des situations ayant entraîné des lésions professionnelles. Il est malgré tout possible de constater, à partir des statistiques disponibles, que les deux-tiers des lésions des AFS compensées par la CSST et la moitié de celles des infirmières concernent le système musculo-squelettique (lombalgie, tendinite, épicondylite), dans les quatre CLSC étudiés. Les autres types de lésions ont trait à la qualité de l'air, à des contusions et à des accidents de voiture (pour plus de détails, voir annexe 4.2). Au niveau du Québec, on retrouve un portrait similaire des lésions mais accentué. En effet, les lésions de types musculo-squelettiques regroupent 80 % des lésions compensées chez les AFS et 65 % chez les infirmières des CLSC (annexe 4.3).

On note (Tableau 4.3) que les absences compensées par l'assurance salaire qui ne sont pas liées au travail sont moins nombreuses que celles qui ont un lien potentiel avec le travail, aussi bien pour les AFS (40 absences par rapport à 45) que pour les infirmières (34 par rapport à 41). Ces dernières ont entraîné des problèmes musculo-squelettiques ou psychologiques en nombre égal pour les AFS, alors que pour les infirmières les troubles psychologiques sont prépondérants et entraînent des durées d'absence plus longues, allant en moyenne jusqu'à plus de 126 jours pour les infirmières.

Tableau 4.3 : Répartition des absences de santé selon le lien potentiel avec le travail pour les quatre CLSC étudiés sur une période de trois ans

Type de diagnostic	AFS		Infirmières	
	Nombre de cas	Durée moyenne d'absence (jours)	Nombre de cas	Durée moyenne d'absence (jours)
Pas de lien direct avec le travail¹³	40	50,5	34	29,6
Lien potentiel avec le travail				
Musculo-squelettique ¹⁴	22	46,9	13	17
Trouble psychologique	23	78,9	28	126,5
Sous-total	45	63,3	41	91,8

¹³ Cette catégorie comprend des fractures et contusions, des infections, des cancers, des problèmes reliés aux systèmes respiratoire, gynéco-urinaire, locomoteurs, etc.

¹⁴ hernie, épicondylite, costochondrite, tendinite

4.3 Niveau de risque de problèmes de SST

Pour avoir un portrait complet, nous considérons dans cette étude que le niveau de risque de problèmes de SST comprend les indicateurs associés aux lésions compensées par la CSST, aux assignations temporaires ainsi qu'aux absences de santé ayant des liens potentiels avec le travail. C'est ce qui est présenté aux tableaux 4.4 et 4.5. Le tiers des AFS et des infirmières est absent du travail pour problèmes de SST, une proportion correspondant à plus du double des absences compensées par la CSST pour les AFS et au triple pour les infirmières. De plus, pour un groupe de 100 travailleuses, sept AFS et onze infirmières sont absentes chaque jour pour des problèmes de SST. Par rapport aux taux quotidien d'absence compensée par la CSST, ces taux sont multipliés par quatre pour les AFS et par dix pour les infirmières. Les durées moyennes d'absence sont de plus de deux mois pour les AFS et de trois mois pour les infirmières. Ces chiffres montrent un portrait de SST très troublant.

Tableau 4.4 : Niveau de risque relié au travail selon l'emploi pour les quatre CLSC étudiés sur une période de trois années

Emploi	CSST		Assignation temporaire		Assurance salaire potentiellement lié au travail		Global	
	Taux de fréquence (%)	TQA (%)	Taux de fréquence (%)	TQA (%)	Taux de fréquence (%)	TQA (%)	Taux de fréquence (%)	TQA (%)
AFS	12,1	1,6	5,4	0,9	14,3	4,1	31,8	6,7
Infirmière	9,6	0,93	6,7	0,4	19,6	9,5	35,9	10,8

Tableau 4.5 : Durées moyennes d'absence (jours) des problèmes reliés au travail selon l'emploi pour les quatre CLSC étudiés sur une période de trois années

Emploi	CSST	Assignation temporaire	Assurance salaire potentiellement lié au travail	Global
AFS	29,8	35,9	63,3	45,9
Infirmière	21,3	14,3	91,8	58,7

4.4 Symptômes musculo-squelettiques

Les figures 4.1 et 4.2 présentent le portrait des réponses des AFS et des infirmières aux questions portant sur les sites où elles ressentent des douleurs au cours des douze derniers mois. Les principaux sites de douleurs déclarées, aussi bien par les AFS que par les infirmières, sont dans l'ordre : le dos (62 % des AFS et 83 % des infirmières), le cou et la nuque (45 % des AFS et 63 % des infirmières) ainsi que les épaules (31 % des AFS et 42 % des infirmières). Les bras s'ajoutent à ces sites pour 30 % des AFS. De façon très majoritaire, elles ont reliées ces douleurs au travail. De plus, ces douleurs sont ressenties par les AFS et les infirmières à différents moments de la journée (aussi bien au travail que chez elles) et de la nuit.

Figure 4.1: Douleurs attribuées au travail chez les AFS des quatre CLSC étudiés

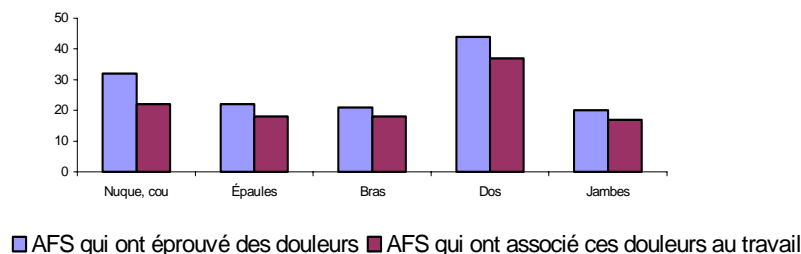
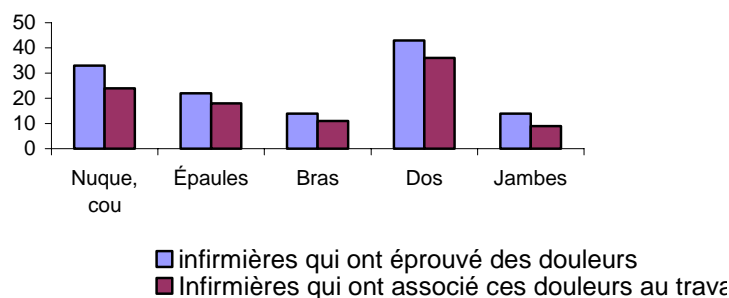


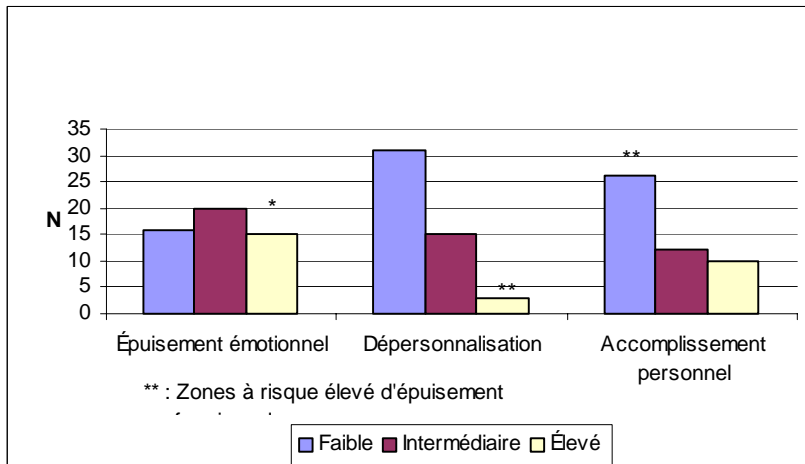
Figure 4.2 : Douleurs attribuées au travail chez les infirmières des quatre CLSC étudiés



4.5 La santé psychologique

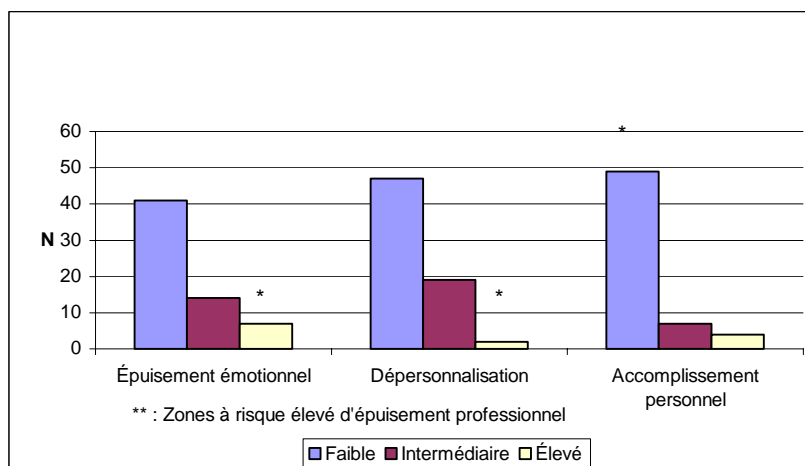
En ce qui concerne la santé psychologique, les AFS présentent majoritairement des cotes faibles sur les deux premières échelles, celles d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. En effet, 11 % et 3 % des AFS sont à risque élevé pour ces deux indices (Figure 4.3). En outre, sur l'échelle de l'accomplissement personnel, 82 % des AFS considèrent que leur travail ne leur permet pas de se réaliser, ce qui est assez préoccupant. Il y a 3,3 % des AFS qui sont à risque de problèmes de santé psychologique puisqu'elles obtiennent simultanément des scores élevés aux sous-échelles d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation et bas à celle d'accomplissement personnel. Cette proportion est plus faible que celles trouvées par Dion et Tessier (1994) dans la population québécoise, soit 7,3 % pour les éducatrices et de 9,8 % pour les infirmières. Rappelons que le taux de réponse au questionnaire est de 50 % ce qui est relativement peu élevé. Nous pouvons faire l'hypothèse que les travailleuses qui n'ont pas répondu au questionnaire sont dans un état de santé mentale plus critique que celles qui ont pris le temps d'y répondre. Le portrait brossé ici, ne montrerait selon nous que la pointe de l'iceberg.

Figure 4.3 : Indices de santé psychologique des AFS des quatre CLSC étudiés



Les infirmières, quant à elles, sont plus à risque que les AFS car 29 % des répondantes présentent des cotes élevées sur l'échelle d'épuisement émotionnel et 6 % d'entre elles pour l'indice de dépersonnalisation (Figure 4.4). De plus, 54 % des infirmières déclarent ne pas se réaliser dans leur travail. Il y a 6,2 % des infirmières qui sont à risque de problèmes de santé psychologique puisqu'elles obtiennent simultanément des scores élevés aux sous-échelles d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, et bas à celle d'accomplissement personnel. Encore une fois, cette proportion est légèrement plus faible que celles trouvées par Dion et Tessier (1994). Rappelons que le taux de réponse au questionnaire est de 41 % ce qui est relativement peu élevé. De la même façon que pour les auxiliaires, nous pouvons faire l'hypothèse que les travailleuses qui n'ont pas répondu au questionnaire sont dans un état de santé mentale plus critique que celles qui y ont répondu.

Figure 4.4 : Indices de santé psychologique des infirmières des quatre CLSC étudiés



4.6 Caractéristiques des circonstances ayant entraîné des problèmes de santé et des accidents reliés au travail

Comme nous l'avons vu précédemment, peu d'information existe dans les données statistiques officielles sur les circonstances ayant entraîné des problèmes de santé et des accidents reliés au travail. Nous avons tenté de combler cette lacune, dans le cadre de ce projet, en demandant aux AFS et aux infirmières dans les CLSC étudiés de participer à des entrevues sur ce sujet. Seules des AFS des CLSC 2 et CLSC 4 ont accepté. Au CLSC 2, sept travailleuses ont subi des lésions chez la même cliente. Une analyse détaillée de cas est présentée au chapitre suivant car il permet d'illustrer en détail la complexité des déterminants en jeu. Dans cette section, nous présentons les analyses particulières de 11 événements survenus à six AFS du CLSC 4, au cours des cinq dernières années, car elles font ressortir des tendances intéressantes en termes de pistes de prévention. Nous devons souligner à nouveau que nous n'avons eu aucune information de ce type concernant les problèmes de SST des infirmières ce qui ne permet pas de développer une analyse approfondie des déterminants ayant joué un rôle dans leur survenu.

Les principales informations qui ont été recueillies sur ces événements sont présentées à l'annexe 4.4. Les analyses révèlent que les onze événements documentés peuvent être regroupés en six grandes catégories.

Les événements liés au contexte d'implantation de changements particuliers

Les cinq événements de cette catégorie concernent trois AFS qui étaient soit en remplacement de la chef d'équipe ou à qui on a confié des tâches différentes de celles des autres AFS. Pendant la période où ces événements se sont produits, elles ont eu à accomplir diverses tâches telles que l'implantation des horaires de fin de semaine, la saisie d'information pour le nouveau logiciel Horaire + ou des vérifications de factures d'agences. Ces dossiers leur ont été confiés par la chef de programme de l'époque en l'absence de la chef d'équipe. Tout le travail de préparation et de mise en application des nouveaux horaires fut complexe et exigeant pour les deux chefs d'équipe qui y travaillaient. De plus, le tout s'est fait dans une période assez courte de deux mois. À son retour, la chef d'équipe régulière n'a pas accepté les changements introduits pendant son absence. Les AFS étaient de plus en colère en raison de la nouvelle obligation qu'elles avaient de travailler les fins de semaine, à toutes les huit ou neuf semaines. Selon l'une des AFS interrogées, elles ont pris en grippe leur chef d'équipe plutôt que la chef de programme qui était responsable de ce changement organisationnel. Ce ressentiment de la part des collègues de travail fut très lourd à porter par les AFS qui, finalement, se sont absentes. Cette difficulté est exprimée ainsi par une d'entre elles « *En deux semaines, plus personne te parle et quand tu rentres dans le bureau tout le monde se tait* ». Les absences ont toutes été compensées par l'assurance salaire et ont duré environ trois mois à chaque fois.

Ces situations mettent en évidence plusieurs dimensions organisationnelles ayant contribué à alourdir le contexte de travail. Nous insisterons sur quelques-unes d'entre elles. En premier lieu, ces événements montrent l'importance de la stabilité de l'équipe de gestion surtout à un moment où des modifications ayant un impact sur l'activité de travail du personnel sont introduites. Depuis, l'équipe a été stabilisée. Un troisième chef d'équipe a été nommé et les tâches ont été clarifiées et mieux réparties. Ce sont tous des éléments positifs. D'autre part, ces situations mettent en évidence les conséquences que peuvent avoir l'implantation d'un changement

organisationnel d'importance, sans l'appui de la chef d'équipe régulière et sans consultation du personnel concerné. Une planification serrée et adéquate est d'autant plus essentielle que le changement en jeu peut être perçu comme confrontant les acquis du personnel, en termes de conditions de travail, comme ce fut le cas ici. Un autre élément problématique réside dans l'absence de définition de tâches et de responsabilités claires dans les mandats confiés aux AFS jouant le rôle de chef d'équipe remplaçante. Ceci a probablement contribué à l'impression, qu'ont eue les AFS concernées, d'une absence de soutien de la part des collègues et de l'équipe de direction de l'époque et d'être laissées à elles-mêmes pour régler tous les problèmes alors que les changements étaient demandés par la chef de programme. Enfin, les entrevues laissent soupçonner des tensions dans le collectif des AFS entre les plus âgées (55 ans et plus) et les autres, lesquelles soupçonnent la chef d'équipe de protéger les premières à leur détriment en leur donnant, par exemple, des cas de patients moins lourds. De plus, il est mentionné que les plus anciennes ne se mêlent pas aux plus jeunes. Ces problèmes dans le collectif de travail sont de première importance puisqu'ils peuvent empêcher les échanges de stratégies protectrices et nuire au soutien des membres de l'équipe auprès de clientèles difficiles.

Les événements liés à une détérioration de l'état de santé des clients

Cette catégorie comporte deux accidents qui se sont produits dans des circonstances similaires chez des clients. En tout premier lieu, les AFS victimes sont expérimentées (plus de cinq ans). Elles travaillaient toutes deux au programme d'intervention précoce¹⁵. L'une d'elles y effectuait un remplacement. Les AFS ont été victimes d'une entorse lombaire, dans un cas, et d'une tendinite à l'épaule droite, dans l'autre cas. Le premier événement a été compensé par la CSST pour une période de six à huit semaines. Pour le second, l'AFS n'a pas voulu s'absenter car elle se « *sentait très concernée* » par le fait qu'elle remplaçait au programme d'intervention précoce et que personne ne voulait travailler dans ce secteur. Quelques jours plus tard, cependant, elle s'est absentée étant donné qu'elle ressentait toujours des douleurs. Elle a alors présenté une réclamation à la CSST qui l'a refusée. Elle s'est donc absentée en faisant une réclamation à l'assurance salaire.

Pour analyser ces deux cas d'accidents, nous tenons compte de plusieurs facteurs. Dans un premier temps, nous considérons les caractéristiques des patients et de l'environnement de travail. Par la suite, nous traiterons s'il y a lieu des particularités des travailleuses et des équipes de travail. Enfin, nous aborderons la question des déterminants organisationnels ayant contribué à la survenue de ces événements.

En ce qui concerne les caractéristiques *des clients*, les AFS dispensent, dans les deux cas, un soin à une personne en soins palliatifs dont l'état s'est beaucoup détérioré depuis leur dernière visite. Ces deux patients sont morts, trois jours après la visite de l'AFS, dans un cas, et deux semaines après, dans l'autre. Dans le premier cas, le client a perdu l'équilibre au cours d'un déplacement causant une blessure à l'AFS qui voulait empêcher sa chute. Elle explique que le client refusait sa maladie et essayait toujours de cacher sa condition rendant la prévention difficile. Dans l'autre cas, le bain à la baignoire n'était plus possible car le client était trop faible. L'AFS a alors dû

¹⁵ À ce CLSC les clientèles post-opérations et post-hospitalisation ont été séparées des clientèles de maintien à domicile; ces différentes clientèles sont desservies par du personnel différent. L'impact de ce choix organisationnel est analysé au chapitre 8.

accomplir un bain au lit. Dans un cas, l'AFS décrit le client comme étant très difficile car il refusait sa maladie, était fréquemment en colère et tentait de manipuler les AFS.

Pour ce qui est de *l'environnement de travail*, les deux situations présentent des problèmes. Pour la première, il manquait un lit adéquat ce qui rendait le transfert beaucoup plus difficile, aux dires de l'AFS; idem pour la réalisation de nouvelles tâches qui s'étaient ajoutées au plan de service consistant à faire faire des exercices au patient. Dans l'autre situation, une pièce d'équipement du lit était défectueuse (la ridelle) et l'AFS s'est blessée en tentant de l'installer. Elle pose d'ailleurs des questions sur le suivi, par le SAD, de l'état des équipements installés à domicile par la firme avec laquelle il fait affaire. Aucun suivi, selon elle, n'a été effectué dans ce dossier.

Du côté de *la travailleuse et du collectif de travail*, il ressort que les deux AFS impliquées se sont senties mal à l'aise de ne pas dispenser le soin vu l'état des patients. L'une d'elle dit : « *ma conscience professionnelle me l'interdisait* ». On comprend que cette question touche la conception même du métier. Elle mériterait d'ailleurs d'être débattue en réunion professionnelle. Les entrevues font de plus apparaître un manque de discussion de cas, particulièrement en regard des stratégies communes à développer avec les clients difficiles.

Sur le plan de *l'organisation du travail*, plusieurs aspects sont à noter. Ces deux événements se sont produits au programme d'intervention précoce. Dans un des cas, l'AFS était en remplacement. Elle venait d'un autre secteur. Dans l'autre, l'AFS travaillait dans ce programme mais remplaçait une collègue qui s'était blessée chez ce même client. Aux dires des personnes interrogées, le programme précoce est considéré comme un secteur difficile par l'ensemble AFS. Dans un des cas, la travailleuse connaissait le patient depuis un mois, à raison de deux visites de trois heures par semaine. Dans l'autre cas, cette information n'est pas précisée. Mais on sait que l'AFS avait visité le client la semaine précédente.

On peut cependant soupçonner que des problèmes de transmission d'information sur les clients ont joué un rôle crucial au moment de l'accident. De plus, l'une des AFS déplore qu'il n'y ait pas eu de discussion de cas ce qui l'aurait aidée, de même que ses collègues, en établissant des stratégies communes face à ce client difficile. Plusieurs demandes de réajustement d'équipements ont en outre été faites et il semble qu'aucune réponse ne soit venue de la part du CLSC. Une des AFS présente un exemple pour expliquer qu'on ne tient pas toujours compte de l'information qu'elle ramène à l'équipe multidisciplinaire : elle avait alerté le SAD au sujet d'une cliente, selon elle en état d'hyperglycémie, et avait suggéré d'y envoyer une infirmière. Le CLSC n'a pas agi et la cliente s'est retrouvée à l'hôpital. C'est pour elle un exemple de situation où le professionnalisme des AFS n'est pas vraiment reconnu.

Les entrevues révèlent que la politique relative à l'obligation d'aménager l'environnement à domicile est parfois ambiguë, particulièrement dans son application. Une des AFS déclare qu'il lui revient finalement souvent de prendre la décision de dispenser le soin en l'absence d'équipement sécuritaire adéquat. Rappelons que dans les deux cas, les AFS se sont senties mal à l'aise de refuser le service.

Bien qu'elles aient eu une formation d'une journée sur l'approche au mourant, elles considèrent que ce n'est pas suffisant. Elles auraient eu besoin de discussion avec leurs collègues sur cette

problématique, ce qui n'a pas eu lieu. Or ces discussions permettraient d'approfondir leur apprentissage.

L'AFS du patient difficile affirme qu'elle aurait aimé cédule cette visite en avant-midi pour accomplir le soin alors qu'elle est encore en forme. Il ne semble pas cependant que cela ait été possible sans que nous sachions pourquoi. Ce point ramène l'importance de la marge de manœuvre dans la réorganisation des routes et le rôle protecteur que celle-ci peut jouer. Cette question sera discutée en détail au chapitre 7.

En ce qui a trait à la gestion de la SST, il semble, selon les deux AFS impliquées, qu'aucune enquête d'accident n'ait été réalisée par le CLSC ce qui pose problème puisque, comme le montre la présente analyse, plusieurs pistes de prévention peuvent être identifiées pour éviter qu'un autre accident de ce type ne se produise.

De plus, on constate qu'après une exposition à des risques ayant conduit à une blessure au travail et à des absences, les AFS développent d'autres stratégies de travail. Ainsi, depuis l'événement, une des AFS mentionne qu'elle a modifié ses façons de faire : elle dit apporter plus d'attention à l'équilibre des clients et plus de vigilance dans l'application des principes du PDSB. L'autre mentionne qu'elle se protège davantage dans ce genre de situation en refusant d'accomplir ce type de soin.

Accidents survenant chez le client pendant des tâches diverses

Cette catégorie regroupe deux accidents survenus chez des clients à propos desquels nous n'avons pas beaucoup d'information. Le premier accident s'est produit au moment où l'AFS lavait le bain. Elle a eu à déplacer le banc de bain, qui était en fait collé au fond. C'est une situation qu'elle n'avait pas prévue et qui lui a causé une entorse lombaire. Elle en était alors à ses premières armes dans les soins à domicile et ne connaissait pas les procédures à suivre pour déclarer un accident. Elle l'a déclaré deux jours plus tard car au moment où l'accident est survenu, elle croyait que les douleurs allaient passer. On lui a alors répondu qu'il était trop tard pour faire une réclamation d'accident. Elle n'était pas la première à avoir des problèmes avec cet équipement mais ses collègues n'avaient pas eu d'accident. Les AFS se donnaient des trucs entre elles pour réduire les risques (par exemple mettre une débarbouillette sous les ventouses). L'AFS mentionne que suite à son accident, les bancs ont été redessinés et les cas d'exception ont été mieux définis.

L'autre accident est une chute, chez un client, dans un escalier extérieur glacé et recouvert de neige. L'AFS a continué à travailler pensant que les choses allaient se replacer. Mais elle a dû arrêter plus tard, pour une période de quelques mois compensée par l'assurance salaire. Elle a l'impression qu'aucune enquête n'a été faite par le CLSC suite à son accident.

Ces deux exemples montrent l'importance d'une meilleure diffusion de l'information sur les procédures de déclaration d'accidents au SAD.

L'usure du métier

Le problème de santé identifié dans ce cas est un trouble musculo-squelettique à l'épaule droite. La travailleuse ne se souvient pas d'un événement particulier ayant pu entraîner cette douleur.

Elle l'associe cependant à son travail qui exige de cette épaule beaucoup de petits gestes répétés pour l'hygiène et la mobilisation. La douleur est devenue difficile à supporter au fil du temps et elle a dû s'absenter. Son absence a été compensée par l'assurance salaire.

Cette absence qui n'est pas liée à un événement particulier, fait penser à une certaine forme d'usure du métier liée à l'âge (59 ans) et à l'ancienneté (26 ans) de l'AFS impliquée.

Cette entrevue fut riche en stratégies de travail se développant avec l'âge et l'expérience :

- Elle dit faire attention pour ne pas travailler avec les bras au dessus du niveau des épaules;
- Elle prend le temps d'installer dans sa zone d'atteinte tout ce dont elle a besoin pour ses soins et dit, à ce sujet, « *avoir appris à faire autrement* » avec le temps. Elle souligne que la politique institutionnelle sur l'aménagement des salles de bain est très soutenante.

Cette entrevue fut également très riche en ce qui a trait aux facteurs organisationnels pouvant faciliter le maintien en emploi de personnel âgé ainsi que des travailleuses de tous âges. Voici ce qui en ressort :

- L'allègement des tâches des AFS plus âgées ou de retour au travail à la suite d'une absence pour raison de santé;
- La stabilité des routes et des clientèles qui permettent de mettre à profit les connaissances de l'environnement et de la clientèle pour se protéger;
- Le maintien du règlement sur les équipements à domicile. Selon elle, ce combat n'est jamais vraiment gagné. Elle dit « *que cette politique est et sera respectée tant et aussi longtemps que la responsable PDSB sera très stricte sur la question et qu'elle défendra les AFS face aux intervenantes, qui ont des vues différentes sur l'intervention à domicile* »;
- L'intérêt de faire des mises à jour fréquentes des principes du PDSB;
- Le besoin de conciliation d'approches différentes des divers intervenants de l'équipe multidisciplinaire. Elle mentionne que les intervenantes-pivots ne voient pas toujours la situation de la même façon que les AFS. Elle donne l'exemple d'une ergothérapeute qui n'évalue pas de la même façon la pertinence d'utiliser un banc de transfert plutôt qu'une planche, alors que pour les AFS, le banc est beaucoup plus utile, et elle décrit la situation ainsi : « *C'est parfois la confrontation de deux approches : l'ergo qui souhaite conserver les capacités des clients par l'exercice et les AFS qui cherchent à faire des soins sécuritaires et confortables pour elles et les clients* »;
- L'instauration de programme de parrainage des stagiaires qui permet de faire le transfert de connaissances utiles à la préservation de la santé ainsi qu'à la qualité des soins.

Parcours de détérioration graduelle de la santé

Dans ce groupe, on retrouve une travailleuse victime de plusieurs événements entraînant des absences ou des douleurs. Certains semblent reliés au travail, d'autres non. Elle ressent notamment des douleurs à l'épaule qu'elle associe à un événement subséquent. Elle explique en effet que pour compenser des douleurs au dos, lié à un événement précédent, elle a sursollicité son épaule ce qui lui a causé une tendinite avec capsulite. Il ressort de cette entrevue

l'impression d'une dégradation graduelle de la santé au fil du temps. Il semble de plus y avoir au CLSC une incompréhension quant au mécanisme de déclaration des problèmes de santé et de sécurité reliés au travail. Cette personne se sent coupable de s'absenter, a peur de la CSST et se sent harcelée par la direction des ressources humaines lorsqu'elle s'absente.

Événement lié à la qualité de l'air

Un dernier événement concerne des problèmes de santé liés à la qualité de l'air au SAD suite au déménagement dans des nouveaux locaux et à une inondation six mois plus tard. Il semble que cette problématique ait créé plusieurs tensions dans le milieu de travail contribuant à la détérioration de son climat. Les personnes victimes ont l'impression de ne pas avoir été crues, ce qui les a beaucoup vexées.

4.7 Synthèse

Les indicateurs de résultats utilisés montrent que le niveau de risque de problèmes de SST pour les AFS et les infirmières est très préoccupant. En effet, quand on considère les lésions compensées par la CSST, les assignations temporaires ainsi que les absences de santé ayant des liens potentiel avec le travail, c'est le tiers des AFS et des infirmières qui sont absentes du travail pour problèmes de SST. De plus, pour un groupe de 100 travailleuses, sept AFS et onze infirmières sont absentes chaque jour pour des problèmes de SST. Les durées moyennes d'absence sont de plus de deux mois pour les AFS et de trois mois pour les infirmières.

Le deux-tiers des réclamations des AFS à la CSST et la moitié de celles des infirmières concernent des problèmes musculo-squelettiques. Ce type de problème de santé explique également la moitié des absences liées au travail compensées par l'assurance salaire, chez les AFS, l'autre moitié étant associée à des troubles psychologiques. Les infirmières quant à elles font principalement des réclamations à l'assurance salaire pour des troubles de santé psychologiques reliés au travail.

Une proportion importante des AFS et des infirmières ressentent des douleurs au dos, à la nuque et au cou ainsi qu'aux épaules. La majorité d'entre elles les associent au travail. Pour ce qui est de la santé mentale, les AFS sont à risque surtout au niveau de l'accomplissement dans le travail : 82% des répondantes disent ne pas s'accomplir dans leur travail. Du côté des infirmières, l'indice d'épuisement émotionnel est inquiétant : 29 % des répondantes présentent une cote élevée sur cet indice, de même que celui sur l'accomplissement et 54 % des répondantes ne se réalisent pas dans leur travail.

Étant donné le peu d'information existante dans les statistiques officielles sur les circonstances des accidents, l'analyse approfondie de données de ce type, obtenues par entrevue auprès d'AFS d'un CLSC, a permis de dégager six catégories d'événement. Il s'agit d'abord d'événements liés au contexte d'implantation de changements particuliers et d'une détérioration de l'état de santé des clients; d'autres sont survenus chez le client pendant la réalisation de tâches diverses, connexes au soin, alors qu'un certain nombre semble plutôt lié à l'usure du métier et à la détérioration graduelle de la santé de la travailleuse. Finalement, des situations concernent la qualité de l'air. Ces analyses permettent de faire ressortir des éléments pouvant être utiles en termes de prévention.

5. MODÈLE THÉORIQUE DES DÉTERMINANTS DE LA PRÉSENCE DE STRATÉGIES PROTECTRICES CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT ET EXEMPLE D'UNE PROBLÉMATIQUE SST CHEZ LES AUXILIAIRES.

Dans ce chapitre, nous présentons le modèle théorique issu de ce projet de recherche, suivi d'un exemple mettant en relief plusieurs des déterminants de la SST qui ont été identifiés lors de l'analyse d'une problématique particulière vécue par des auxiliaires familiales et sociales.

5.1 Modèle théorique des déterminants de la présence de stratégies protectrices chez le personnel soignant

Tout d'abord, ce modèle théorique (figure 5.1) permet de présenter les types d'indicateurs qui ont été retenus dans cette recherche. Il met également en évidence que l'activité de travail des AFS et des infirmières, ainsi que les stratégies de travail qu'elles développent, découlent de plusieurs aspects de leur travail. Ceux-ci sont répartis en quatre grandes catégories selon qu'ils relèvent de la travailleuse et de son équipe, de l'utilisateur et de son réseau, de l'environnement de travail ou de l'organisation du travail. En influençant l'activité de travail des AFS et des infirmières, ces éléments ont des effets sur la SST du personnel ainsi que sur la qualité des services offerts. Ce modèle met aussi en évidence que ces grandes catégories, définissant le travail du personnel à domicile, sont conditionnées par un contexte macroscopique caractérisé entre autres par des consignes ministérielles, le vieillissement de la population et la pénurie d'infirmières. De plus, ces différents aspects du travail évoluent dans le temps à travers le contexte macroscopique, l'organisation du travail, l'état de santé des clients et la capacité du réseau à les prendre en charge, les caractéristiques du personnel et des collectifs de travail ainsi que l'environnement. Par conséquent, lorsqu'on examine l'activité du personnel, on doit être conscient de l'impact de l'ensemble de ces composantes. Il est évident que dans certaines situations, quelques aspects prennent le dessus sur d'autres. Il ne faudrait d'ailleurs pas négliger l'effet potentiel de facteurs qui sont présents bien qu'invisibles.

Chacune des quatre grandes dimensions qui influencent le travail du personnel à domicile est composée de plusieurs facteurs se situant à divers niveaux. Pour ce qui concerne l'utilisateur et son réseau, ces facteurs sont représentés à la figure 5.2. Ils relèvent de l'utilisateur lui-même, de son réseau familial et de son réseau social. Ainsi l'âge de l'utilisateur, sa pathologie, son niveau d'autonomie, le fait qu'il souffre ou non, le type de soins demandés, ses caractéristiques physiques et psychologiques ont un impact sur l'activité de travail. L'autre niveau dépend du réseau familial; les éléments qui le constituent ont également des effets non négligeables sur le travail, que l'on pense entre autres à l'attitude des proches face à la maladie et aux soins, à leur présence ou non lors des soins, aux moyens financiers disponibles et à leur âge. Enfin, bien que de façon plus lointaine, la disponibilité du réseau public, d'organismes de soutien, de ressources professionnelles et communautaires dans la région concernée influencent également la nature et la charge de travail du personnel. Comme toile de fond il y a le vieillissement de la population qui joue un rôle non négligeable sur ces différentes dimensions puisque les services à dispenser visent une population de plus en plus âgée dont les aidants sont aussi plus âgés.

Figure 5.1 : Modèle théorique

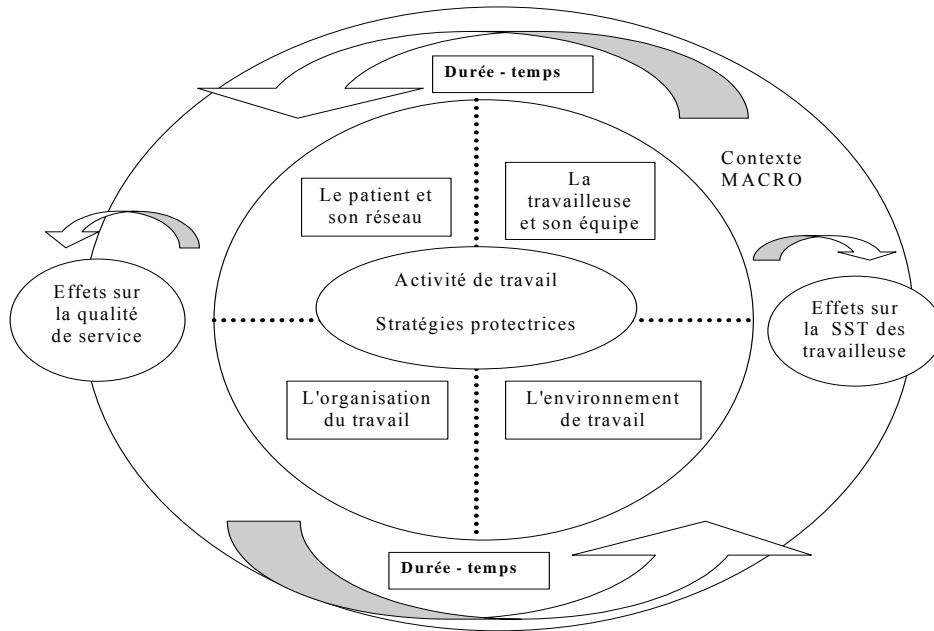
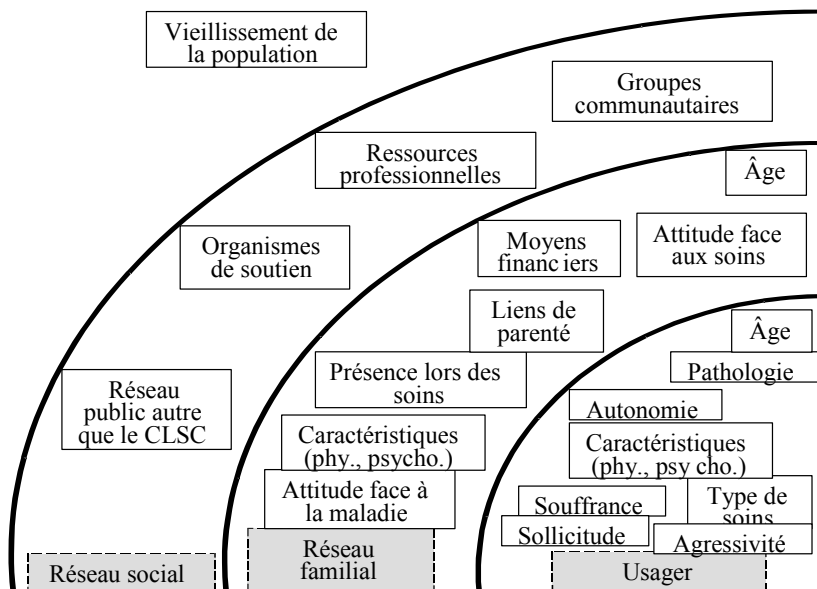
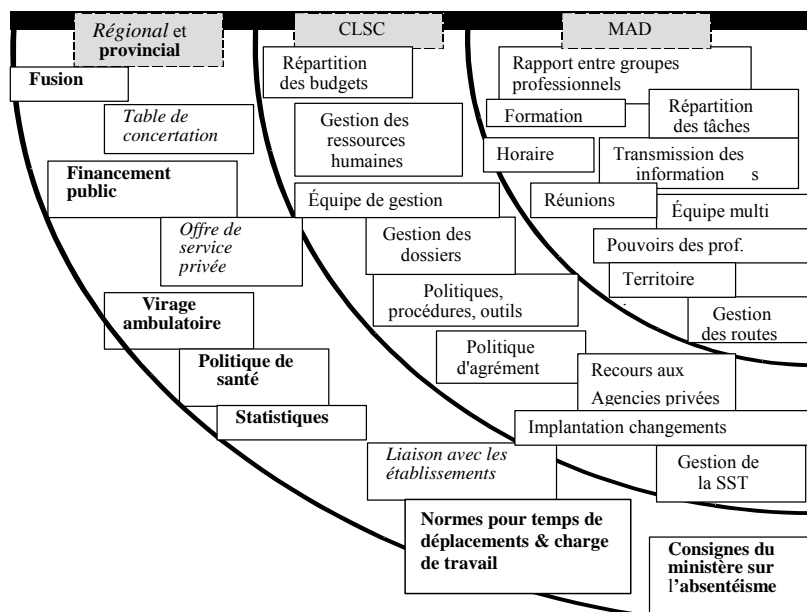


Figure 5.2 : L'utilisateur et son réseau



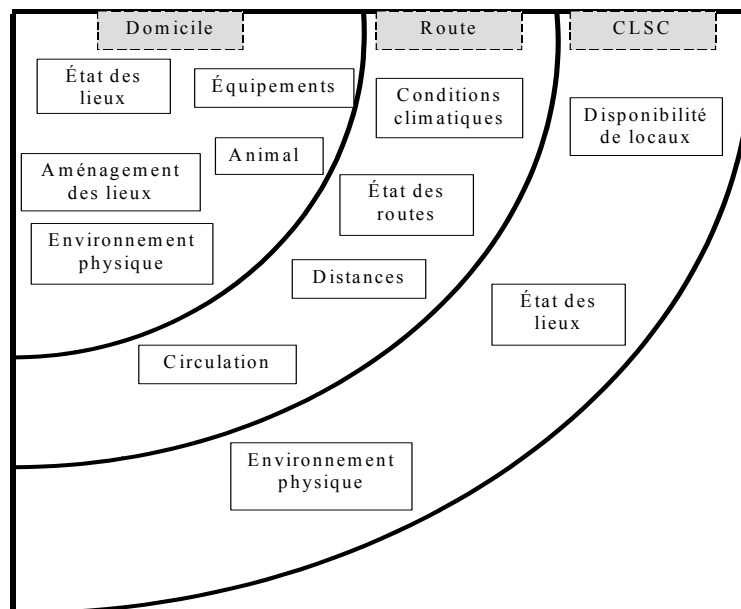
En ce qui concerne l'organisation du travail, les différents niveaux à considérer sont : le MAD, le CLSC, le réseau dans la région et dans d'autres régions limitrophes (figure 5.3). Ainsi, pour le MAD, différents facteurs organisationnels ont une influence importante sur le travail. On peut énumérer à titre d'exemples la formation, la présence ou non d'équipe multidisciplinaire, la répartition en territoires, les horaires de travail, la tenue de réunions professionnelles, les stratégies de transmission d'information utilisées et la qualité des rapports entre les différents groupes professionnels. Or, ce qui se passe au MAD dépend également de décisions prises au niveau du CLSC notamment à propos de la répartition des budgets, du type de gestion des ressources humaines et de la SST, des politiques et procédures élaborées, du recours aux agences privées de soins et du style d'implantation des changements dans l'organisation. Enfin, l'existence au niveau régional ou inter-régional de tables de concertation, une disponibilité ou non en ce qui a trait à l'offre de service du privé, l'existence ou non de protocoles de liaisons entre établissements ainsi que la fusion de différentes organisations conditionnent de manière très forte le travail du personnel soignant. À un niveau beaucoup plus macroscopique, les politiques gouvernementales de tous types (budgets, fusions, virage ambulatoire, consignes concernant la réduction de l'absentéisme, politiques concernant l'éducation ou les retraites des infirmières, outils de prise en charge et de suivi des clientèles, type de statistiques compilées sur les soins, etc.) réduisent très fortement les marges de manœuvre des CLSC, ce qui se répercute sur l'offre de service et la charge de travail du personnel. Ainsi l'état, joue un rôle fondamental dans la prescription du travail en tant qu'employeur, notamment sur la mise en place de normes sur la charge de travail et les temps de déplacements.

Figure 5.3 : L'organisation du travail



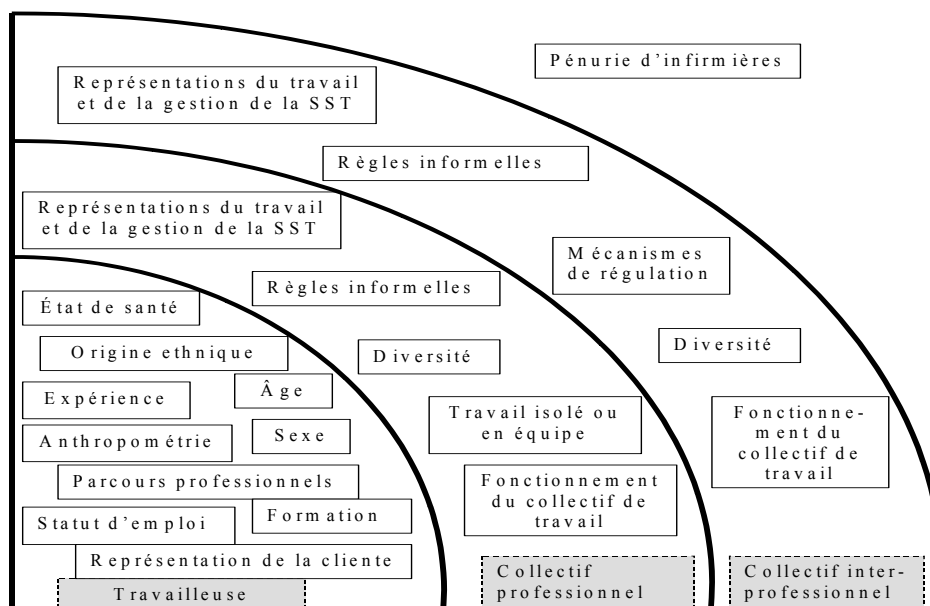
L'environnement de travail conditionne aussi de façon très importante l'activité de travail (figure 5.4). Or, une des caractéristiques principales du travail à domicile est que les travailleuses doivent s'adapter à divers environnements de travail. Ceux-ci sont parfois imprévisibles et différents à plusieurs points de vue : état et aménagement des lieux, disponibilité d'équipements, présence d'un animal. Le travail à domicile est aussi caractérisé par des déplacements d'un domicile à l'autre. Le risque associé à ces déplacements est influencé par les conditions climatiques, l'état des routes, les distances à parcourir et le niveau de circulation. Enfin, une portion du travail se déroule au CLSC. Ainsi, la disponibilité des locaux et des équipements, l'état des lieux et l'environnement physique au CLSC a donc également son importance.

Figure 5.4 : L'environnement de travail



Enfin les caractéristiques de la travailleuse et des collectifs de travail constituent un autre bloc de facteurs importants à considérer d'autant plus qu'ils se situent dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre pour certains emplois (figure 5.5). Pour la travailleuse, ces facteurs sont plus particulièrement son âge, son état de santé, son sexe, ses parcours professionnels, ses caractéristiques physiques et psychologiques, son expérience, sa formation, sa représentation du travail et des clients. Tous ces éléments conditionnent le travail ainsi que les stratégies qu'elle développe. Le collectif de travail, composé des pairs, est également incontournable. Son existence ou non influence le travail, son mode de fonctionnement, les règles informelles qui l'animent de même que les représentations du travail et de la SST qui y sont partagées. Enfin, comme le travail à domicile implique la coordination de professionnels de différents métiers, il est également influencé par l'existence ou non d'un collectif inter-professionnel. Il est donc important de connaître les types de mécanismes de régulations qui existent, les modes de fonctionnement, les règles informelles de fonctionnement et de communication partagés par les professionnels de même que les représentations du travail et de la SST.

Figure 5.5 : La travailleuse et le collectif de travail



Rappelons que tous ces éléments interagissent entre eux pour déterminer une situation de travail singulière à un moment donné. Le personnel qui doit accomplir un soin de qualité tout en se protégeant fait appel à toutes ses connaissances à ces divers niveaux pour s'adapter. De plus, ces situations évoluent dans le temps, ce qui demande une grande capacité d'ajustement. Les résultats obtenus dans ce projet seront analysés en tenant compte de tous ces réseaux d'interrelations.

5.2 Déterminants de la SST : un exemple chez les auxiliaires, le cas de la « dame aux bas »

Il apparaît à propos de présenter ici l'analyse faite d'une situation problématique particulière de santé et sécurité au travail qui a été vécue par plusieurs auxiliaires du CLSC 2 afin d'illustrer par un exemple concret les interrelations entre les différents déterminants organisationnels en jeu. Nous analyserons plus en détail, dans les chapitres suivants, l'effet singulier de chacun d'entre eux.

Cette analyse a été réalisée à la demande des gestionnaires d'un service de SAD, parallèlement à l'étude de cas qui s'y tenait. Sept événements accidentels étaient survenus chez la même cliente, dans des circonstances similaires, en l'espace de trois ans. La problématique, complexe, met en évidence les nombreux liens entre des paramètres organisationnels et la SST.

La collecte d'information provient de différentes sources de données et leur traitement, par convergence, a été réalisé à l'aide du modèle théorique des déterminants de la présence de stratégies protectrices chez les personnels en soutien à domicile. Les données recueillies sont détaillées à la section 3.4.7. Le modèle théorique présenté dans ce chapitre met en évidence le

fait que les caractéristiques de l'activité de travail des auxiliaires et des infirmières, de même que les stratégies protectrices qu'elles développent, découlent de plusieurs aspects. Ceux-ci ont été répertoriés en quatre grandes catégories selon qu'ils relèvent de la travailleuse et de son équipe, de l'utilisateur et de son réseau, de l'environnement de travail et de l'organisation du travail. La première partie montre que plusieurs caractéristiques de la problématique de SST vécue par les auxiliaires découlent de toutes ces dimensions alors que la deuxième partie s'attarde sur les facteurs organisationnels qui y ont joué un rôle prépondérant.

5.2.1 Description et historique de la problématique de SST.

Contexte organisationnel du CLSC 2

Il s'agit d'une nouvelle entité créée il y a deux ans par la fusion de deux CLSC. Les équipes de SAD ont conservé un fonctionnement différent selon les anciens territoires : l'une a préservé le fonctionnement en équipe multidisciplinaire, incluant les réunions hebdomadaires entre les intervenantes, alors que l'autre équipe n'a pas adopté un tel fonctionnement. Des réunions d'auxiliaires ont lieu mensuellement mais leur contenu porte majoritairement sur la transmission d'information administrative de la part des gestionnaires; aucune discussion de cas n'y a lieu. Le service de SAD présente aussi un contexte d'implantation de nouveaux outils de gestion. Pour les auxiliaires, l'implantation d'un logiciel informatisé de gestion des horaires a modifié leur activité de travail. Il est question de cette implantation à la section 7.1.

Situation de la cliente à domicile

Il s'agit d'une dame âgée en perte d'autonomie qui est desservie depuis cinq ans par le SAD pour des soins hebdomadaires d'hygiène à la baignoire et pour la mise et le retrait quotidiens de bas compressifs. La dame vit seule. Elle est confinée à son appartement depuis plusieurs années, ne pouvant plus franchir l'escalier extérieur. Elle est veuve, sans enfant et bénéficie d'un réseau social restreint qui l'assiste pour certaines activités domestiques (ex : banque, chat chez le vétérinaire). Elle est autonome pour la gestion de ses biens. Elle est décrite comme ayant une personnalité « volontaire » par les intervenantes. Les auxiliaires, quant à elles, allèguent que la cliente critique continuellement leur travail lorsqu'elles sont à domicile et qu'elle ferait preuve de clivage : elle chercherait à obtenir plus de service en les « montant les unes contre les autres ».

La dame souffre d'une pathologie rare et morbide : du gigantisme aux membres inférieurs pour lequel le port de bas compressifs d'une pression de 70mm de Hg est prescrit : il s'agit d'une compression très importante. Le diamètre des membres inférieurs est de 65 et 70 cm. Les bas sont donc conçus sur mesure et elle bénéficie, via un programme d'aide, de deux paires par année. Elle se déplace difficilement à l'intérieur à l'aide d'une marchette; l'équilibre est précaire. Elle nécessite une assistance physique pour le transfert à la baignoire avec des aides techniques.

La prestation du soin par les auxiliaires : les contraintes de l'activité de travail

L'enfilage des bas compressifs constitue le premier soin de la journée des auxiliaires puisqu'ils doivent être enfilés peu de temps après le lever de la cliente afin d'éviter l'apparition d'un œdème trop important. L'organisation prescrite allouait 30 minutes pour la prestation du soin, de 8h00 à 8h30. Ce temps incluait le déplacement pour se rendre au domicile de la cliente. Au cours

des deux premières années, une seule auxiliaire prodiguait le soin. Par la suite, une équipe de deux auxiliaires bénéficiait de 30 minutes puis de 45 minutes pour le faire.

Les auxiliaires ont décrit le mode opératoire utilisé pour l'enfilage des bas compressifs. Tout d'abord, l'auxiliaire doit enfiler simultanément les bas aux deux membres inférieurs compte tenu de leur grande tension. Ceci est aussi valable lorsque le soin est réalisé en équipe. Étant donné que la cliente doit être allongée sur le lit au début de l'enfilage, les auxiliaires rapportent des difficultés à se positionner de façon optimale afin d'utiliser leur corps comme contrepoids pour réduire l'effort de traction par les membres supérieurs et ce, même si elles s'agenouillent sur le lit. Une autre contrainte importante consiste à maintenir une prise statique avec efforts au niveau des doigts tant que le bas n'est pas complètement enfilé. Ainsi, cette prise est maintenue pendant plusieurs minutes consécutives. Ceci est d'autant plus difficile que les gants de caoutchouc fournis ne sont pas adaptés aux dimensions des mains des auxiliaires ce qui rend la prise moins efficace et requiert plus d'efforts. Certaines auxiliaires enfilent deux paires de gants et toutes rapportent une friction telle qu'ils s'useraient prématurément. De plus la morphologie de la jambe, qui présente un repli important de chair au niveau de la cheville, complique la tâche et rend le soin douloureux pour la dame. Par la suite, cette dernière se lève et prend appui sur la marchette afin que les auxiliaires complètent l'enfilage des bas au niveau des cuisses et du bassin. Le positionnement du sous-vêtement, en prenant garde aux plis afin de préserver l'intégrité de la peau, représente une contrainte additionnelle pour les membres supérieurs qui doivent étirer les bas pour ce faire.

Les équipes d'auxiliaires ont développé différentes stratégies afin de réduire les contraintes physiques cependant, le choix des modes opératoires dépend des auxiliaires en présence et d'autres facteurs telle que la souffrance de la cliente.

Des incidents, liés par exemple à la confection des bas (l'envers et l'endroit des bas sont difficiles à distinguer) ont été rapportés: les auxiliaires ont souvent mis les bas à l'envers sans s'en rendre compte en cours d'opération. Plusieurs, découragées après avoir fourni tant d'efforts, on recommencé l'opération alors que d'autres, devant l'absence de réactions de la part la cliente, ont laissé tomber; certaines avouent même avoir tenté, lorsque la dame a réalisé l'erreur, de la convaincre du contraire. Ces incidents peuvent avoir contribué à briser le lien de confiance entre la dame et certaines auxiliaires, sans compter les conséquences sur son confort pendant la journée ainsi que sur les efforts supplémentaires qui ont du être fait par les auxiliaires lors de l'enfilage, les membres inférieurs présentant un diamètre différent. Les auxiliaires attribuent ces incidents aux contraintes temporelles du soin. En effet, les auxiliaires travaillent vite car le soin est douloureux pour la dame et celle-ci devient critique et agressive à leur égard. De plus, elles se hâtent pour ne pas prendre du retard dès le début de leur journée, d'autant plus qu'elles disent perdre beaucoup de temps pour se stationner car il y a beaucoup de circulation à proximité du domicile de la dame.

Situation problématique de SST vécue par les auxiliaires chez cette cliente

Une première auxiliaire a subi une blessure aux membres supérieurs au mois d'avril 2000. Elle desservait seule la cliente pour l'enfilage de bas compressifs à tous les matins. Par la suite, six autres auxiliaires, cinq femmes et un homme, ont subi une blessure musculo-squelettique aux membres supérieurs (ex : tendinite au poignet, épicondylite). Il s'agit de six auxiliaires régulières

et d'une auxiliaire occasionnelle. Elles ont toutes, sauf le dernier cas survenu au mois de mars 2003 et « retiré du soin » dès l'apparition des douleurs, été en assignation temporaire au CLSC : quatre auxiliaires auraient même été en assignation au même moment. Les douleurs ressenties aux membres supérieurs sont associées à l'enfilage des bas compressifs qui sont extrêmement serrés (cf. pression de 70mm de Hg). Elles sont aussi associées à l'effort statique des doigts et des membres supérieurs pour tirer les bas rapidement et avec précaution pour ne pas blesser la peau, fragile.

Démarches entreprises par le SAD

L'historique de cette situation problématique a révélé que plusieurs démarches ont été envisagées par le SAD afin de la résoudre, notamment en ce qui a trait à l'environnement physique de travail chez la cliente, la recherche d'équipements et l'organisation du travail. Il appert cependant qu'une lenteur à agir, teintée d'un certain fatalisme de la part des gestionnaires a été présente au début. En effet, ces derniers n'ont pris aucune mesure corrective ou préventive entre le premier événement accidentel, survenu en avril 2000, et le troisième, survenu en avril 2002. Il semble que ce soit suite à une intervention de la direction des ressources humaines, aux prises avec la gestion des dossiers de SST en assignation temporaire, ainsi qu'à la survenue d'un quatrième événement, que la direction du SAD a réagi. La première solution, d'ordre organisationnel, a porté sur l'attribution du soin à une agence privée d'aide à domicile. Il appert alors que l'intervenante-pivot n'a pas été informée, au préalable, de cette décision de gestion et qu'elle n'a pu y préparer la cliente. Entre-temps une ergothérapeute, et instructrice PDSB, a été mandatée par les gestionnaires afin d'explorer des solutions, notamment sur l'existence d'équipements pouvant, dans un premier temps, faciliter l'enfilage des bas et, dans un deuxième temps, réduire l'apparition de l'œdème. Des démarches auprès d'organismes et de fournisseurs (ex : bas compressifs munis d'un fermoir) se sont avérées infructueuses.

Après quatre mois, les gestionnaires du SAD ont décidé de façon unilatérale de « rapatrier » la prestation de soin aux auxiliaires du CLSC. À ce moment, une formation a été organisée sur une technique d'enfilage, sans toutefois en réduire toutes les contraintes. Des équipes d'auxiliaires ont été constituées afin de prodiguer le soin à tour de rôle pour réduire leur durée d'exposition. Un homme a aussi été introduit dans une équipe malgré les réticences de la cliente. De plus, la durée du soin a été ajustée à 45 minutes afin d'offrir une marge de manœuvre aux auxiliaires en cas d'incident. Finalement, une rencontre a été réalisée entre les intervenants du CLSC et le médecin traitant afin notamment d'identifier des éléments préventifs, tel que l'utilisation, par la cliente, d'un fauteuil auto-releveur sur mesure afin d'élever quotidiennement les membres inférieurs pour réduire l'apparition d'œdème. La compression des bas a aussi été diminuée pour un essai, sous supervision médicale.

Lors de la reprise du service par le CLSC, une nouvelle auxiliaire a alors signalé la présence de risques pour le transfert à la baignoire. L'évaluation de la trajectoire d'aide au bain a permis de recommander de nouveaux équipements et d'enseigner un mode opératoire sécuritaire aux auxiliaires et à la cliente. Ainsi, il apparaît que les auxiliaires s'exposaient à des risques de blessures parce que la dame, très vindicative, refusait d'utiliser le banc hydraulique mis à sa disposition plusieurs années auparavant. Ce seul élément est très révélateur d'une dynamique relationnelle complexe entre la cliente et les auxiliaires, qui n'avait pas été mise au jour avant cet événement.

5.2.2 Description des déterminants organisationnels en jeu

À la lumière des données recueillies, il apparaît que la situation problématique de SST vécue par les auxiliaires consiste en la présence de contraintes physiques pour les membres supérieurs, combinées à des contraintes temporelles. Cette problématique s'avère toutefois plus complexe car elle s'inscrit aussi au sein d'une dynamique relationnelle conflictuelle avec la cliente. La présente analyse a révélé que plusieurs déterminants organisationnels ont contribué à l'amplification des risques encourus par les auxiliaires. Cinq de ces déterminants sont illustrés ici. Certains d'entre eux peuvent être touchés par les changements actuels qui surviennent dans le secteur de la santé.

Le travail en interdisciplinarité et les discussions de cas

◆ L'absence d'une équipe multidisciplinaire

L'absence d'une équipe multidisciplinaire dans ce secteur a entraîné des lacunes importantes concernant la prise en compte des multiples facteurs qui constituent cette problématique de SST. Par exemple, il n'existait aucun lieu d'échange pour rapporter les difficultés vécues à domicile, ce qui a contribué à l'isolement des auxiliaires aux prises avec ces difficultés et qui auraient pu bénéficier des stratégies développées par leurs pairs (certaines auxiliaires ne se sont pas blessées).

Par ailleurs, concernant les stratégies collectives, le fait que l'intervenante-pivot n'ait pas été avisé de l'attribution, puis du retrait, du soin à une agence privée ne lui a pas permis de préparer la cliente à ces changements majeurs dans son quotidien. Face à ces changements subits et imposés (arrêt puis reprise du service par le CLSC, remplacements des travailleuses blessées par de nouvelles auxiliaires au dossier), la dame a vécu beaucoup d'insécurité relativement à la continuité du service tout en appréhendant les conséquences sur sa santé et sur son mode de vie. Ces inquiétudes semblent avoir pris les auxiliaires comme exutoire, qui constituent les premières représentantes visibles du CLSC. Face à ces comportements critiques, agressifs et de clivage, l'absence d'une équipe multidisciplinaire n'a pas permis la construction d'une stratégie collective qui aurait conduit à l'établissement de limites claires face à de tels comportements tout en assurant aux auxiliaires le soutien d'une équipe. Par ailleurs, une action concertée par une équipe multidisciplinaire aurait pu mener plus rapidement à un consensus avec le médecin traitant sur l'identification de solutions, telles que l'utilisation d'un fauteuil auto-releveur et sur la diminution de la prescription de la compression des bas, sous supervision.

◆ L'absence de discussion formelle de cas

L'absence de discussion formelle a mené à une méconnaissance de la situation problématique réelle de la cliente. En effet, certains propos tenus par diverses personnes de différents niveaux hiérarchiques dans l'organisation (allégation de troubles cognitifs car une évaluation neuropsychologique avait été demandée, les bas ne sont pas mis quand la dame est hospitalisée – ce qui était justifié car elle avait une plaie à l'abdomen et était alitée) ont entretenu des perceptions négatives de la part des auxiliaires à l'égard de la cliente. L'absence de discussion formelle de cas a aussi contribué à la création d'un fossé entre les perceptions des différents intervenants. Par exemple, des auxiliaires allaient jusqu'à croire que l'essai de différents modèles de bas (ex: avec un fermoir) ou de sous-vêtements, qui auraient facilité leur tâche, avait été rejeté

par la cliente « par simple caprice » alors qu'il s'agissait réellement d'un risque objectif de blesser la peau fragilisée.

La transmission des informations

◆ Entre les auxiliaires

L'organisation du travail ne favorise pas les rencontres entre les auxiliaires pour échanger sur les difficultés et les stratégies développées auprès d'un client. Par exemple, les auxiliaires occasionnelles ne récupèrent pas leur horaire en même temps que les auxiliaires régulières. De plus, les réunions mensuelles d'auxiliaires portent sur les informations administratives transmises par les gestionnaires. Ainsi l'organisation, en ne favorisant pas les rencontres et lieux d'échanges, conduit à un faible collectif de travail des auxiliaires de ce territoire. Par exemple, l'entrevue réalisée auprès des auxiliaires qui desservaient la cliente a mis au jour deux méthodes de travail pour enfilet les bas. L'absence de rencontres a fait en sorte que ces auxiliaires n'ont pas eu la possibilité d'échanger leurs trucs et leurs stratégies pour réduire les contraintes ou pour interagir avec la dame. Les effets positifs de la présence d'un collectif de travail sur la SST sont présentés à la section 7.7.

◆ Entre les auxiliaires et les intervenantes au dossier

Les intervenantes, soit la travailleuse sociale « pivot » et l'ergothérapeute mandatée au dossier, ont d'abord organisé des rencontres avec les auxiliaires concernées afin de documenter les problèmes vécus par les auxiliaires puis pour leur faire part des pistes de solutions envisagées, notamment les séances de formation et l'essai de différents modèles de bas. Ces rencontres, « ad hoc », semblent avoir été constituées d'échanges plutôt unidirectionnels ou peu de mise en commun a été faite avec les auxiliaires sur les solutions envisageables. Ceci s'inscrit aussi dans un contexte où les intervenantes étaient tributaires des décisions des gestionnaires et qu'elles avaient peu de marge de manœuvre pour accomplir le mandat donné.

◆ Entre les intervenantes et les gestionnaires

L'absence de consultation et de concertation de tous les intervenants (incluant les auxiliaires) avant l'implantation des changements au plan de service a conduit à des décisions basées sur les coûts qui ne tenaient pas compte de tous les critères relatifs à la situation de la cliente et des auxiliaires à domicile. Ainsi, les recommandations des professionnelles (soins en équipe, plus de temps pour le soin, rotation des équipes) ont été mises de côté pour finalement être appliquées plusieurs mois plus tard, après le quatrième événement et la reprise du service par le CLSC. L'implantation des changements a eu des conséquences sur la perception de la cliente à l'égard du CLSC et sur sa confiance, ce qui a teinté ses relations avec les auxiliaires, sans compter les conséquences directes sur l'activité de travail des auxiliaires.

La formation des auxiliaires

Une meilleure connaissance de la pathologie et des restrictions médicales complexes (œdème, peau fragilisée) aurait permis aux auxiliaires de mieux mesurer les gestes à poser pendant le soin. La formation, par exemple, sur les précautions nécessaires et sur les essais infructueux d'équipement aurait, par le fait même, contribué à éliminer certaines perceptions négatives entretenues à l'égard de la cliente. L'absence de connaissance a aussi favorisé la circulation d'information erronée sur sa situation.

De même, une formation sur une approche relationnelle à adopter vis-à-vis des comportements de clivage, mais aussi des comportements douloureux de la cliente, aurait facilité l'établissement des limites à donner au soin ainsi que le développement d'une relation de confiance. La création d'une telle relation peut permettre alors aux auxiliaires d'identifier, avec la cliente, de quelle façon cette dernière pourrait collaborer au soin afin de le rendre moins pénible pour les deux parties.

L'organisation prescrite

Dès le départ, l'évaluation de la prestation du soin n'a pas tenu compte de la pathologie complexe de la cliente. Ainsi, le temps alloué (30 minutes) correspondait au « temps standard » pour la réalisation de la même tâche auprès d'une clientèle sans problème particulier. Des demandes répétées des auxiliaires et des professionnelles assignées au dossier, afin d'allouer plus de temps pour la réalisation du soin le matin (enfilage) n'ont pas été agréées. L'organisation prescrite est demeurée rigide jusqu'à ce que la direction des ressources humaines s'en mêle. Ainsi, le manque de marge de manœuvre dans la prestation de service a contribué à exposer les auxiliaires à des contraintes temporelles fortes pendant plus de deux ans.

La gestion de la SST

D'une part, la politique d'assignation temporaire systématique des auxiliaires accidentées se doit d'être questionnée. En effet, il semble que le nombre important d'auxiliaires assignées en même temps pouvait conduire à l'assignation de certaines tâches contre-indiquées pour leur condition (ex : manipulation de mobilier, de piles de dossiers); certaines estimaient que cela contribuait à augmenter leur temps de guérison. Face à cette politique, les auxiliaires disaient aussi faire face à des préjugés de la part du personnel du SAD lorsqu'elles étaient en assignation temporaire. Ceci est d'autant plus vrai qu'un gestionnaire a associé directement le déficit annuel du SAD à cette mesure, lors d'une réunion d'infirmières, renforçant ainsi les préjugés déjà perçus. Les auxiliaires disaient aussi ressentir de la pression pour un retour rapide au travail et avaient l'impression que leurs réclamations étaient contestées de façon systématique. Pour contrer cette pression, certaines envisageaient même, dans l'avenir, se prévaloir plutôt de l'assurance-salaire même si elles étaient victimes d'un accident de travail. Par ailleurs, le signal d'alarme lié à cette situation problématique a été donné par la direction des ressources humaines, préoccupée des coûts inhérents à ces dossiers. Ce fait, combiné à l'absence de réaction première des gestionnaires du SAD, illustre à quel point la gestion de la SST, au sein de cet établissement, est peu mise en lien avec l'organisation réelle du travail et l'activité de travail des personnels. Ceci est d'autant plus surprenant que ce CLSC semble le mieux structuré au niveau de la prévention formelle, tel qu'il sera discuté au chapitre 9.

Cette analyse a permis d'illustrer plus spécifiquement l'influence ainsi que l'interdépendance de quelques déterminants organisationnels en présence sur la SST du personnel rencontré. Les chapitres suivants exposent de façon plus exhaustive les nombreux facteurs organisationnels qui agissent, d'une façon positive ou négative, sur la SST des personnels.

6. ACTIVITÉ DE TRAVAIL ET DÉVELOPPEMENT DES STRATÉGIES PROTECTRICES AVEC L'EXPÉRIENCE

Comme le montre chacune des études de cas (Annexes A, B, C et D), de même que les compilations globales de l'ensemble des journées d'observation des auxiliaires et des infirmières, la principale caractéristique de leur travail est sa grande variabilité et son imprévisibilité. Cette variabilité provient de différentes sources dont les trajets, les clients, les soins et services dispensés ainsi que les activités réalisées.

Pour s'ajuster à cette grande variabilité du travail, les auxiliaires et les infirmières développent plusieurs stratégies dont un nombre important vise à préserver leur santé physique et psychologique en réduisant la charge physique, cognitive et affective. Ces stratégies protectrices sont individuelles ou partagées par une partie ou l'ensemble du groupe. Les stratégies documentées dans ce projet ne sont qu'un échantillon de celles développées par les travailleuses. Des observations plus nombreuses et sur des périodes plus longues auraient permis, selon nous, d'en identifier plusieurs autres. Les analyses ont par ailleurs montré que ces stratégies protectrices évoluent selon l'expérience du métier.

6.1 Les stratégies protectrices des AFS

Les stratégies recensées sont classifiées en six groupes en fonction de leur objectif principal : réduction des contraintes posturales, des risques d'incidents, de la charge de travail et des contraintes temporelles, amélioration de la circulation d'information et de la qualité relationnelle et réduction de la pression liée au travail.

↳ Les stratégies visant la réduction des contraintes posturales

1. Les stratégies posturales réduisent directement les contraintes pour le dos et les membres inférieurs. Rappelons que ces stratégies sont décrites à la section 3.4.3 de la méthodologie. Pour les bains à la baignoire représentant le soin le plus fréquent, la forme de stratégie la plus souvent rencontrée lors de nos observations est la prise d'appui sur les mains ou les genoux, ainsi que les transferts de poids et le verrouillage lombaire, dans 19 % du temps de soin. Les stratégies d'abaissement, notamment s'agenouiller (26 % du temps de soin), s'asseoir (6 % du temps de soin) ou s'accroupir (3 % du temps de soin), sont également utilisées par certaines auxiliaires pour réduire les contraintes au dos qui sont, selon elles, les plus difficiles. Elles tentent ainsi d'atténuer les contraintes posturales pendant plus de la moitié du temps de soin, ce qui est particulièrement efficace.
2. Quelques auxiliaires rencontrées utilisent des genouillères lorsqu'elles s'agenouillent pour dispenser le soin afin de réduire les douleurs aux genoux. Certaines, qui n'utilisent pas les genouillères, rapportent plier une serviette pour obtenir un appui plus confortable et éviter de se mouiller les genoux. Les observations révèlent que ce type d'équipement n'est pas fourni par les CLSC alors qu'il permet de réduire les contraintes posturales au dos en s'approchant de la zone de travail, tout en préservant les genoux.

3. Des auxiliaires disposent le plus d'équipements possibles à porter de main pour réduire les changements des postures et ainsi les contraintes pour les membres inférieurs. Elles installent par exemple les produits de bain, les serviettes et les équipements pour la douche et les transferts sur un banc ou une tablette près du bain pour éviter de se relever à plusieurs reprises lors des soins d'hygiène.

↳ Les stratégies visant la réduction des risques d'incident

1. Dépister, par l'utilisation de questions précises ou par l'observation des déplacements avant le soin proprement dit, des problèmes d'équilibre, de santé ou autres, permet d'établir un portrait des capacités du client et d'établir une stratégie de soin appropriée évitant les risques d'effort et de chute. Les observations révèlent que 18 % des interactions verbales se déroulant de façon concomitante aux soins à la baignoire sont du dépistage.
2. Enseigner et transférer des informations sur les activités à réaliser permettent de rassurer le client et de réduire les risques de réactions négatives engendrant des contre-efforts pouvant entraîner des blessures pour la travailleuse. Ces échanges d'information favorisent la collaboration de l'utilisateur qui est un élément central de prévention. Il permet aussi de rendre le client plus autonome et de réduire les risques de mauvaise utilisation des équipements. Les observations révèlent que 9 % des interactions verbales se déroulant de façon concomitante aux soins à la baignoire sont de ce type.
3. Développer une « routine de fonctionnement » avec chaque client, en considérant ses capacités et l'aménagement, de façon à s'installer adéquatement pour réaliser le soin. Ceci fait partie d'une stratégie de planification qui réduit la possibilité de faire des gestes inutiles ou à risques pour l'auxiliaire ou le client. Il peut s'agir, par exemple, de planifier les déplacements et les transferts du client en les réduisant au minimum; ceci afin de prévenir une trop grande fatigabilité à la fin du soin qui pourrait exiger des efforts supplémentaires des deux parties. D'où l'importance de la « connaissance du cas » sur laquelle nous reviendrons au chapitre 7.
4. Être attentif au comportement du client afin de dépister les difficultés ou les signes de fatigue. Il est plus facile d'effectuer ce type de dépistage lorsque l'auxiliaire connaît bien le client.

↳ Les stratégies visant la réduction plus globale de la charge de travail et la réduction des contraintes temporelles

1. Prendre le maximum d'information pendant la période d'hygiène simultanément au soin en cours permet de gagner du temps tout en ne négligeant pas le travail de dépistage. Nos analyses montrent que les auxiliaires interagissent en moyenne 52% du temps lors de la réalisation du soin à la baignoire.
2. Se rendre à l'avance au domicile pour réviser les soins à donner ou pour prendre une pause dans la voiture, au calme. S'assurer d'être bien préparé pour le soin réduit les risques d'erreurs, d'accidents et montre au client un professionnalisme dans l'exécution du travail.
3. Demander au client de se préparer à l'avance pour le soin, si celui-ci en a les capacités ou demander à l'aidant de préparer le matériel pour le soin (ex : serviettes,

- produits cosmétiques et vêtements). Ceci permet de réduire le stress associé à un soin plus long que prévu qui entraîne des retards en cascade chez les autres usagers.
4. Donner la possibilité à l'auxiliaire d'organiser elle-même son horaire de travail en fonction de ses connaissances de la route, des clients et des imprévus potentiels de façon à maximiser le plus possible le temps de soin, en réduisant les temps de déplacement ou en rajustant les temps de pause. Ainsi, lorsque c'est possible, les auxiliaires réaménagent l'horaire quotidien pour regrouper les soins de même nature ou intercaler des soins plus légers et des soins plus lourds, ce qui permet d'ajuster la charge de travail en fonction des capacités du moment (pour un exemple détaillé, voir la section 7.1).
 5. Certaines auxiliaires occasionnelles expliquent qu'elles se sont fait un petit aide-mémoire pour noter des particularités des clients et/ou du domicile afin de se rappeler, d'une fois à l'autre, ce qui requiert de la prudence, où sont rangés les items ou simplement de quelle façon utiliser un équipement. Cela leur évite de toujours questionner la personne, l'insécuriser ou l'irriter et leur fait aussi gagner du temps. Elles ont développé cette stratégie car elles desservent souvent des nouveaux clients, qu'elles peuvent ne revoir qu'après plusieurs semaines, et ne peuvent donc se souvenir de tous les détails. Cette question de l'impact du statut d'emploi sur la SST sera traitée en détail à la section 7.2.

↪ Les stratégies visant la circulation et la transmission d'information

1. Au CLSC 3, aussi bien à l'ambulatorio qu'au SAD, les auxiliaires passent au CLSC à divers moments de la journée, lorsque nécessaire, afin de rencontrer les autres intervenants et échanger sur l'évolution, les difficultés particulières ou des besoins spécifiques des clients. Ces rencontres servent également à noter les changements à leur horaire de la journée. Ces mises à jour sont fort utiles pour la coordination des interventions et pour minimiser les imprévus.
2. Au SAD des CLSC 3 et 4 et pour un secteur du CLSC 2, les discussions de cas en équipe multidisciplinaire permettent la transmission d'information aux collègues auxiliaires de la même zone ainsi qu'aux autres intervenants. Les informations échangées sont très utiles à la SST comme on le verra à la section 7.5.
3. Les auxiliaires à l'ambulatorio du CLSC 3 possèdent une copie des plans de service dans leur bureau où elles inscrivent des notes sur l'évolution du client ou sur des particularités du soin. Ceci permet aux collègues ou aux remplaçantes, advenant le cas, d'obtenir une information plus complète et actualisée de la condition du client ce qui est important pour prévoir ce qui les attend à domicile.
4. Lors des changements de zone au CLSC 3, une période d'environ une heure est généralement allouée aux auxiliaires pour transmettre les informations sur les clients. Ceci traduit une reconnaissance de l'importance que cela revêt pour la qualité des services et la SST du personnel.
5. Plusieurs auxiliaires tentent de rencontrer leur(s) remplaçant(s), notamment lors des vacances, afin de lui (leur) fournir des informations sur les particularités d'un usager, ses capacités et la séquence de soin.

6. La transmission à l'équipe soignante des informations sur la situation vécue à domicile, au niveau physique, psychologique (ex : détresse du client) et social (ex : épuisement de l'aidant) afin de favoriser l'adéquation entre les besoins réels et le plan d'intervention. Le maintien à domicile de l'utilisateur dans des conditions optimales est ainsi favorisé parce qu'il facilite le travail des auxiliaires en réduisant leur exposition à différentes contraintes, tant physiques que psychologiques.

↳ Les stratégies visant à l'amélioration de la qualité relationnelle

Au niveau affectif, les stratégies développées visent à augmenter les sources de valorisation dans le travail, à réduire les zones d'insatisfaction et à favoriser la collaboration des clients aux soins dispensés ce qui a un impact notamment sur la santé psychologique des travailleuses. En voici quelques unes :

1. Favoriser le respect et l'écoute du client et des aidants durant la visite.
2. Favoriser les contacts avec les clients qui leur témoignent de la reconnaissance et du respect. Il peut s'agir, par exemple, de prendre le temps de s'informer auprès d'un membre de l'équipe sur des ressources, des services disponibles dans le milieu ou sur l'utilisation d'un nouvel équipement et de rapporter cette information au client.
3. Rendre de petits services aux clients en sachant que ces services seront valorisés et reconnus par eux, les aidants et même les collègues lors des réunions ou des échanges informels. Ainsi, à titre d'exemple, une auxiliaire du CLSC 3 qui se préoccupait des clients démunis et délaissés n'ayant pu se procurer un tapis de bain antidérapant conforme aux exigences du SAD, a mobilisé les intervenants lors d'une réunion multidisciplinaire afin de trouver une solution au problème. Ceci a finalement permis à ces clients d'obtenir un soin à la baignoire, après plusieurs mois d'attente, au lieu de se voir offrir un bain éponge faute de « bon modèle » de tapis.
4. Demander à participer à une séance de ventilation collective par des auxiliaires touchées par une relation conflictuelle avec une cliente pratiquant le clivage : ceci a conduit à l'adoption d'une attitude commune, face à cette cliente, du groupe d'auxiliaires soutenues par les autres intervenantes.

↳ Les stratégies visant la réduction de la pression liée au travail

1. Les auxiliaires utilisent beaucoup l'humour et les échanges entre collègues pour réduire le sentiment de pression liée aux contraintes organisationnelles du travail.
2. Certaines auxiliaires réagissent à cette pression en contestant ou en revendiquant.
3. Certaines s'investissent dans des activités hors travail leur permettant de réduire la pression ou dans une activité porteuse de sens, comme par exemple donner du sang et faire du bénévolat.

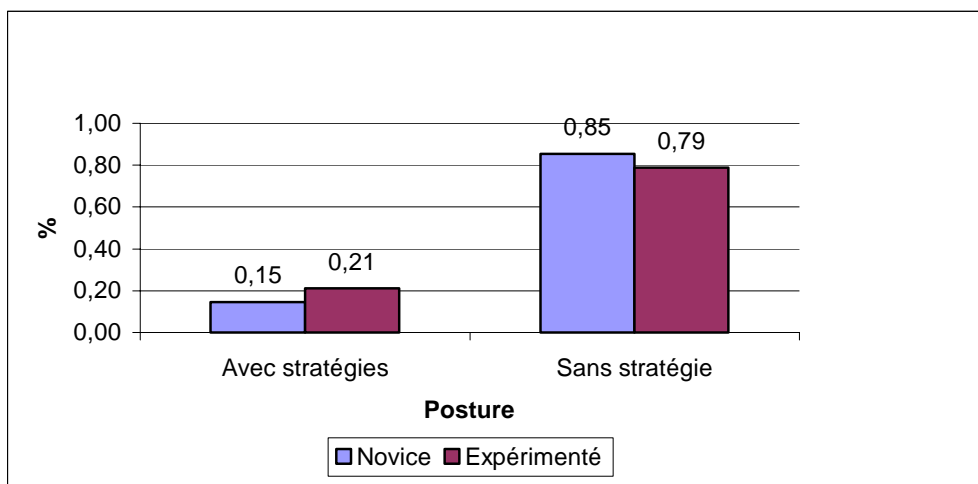
6.2 Les acquis de l'expérience des AFS

Plusieurs des stratégies précédemment décrites sont employées par les auxiliaires expérimentées. D'une part, elles sont confrontées depuis plusieurs années aux contraintes du travail et ont appris à les minimiser. D'autre part, elles ont appris, des autres ou d'elles-mêmes, via des expériences

hors travail qu'elles ont réussi à transposer à ce nouveau contexte. Il est alors question d'expérience de vie ou d'expérience acquise par la pratique antérieure d'autres métiers.

Il a été possible de faire l'analyse des stratégies posturales, selon l'expérience du métier d'auxiliaire, pour les bains à la baignoire puisque nous avons observé 34 soins de ce type : neuf dispensés par des novices et 25 par des travailleuses expérimentées. La figure 6.1 illustre la présence de stratégies posturales, telles la prise d'appui sur les mains ou les genoux, les transferts de poids ou le verrouillage lombaire lors de l'exécution de soins à la baignoire. Il est indiqué que les auxiliaires expérimentées ont recours à des stratégies posturales pendant 21 % du temps de soin alors que les auxiliaires novices n'y ont recours que pendant 15 % du temps, ce qui est statistiquement significatif.

Figure 6.1 : Proportion du recours à des stratégies posturales pendant la phase de soin en fonction de l'expérience des auxiliaires (n=34 soins à la baignoire)



La figure 6.2 révèle que s'agenouiller constitue une stratégie d'abaissement plus fréquemment utilisée par les auxiliaires expérimentées que par les auxiliaires novices : les auxiliaires expérimentées s'agenouillent pendant 28 % du temps de soin contre seulement 16 % pour les novices. Par ailleurs, ces dernières recourent davantage à la posture accroupie (2 % du temps de soin par les expérimentées par rapport à 6 % pour les novices) qui, même si elle constitue une autre stratégie d'abaissement pour protéger le dos, demeure très exigeante pour les membres inférieurs et sollicite les muscles stabilisateurs du dos de façon plus importante que la posture agenouillée : il s'agit plutôt d'un compromis postural.

La figure 6.3 montre que l'expérience du métier s'avère bénéfique parce qu'elle permet l'acquisition de stratégies protectrices qui entraînent globalement une réduction des contraintes posturales. En effet 48 % du temps de soin se déroule sans contrainte posturale pour les auxiliaires expérimentées alors que cette proportion décroît de près de 10 % pour les novices. De plus, les analyses montrent que les contraintes au dos sont minimisées pour les expérimentées, n'occupant « que » 28 % du temps de soin contre 41 % pour les novices. Cette protection de leur dos semble cependant se faire en partie au détriment des membres inférieurs puisque les

auxiliaires expérimentées cumulent plus de contraintes à ce niveau que les novices : 24 % du temps de soin en présence de telles contraintes contre 19 % pour les novices.

Figure 6.2 : Proportion de l'adoption des différentes postures par les auxiliaires pendant la phase de soin en fonction de l'expérience (n=34 soins à la baignoire)

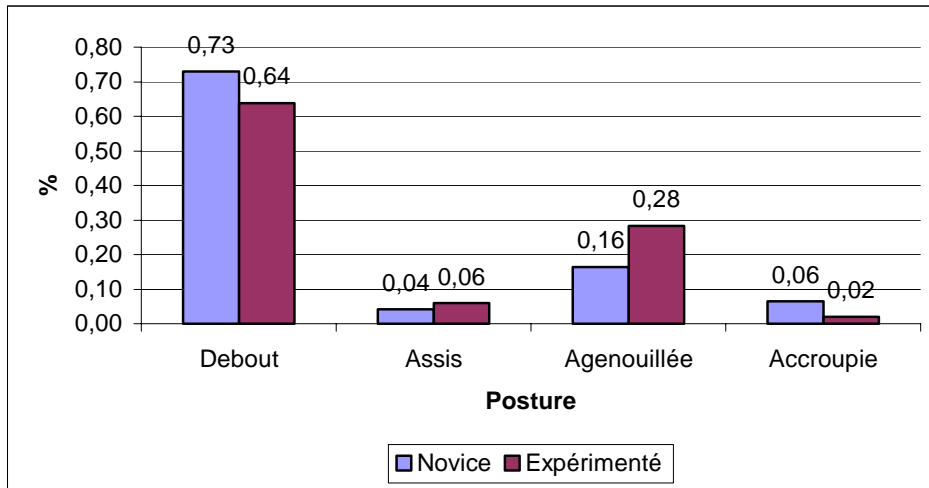
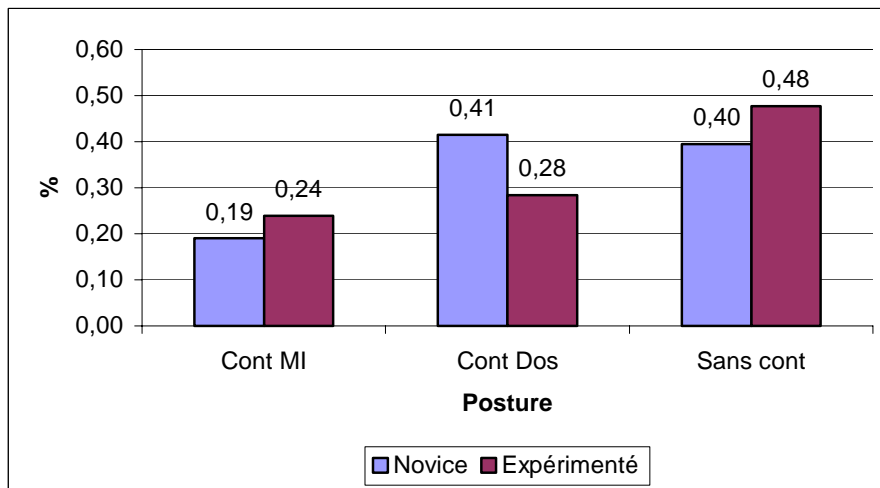


Figure 6.3 : : Proportion de la présence de contraintes posturales pendant la phase de soin en fonction de l'expérience des auxiliaires (n=34 soins à la baignoire)



L'expérience du métier influence également la capacité d'entrer en interaction avec le client simultanément pendant le soin. C'est probablement ce qui aide à dispenser le soin en moins de temps, comme le révèlent les analyses des temps de soin à la baignoire. Les données, statistiquement significatives, présentées au tableau 6.1 laissent voir que les auxiliaires

expérimentées prennent en moyenne 35 minutes pour accomplir le soin proprement dit alors que les novices en prennent plus de 42 en moyenne.

Tableau 6.1 : Durées moyenne, minimale et maximale de la phase de soin selon l'expérience des auxiliaires (n=34 soins à la baignoire)

Expérience	Durée moyenne	Durée minimum	Durée maximum
Novice	42	21	57
Expérimenté	35	17	66

L'analyse des interactions verbales réalisées avec le client pendant le soin a été réalisée en fonction de l'expérience des auxiliaires. Les interactions observées ont été répertoriées en quatre grandes catégories :

- Les interactions procédurales regroupent tous les échanges d'information (prendre et donner de l'information et les directives) qui portent sur l'utilisation du matériel de soin, la capacité du client à réaliser l'activité en cours et ce que nous avons appelé « l'opérateur », c'est-à-dire les gestes à poser.
- L'activité d'enseignement regroupe les interactions de transmission d'information et de directive qui portent sur les thèmes englobant l'ensemble de la situation du client à domicile tels que : ses soins, sa situation psychosociale, ses activités de la vie quotidienne, les autres interventions du CLSC ou du réseau de la santé le concernant. Ce type d'interaction est moins axé sur l'activité en cours par opposition aux interactions d'ordre procédurale.
- L'activité de dépistage regroupe toutes les prises d'information touchant les thèmes suivants : la santé, l'intervention du CLSC et du réseau de la santé, le soin lui-même, les activités de la vie quotidienne et la situation psychosociale du client.
- L'activité de soutien regroupe toutes les interactions de nature affective réalisées auprès du client comme celles portant sur : l'empathie, les encouragements et la valorisation, l'humour, les salutations, l'avis du client et son parcours de vie.

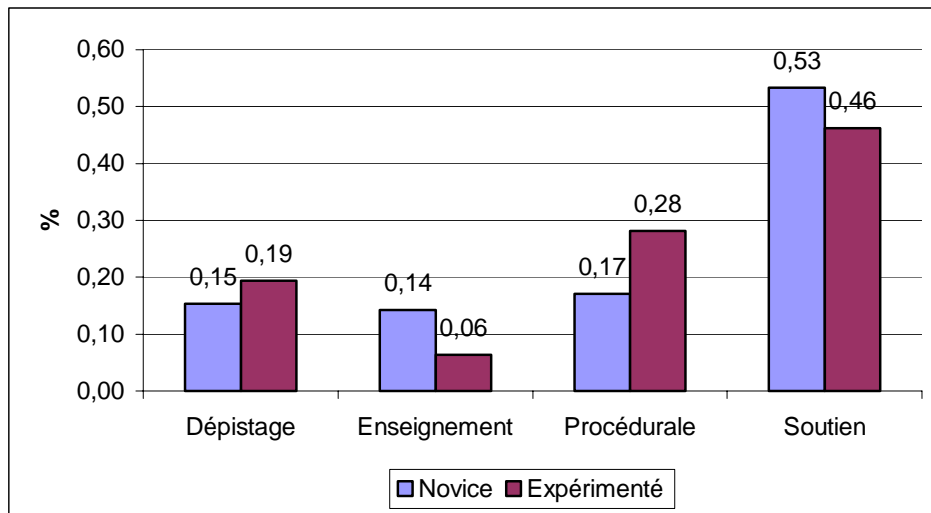
La figure 6.4 montre que les auxiliaires expérimentées semblent privilégier certains types d'interactions verbales, identifiées ici comme faisant partie de stratégies procédurales¹⁶ au détriment d'interactions axées sur l'enseignement fait au client. Ainsi, les auxiliaires expérimentées semblent davantage axer leur discours sur les gestes à poser pendant l'exécution du soin, contrairement aux auxiliaires novices. Ceci peut être en lien avec le fait que les auxiliaires expérimentées ont généralement un statut régulier et qu'elles desservent plus souvent les mêmes clients. Conséquemment, l'enseignement sur l'environnement sécuritaire de travail a

¹⁶ Selon nous, les stratégies procédurales sont de deux niveaux. Tout d'abord, elles peuvent consister en la formulation de directives de sécurité claires et concises réalisées au moment de procéder à une action déterminée pendant le soin. Il peut s'agir, par exemple de rappeler à l'utilisateur de bien s'agripper à la barre d'appui pendant le transfert à la baignoire. Dans certains cas, comme lors d'intervention auprès d'utilisateurs souffrant de déficits cognitifs ou d'apraxie, les AFS vont jusqu'à démontrer le geste qu'elles souhaitent voir poser, en même temps qu'elles énoncent la directive. Ensuite, les stratégies procédurales portent également sur la planification de l'activité en vue de la simplifier, comme par exemple de localiser le matériel de soin à sa portée, de réduire les déplacements et les transferts au minimum, etc.

été fait en partie ou en totalité et une « routine de fonctionnement » peut avoir déjà été instaurée. Par ailleurs, il est aussi probable que le personnel novice tende à donner plus d'explications aux clients avant de solliciter leur collaboration et qu'il soit moins à l'aise de donner des directives à une clientèle que, souvent, il connaît peu.

Les résultats présentés ici sont les mêmes que ceux portant sur le statut d'emploi et présentés à la section 7.2

Figure 6.4 : Proportion du temps consacré aux différents types d'interactions verbales avec les clients en fonction de l'expérience des auxiliaires (n=34 soins à la baignoire)



L'expérience acquise dans d'autres métiers connexes est également utile à la réalisation du travail et par le fait même à la SST des personnels. Plusieurs exemples recueillis pendant les entrevues sont présentés ici. L'expérience antérieure d'une auxiliaire du CLSC 3 en milieu hospitalier en tant que préposée aux bénéficiaires lui a permis de mieux utiliser les techniques de mobilisation des usagers apprises à cette période. Plusieurs autres auxiliaires de tous les milieux étudiés ont appris à vivre et travailler avec des douleurs au dos en étant plus à l'écoute de leurs symptômes et en utilisant de façon systématique des stratégies posturales d'appui ou d'abaissement au sol. Cette connaissance de soi et de ses limites agit comme un facteur de prévention majeur, que les travailleuses d'expérience ont apprivoisé, souvent hélas suite à un accident, une maladie ou une blessure les ayant obligées à prendre un temps d'arrêt et à penser davantage à elles-mêmes.

Des auxiliaires qui ont travaillé au sein d'autres secteurs de service, comme l'automobile ou le transport scolaire, ont développé des habiletés de communication qui sont à leur avis très utiles. L'un d'eux au CLSC 3 dit appliquer dans son métier d'auxiliaire, des principes de gestion de l'agressivité de la clientèle appris alors qu'il était gérant de service dans le secteur automobile. Il dit s'en être servi à domicile auprès d'un client agressif qui refusait de recevoir un bain. Il explique : « tu laisses parler. C'est certain quelqu'un qui arrive qui est de même, tu laisses parler, pis tu notes, oups, le ton de voix change pi y descend comme ça. [...] Pour le client, j'ai

dit « voilà qu'est-ce que je viens faire ici, je ne suis pas obligé, j'vous embarquerai jamais de force dans le bain » [...] j'y montre comment ça fonctionne (les équipements), j'ai dit « aujourd'hui j'le sais y'est pas question, on y va pas dans le bain ». Le monsieur là, oups déssoufler la balloune, parle avec, y dit OK. »

Parmi les expériences de vie marquant le travail, mentionnons le cas d'une auxiliaire du CLSC 2 ayant vécu le deuil de son conjoint et qui a su transposer cette expérience dans son travail auprès de ses clients en soins palliatifs. Ce savoir lui permet de mieux aborder les situations à fort potentiel de risque pour la santé mentale. Dans un contexte de forte pression, cette transposition est essentielle pour la poursuite du travail. Elle lui donne en effet des outils pour confronter la maladie et la mort des autres. Cette auxiliaire mentionnait comment cette expérience lui a fait prendre conscience de l'impact de l'aide qu'elle peut apporter aux aidants auprès de leur proche mourant.

Les auxiliaires novices développent également des stratégies de protection. Mais le transfert des connaissances et des stratégies développées par le personnel expérimenté s'avère un mécanisme d'apprentissage plus rapide et plus efficace. Par exemple, lors d'une séance de validation des résultats, une jeune auxiliaire du CLSC 2 était surprise et très intéressée d'entendre une collègue expérimentée expliquer comment elle utilise le tapis de bain, enroulé dans une serviette, pour essuyer la tuile, réduisant le temps passé en posture fléchie car cette méthode est plus rapide. Elle était également intéressée par les stratégies d'abaissement tel l'agenouillement avec les genouillères pour protéger son dos. Cette auxiliaire novice a alors pris conscience de l'enjeu de l'usure du corps chez ses collègues et de l'apport des stratégies développées pour contrer l'usure au travail. Cet exemple montre comment les échanges entre les auxiliaires novices et expérimentées peuvent avoir un impact positif sur la santé et la sécurité au travail. Une autre auxiliaire a mentionné à quel point l'encadrement des stagiaires est essentiel pour inculquer de saines pratiques de travail réduisant les risques de blessure.

Finalement, une auxiliaire du CLSC 3 souligne l'apport pour son métier que lui procure le bénévolat qu'elle fait dans la communauté car cela lui permet de connaître les ressources de la région pouvant être utiles à ses clients. Mais elle a l'impression, paradoxalement, que cette activité n'est pas valorisée dans son milieu de travail.

6.3 Les stratégies protectrices des infirmières

Les stratégies identifiées visent la réduction de la charge de travail à court et à long terme. Celles des infirmières sont nombreuses et prennent plusieurs formes en agissant sur plusieurs facettes du travail, notamment sur la gestion du temps ou le réaménagement de certaines tâches. Voici celles qui ont été identifiées dans cette étude. Elles ont été catégorisées en neuf groupes :

L'utilisation de certains équipements :

- Certaines utilisent de plus petits sacs pour transporter leur matériel de soins afin de réduire le poids à transporter¹⁷. Dans certains cas elles utilisent deux sacs : un pour le matériel et les

¹⁷ Une étude particulière du poids des sacs a été réalisée au CLSC 2. Neuf sacs ont été pesés le matin avant le départ pour la journée de travail. Le poids moyen calculé est de 6,8 kg mais certains sacs pesaient jusqu'à 9 kg. Il semble

dossiers à apporter lors de la visite et un second qu'elles laissent dans le véhicule pour la réserve de matériel. Une infirmière dit même utiliser près de 10 sacs : le matériel y est réparti selon le soin à réaliser, mais cette méthode implique parfois des retours à l'auto.

- Elles tentent de mettre le maximum d'information sur le cardex du client pour minimiser le transport de dossiers.
- L'achat personnel d'équipement pour transporter le matériel à domicile tel que valise sur roulettes, sac à dos, valise plus petite.
- Certaines infirmières utilisent un petit cartable pour les dossiers.
- Une infirmière utilise deux sacs pour le domicile dont un qu'elle ouvre sur la table sans en vider le contenu pour éviter de salir l'équipement dans les résidences où la salubrité est douteuse.

L'adoption de postures moins à risque :

- Elles utilisent le plus possible les meubles mis à leur disposition pour centraliser le matériel près du lieu où se donne le soin. Au programme ambulatoire du CLSC 3, elles demandent à l'utilisateur s'il est possible de leur fournir « une table à cartes », plus haute qu'un tabouret ou qu'une table de chevet. Les analyses globales présentées à la figure 6.5 et réalisées à partir des 25 soins de pansement observés, montrent en effet que lorsque le matériel est bien installé¹⁸ les contraintes au dos sont réduites de près de 20 % et les situations sans contrainte sont plus nombreuses.
- La réduction des contraintes au dos est définie ici par le recours à des stratégies posturales que ce soit l'appui sur un meuble ou une partie du corps, le transfert de poids (avant-arrière ou latéral) ou le verrouillage lombaire (réf : pieds écartés, flexion des hanches et des genoux plutôt qu'une flexion lombaire).
- Les infirmières n'ont pas tendance, contrairement aux auxiliaires, à adopter une posture accroupie (7 % du temps de soin) ou agenouillée (seulement 2 % du temps de soin). Ceci est vrai même lorsque l'utilisateur est assis à un fauteuil et qu'elles doivent faire le soin au niveau des membres inférieurs, soit près du sol. Les données présentées à la figure 6.6 révèlent cependant que lorsque le client est bien installé¹⁹, les contraintes au dos sont réduites de plus de 30 %, ce qui est loin d'être négligeable.

que le Suivi systématique des clientèles (SSC), implanté au CLSC 2 pour certaines pathologies, contribue à alourdir les sacs car les infirmières doivent transporter avec elles une partie importante du dossier des usagers. Pour plus de détails, voir l'étude de cas 2 à l'annexe B.

¹⁸ Nous avons défini une « bonne » installation lorsque le matériel de soin est localisé entre le niveau de la taille et de la poitrine de l'infirmière, que cette dernière soit en posture abaissée au sol, assise ou debout. De plus, le matériel doit se situer dans une zone de préhension horizontale optimale, c'est-à-dire que l'infirmière ne doit pas avoir à fléchir antérieurement ou latéralement le tronc pour l'atteindre.

¹⁹ De même, nous estimions être en présence d'une « bonne » installation de l'utilisateur dans les cas suivants :

- a) soin au lit mais la hauteur du lit, électrique, a préalablement été réglée pour permettre l'exécution du soin au niveau de la taille de l'infirmière.
- b) Soins à une chaise, assis à une table de cuisine, réalisés sur un membre supérieur (ex : prélèvement) alors que l'infirmière est elle-même assise devant le client.

Figure 6.5 : Proportion de temps passé par les infirmières sous contraintes posturales pendant le soin et la préparation du matériel, en fonction de son emplacement (n=25 pansements)

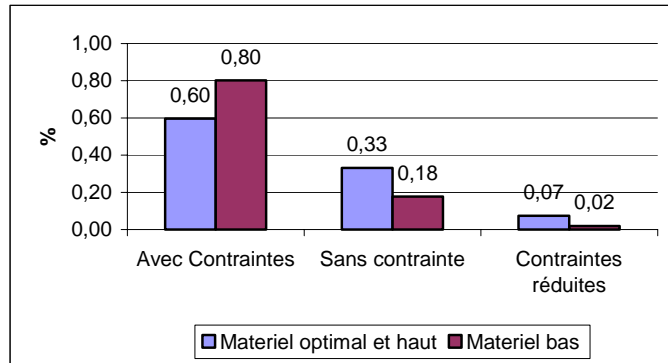
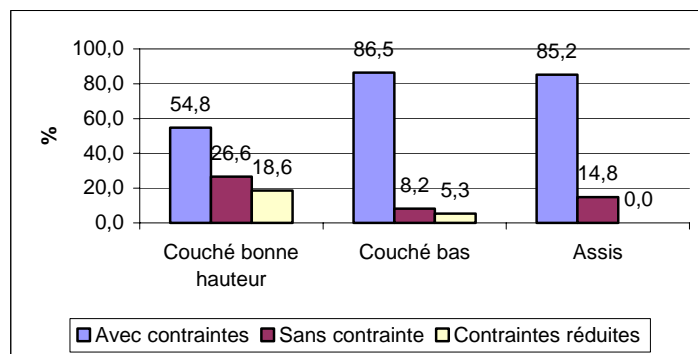


Figure 6.6 : Proportion de temps passé par les infirmières sous contraintes posturales pendant le soin en fonction de la position du client (n=25 pansements)



La gestion du temps de travail :

- ↪ Certaines infirmières vont chercher à libérer du temps à l'intérieur de leur journée pour réduire la pression sur les activités de soin. Elles ne prennent *pas de pause* et *réduisent leur période de dîner*. Comme elles sont toutes dans une situation où leur charge de travail est élevée, elles ne veulent pas surcharger les collègues, d'une part, et pénaliser les clients, d'autre part. Elles vont donc récupérer du temps sur leur temps de pauses. Parfois même, elles feront du temps supplémentaire plus ou moins difficile à faire reconnaître selon les CLSC à l'étude et selon les contraintes budgétaires qui y sont vécues.
- ↪ Des infirmières expliquent que lorsque c'est possible, elles répartissent les soins au cours de l'avant-midi en fonction de critères personnels. Il s'agit, par exemple, de débiter par un soin

c) Soins à un fauteuil, tel qu'un pansement à un pied, mais l'infirmière s'assoit sur un petit banc ou s'agenouille pour réduire la flexion du dos.

Dans tous ces cas, le segment à traiter se situe dans une zone de préhension horizontale et surtout, verticale, optimale soit entre la taille et la poitrine, les bras près du corps.

plus technique exigeant « *d'être plus en forme ou moins fatiguée* » plutôt que de le reporter en fin d'avant-midi.

- ↪ Des infirmières du programme ambulatoire du CLSC 3 acceptent de recevoir des appels téléphoniques de leurs collègues pendant leur journée de congé afin d'avoir un compte-rendu sur leurs clients et ainsi mettre à jour leurs informations.
- ↪ Certaines infirmières occasionnelles vont se familiariser chez elles avec le fonctionnement d'un appareil, la veille d'un soin.
- ↪ Certaines vont également réduire leur participation à des activités administratives ou cliniques comme des réunions de secteur, des présentations, etc.
- ↪ Certaines infirmières occasionnelles vont préparer leur route en faisant un tour du secteur, la veille, pour repérer les domiciles des clients à visiter. D'autres font leurs confirmations de rendez-vous à partir de chez elles.
- ↪ Certaines viennent chercher leur route du lendemain lorsqu'elles sont en congé afin de planifier leur trajet et lire leurs dossiers.
- ↪ Certaines débutent leur journée de travail plus tard pour éviter la cohue du début de journée et terminent plus tard afin de répondre plus adéquatement aux demandes arrivant en fin de journée, « *ce qui me permet même de donner un coup de main parfois à mes collègues qui finissent plus tôt* ».
- ↪ Certaines — surtout les remplaçantes qui connaissent moins un secteur ou une clientèle — préfèrent commencer avant 8h00 afin de prendre connaissance des dossiers à traiter. C'est particulièrement le cas de celles qui font des visites dans plusieurs secteurs au cours d'une journée et qui tentent le plus possible de réduire l'impact de pertes de temps liées aux déplacements inutiles.

Réaménagement de certaines tâches

- ↪ Les infirmières organisent leur route quotidienne afin de minimiser les pertes de temps et de réduire les débordements. S'il y a des surplus de cas, voici les stratégies identifiées :
 - Le déplacement ponctuel des laboratoires vers une journée moins chargée.
 - Le déplacement d'un soin, lorsque cela est possible;
 - L'utilisation des collègues du secteur et, éventuellement, d'un autre secteur;
 - L'utilisation des infirmières de soir et / ou de fin de semaine;
 - L'utilisation des surcroûts;
 - L'utilisation du personnel d'agences dans le cas de certains CLSC à l'étude;
 - La délégation d'actes aux auxiliaires familiales et sociales, de façon ponctuelle.
- ↪ Elles laissent tomber la rédaction d'un plan d'intervention qu'elles trouvent trop exigeante en termes de temps. Les infirmières occasionnelles disent souvent laisser tomber la consultation du plan de soins. Voici ce que raconte l'une d'elles : « *le plan d'intervention on l'a dans la tête, on l'imagine.[...] ben j'vas dire, écoute. Tsé c'est une sonde, c'est un pansement, le pire c'est peut-être les soins pal qui peuvent évoluer vite là. Mais souvent, heuh, soit qu'ils me laissent un p'tit message sur ma boîte vocale, ou on s'est vu deux jours avant : « J'te remplace demain, t'as-tu encore ce monsieur-là? »*

- ↵ Au SAD du CLSC 3, il a été établi, à la suite d'une démarche du comité de l'organisation du travail, qu'aucune rencontre ou discussion entre intervenants ne se tiendrait entre 13h00 et 15h00 afin de permettre à tous de se concentrer pendant le travail sur leurs dossiers.
- ↵ Pour réduire l'impact des interruptions pendant leur période de travail au CLSC, certaines détournent les appels téléphoniques par le renvoi automatique.
- ↵ Elles préparent rapidement leur route en début d'après-midi de façon à pouvoir signaler à la chef d'équipe ou à leurs collègues si des cas peuvent être rajoutés (rarement le cas) ou si, au contraire, une aide est nécessaire.
- ↵ Au SAD du CLSC 3, certaines infirmières régulières développent des trucs pour mettre de l'ordre dans leur « calendrier » des visites. Elles inscrivent leurs rendez-vous sur un calendrier mensuel puis classent les plans de soins à la date de la visite. Afin de se souvenir d'apporter le matériel manquant lors de la prochaine visite, elles collent un « post-it » sur le plan de soins. De cette façon, elles ou leur remplaçante verront cet aide-mémoire lorsqu'elles prépareront leur route la veille.
- ↵ Au programme ambulatoire du CLSC 3, plutôt que de laisser le travail à une remplaçante, les infirmières régulières essaient le plus possible de procéder elles-mêmes aux visites d'admission des clients dont elles auront la responsabilité afin d'avoir le plus d'information utile lorsque viendra le temps de répondre à certaines demandes de la part d'autres intervenantes.
- ↵ La fin de semaine, elles regroupent certaines tâches, comme les statistiques ou les notes aux dossiers, en ne les compilant que le dimanche. Les infirmières régulières profitent de cette période pour compléter des dossiers laissés en suspens pendant la semaine.
- ↵ Certaines infirmières du CLSC 2 renoncent à la rédaction de certaines parties des cheminements cliniques qu'elles trouvent trop exigeantes en termes de temps. De même, elles opteront pour compléter la version courte d'un outil de collecte d'information, l'Outil multi-clientèle et ce, pour les clients ne nécessitant que des soins infirmiers et qui seront vus pour plus de trois à quatre visites.
- ↵ Certaines développent leur propre outil de gestion de leur charge de cas afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble.

La transmission d'information au client

- ↵ Elles vont maximiser toutes les sources d'information possibles pour documenter la situation. Les échanges verbaux avec l'utilisateur ou l'aidant sont riches et nombreux. Pendant l'exécution d'un pansement, par exemple, elles interagissent avec l'utilisateur pendant plus des deux-tiers du temps de soin, ainsi que le montre l'analyse des observations.
- ↵ Elles vont aussi favoriser l'enseignement auprès de la clientèle afin de développer l'autonomie pour certains soins, et cela, même si la clientèle est plus âgée qu'auparavant. Pendant les soins de pansement, en effet, l'enseignement représente toujours près des deux cinquièmes (2/5), soit 40%, des échanges concomitants. Il s'agit du type d'interaction le plus important.
- ↵ Les infirmières du programme ambulatoire du CLSC 3 expliquent qu'elles passent beaucoup de temps à donner de l'information aux clients afin de les rassurer sur le soin, leur

santé ou la prise en charge car cela agit comme une stratégie à long terme : « *plus le client est rassuré, plus il collabore.* » Ce type d'interaction de soutien fonde 29 % des échanges avec les usagers pendant les pansements.

- ↪ Certaines infirmières soulignent qu'elles prennent le temps de « présenter », à un client très anxieux, la personne qui la remplacera pour la fin de semaine, comme l'exprime l'une d'elle : « *À tous les vendredis, je me suis fait un devoir de lui présenter la personne qui était pour venir le lendemain. Pour justement le sécuriser. Écoute, c'est x qui y va, vous allez voir y'est tannant! Y'a de l'expérience lui, ça le dérange pas les pompes.* »

Réviser leurs pratiques

- ↪ Les intervenantes-pivot, qui rapportent une charge de cas trop élevée, disent devoir parfois négliger certaines parties de leur travail pour parvenir à répondre au plus grand nombre de demandes. Elles sacrifient, par exemple, le suivi auprès d'autres intervenants, la rédaction d'une note pour les remplaçantes ou elles ne remplissent pas la grille multiclientèle pour les cas court terme s'il n'y a pas d'autres intervenants au dossier. Autre exemple : elles feront les admissions plus rapidement lorsque le temps presse; certaines réévalueront les besoins de la personne lors d'un appel téléphonique et ce, même si elles ne l'ont pas vue depuis six mois (« *on continue les bains? [...]. C'est-tu correct de même?* ») plutôt que de faire une visite à domicile. Elles déclarent : « *Moi j'appelle ça une job « butchée! [...] Ce qui est plate, c'est qu'on a toujours l'air, à cause du débordement, moins professionnelle que d'autres parce qu'on a moins de temps à investir.* ». Face à ces situations, elles rationalisent l'impact de leur pratique en expliquant que ce qui est le plus important c'est le soin. Certaines se disent même parfois tellement prises dans le temps qu'elles vont « *clancher* » lors du soin pour arriver. Toutes ces stratégies génèrent une grande insatisfaction chez les infirmières.
- ↪ Plusieurs infirmières du programme ambulatoire et du SAD du CLSC 3 se sont inscrites, à leur frais et pendant leur temps personnel, à un cours universitaire d'une durée de 45 heures sur les soins de plaies : elles se disent ouvertes à apprendre de nouvelles techniques afin d'offrir des soins plus performants. Le but avoué est de favoriser une guérison plus rapide, donc de réduire la durée de l'intervention, mais aussi de réduire la fréquence des visites. Ces considérations dénotent que les infirmières sont prêtes à réviser leur pratique pour alléger leur travail : cela va même jusqu'à en intérioriser les contraintes temporelles puisqu'elles assument elles-mêmes les pistes de solutions.

La contestation et la revendication collectives

La contestation est également une forme de stratégie utilisée pour se protéger d'affirmations sur les déficits des programmes de la part des gestionnaires. Elles vont critiquer la façon de comptabiliser les soins, la non-reconnaissance de l'alourdissement des clients et les contraintes grandissantes de leur travail. Elles vont aussi revendiquer des changements. Par exemple, les infirmières de l'équipe court terme du CLSC 4 ont sollicité une rencontre avec leur gestionnaire afin d'établir un « seuil », c'est-à-dire un nombre maximal de soins attribués par jour à une infirmière : au-delà de cette limite, la création d'une route attribuée à une infirmière d'agence est amorcée. Les analyses des journées d'observation montrent du reste, en ce qui a trait à la comptabilisation des soins, une sous-estimation très nette des temps de travail compilés dans le

logiciel SIC+²⁰. On voit, au tableau 6.2, que cette sous-estimation entre le temps réellement travaillé et le temps inscrit varie selon le type de soins dispensés par l'infirmière. Elle est de l'ordre de 8 % pour les prises de sang, de 17,8 % pour les pansements, de 21,4 % pour les injections, de 46 % pour les INR²¹ et de 53 % pour les suivis.

Tableau 6.2 : Temps réel et temps saisis par les infirmières dans le logiciel SIC + selon le type de soins

Types de soin	N	Temps moyen	min	max	Sous-estimation
Pansements inscrit	26	28,0	10,0	45,0	17,8 %
Pansements réel		33,0	12,0	58,2	
Suivi inscrit	7	17,5	10,0	30,0	53 %
Suivi réel		26,5	10,0	80,0	
Prise de sang inscrit	11	24,0	15,0	30,0	8 %
Prise de sang réel		26,0	14,8	50,0	
INR inscrit ²²	14	26,0	20,0	45,0	46 %
INR réel		38,0	20,0	65,0	
Injection inscrit	6	21,0	10,0	30,0	21,4 %
Injection réel		25,5	12,2	58,0	

Le recours au soutien du collectif de travail :

L'humour et le soutien du collectif demeurent des stratégies permettant de réduire « la pression » du travail. À titre d'exemple l'observation d'une journée de travail au CLSC 3 a montré comment une charge moins lourde permettait l'entraide et le partage entre elles : l'infirmière régulière du SAD qui avait cinq visites prévues le lendemain « a fait le tour » de ses collègues pour offrir son aide et a ainsi récolté trois visites supplémentaires pour le lendemain. À l'ambulatorio du CLSC 3, les infirmières expliquent que lorsqu'elles planifient leur route en après-midi, elles demandent toujours à leurs collègues si leur journée apparaît trop chargée : si c'est le cas, elles répartiront les cas entre elles. Au CLSC 2 une autre observation a également montré comment une charge moins lourde permettait l'entraide. Par contre, si les contraintes deviennent trop importantes, ces mêmes infirmières disent adopter des stratégies individuelles et réduire les échanges et l'entraide. Ainsi, lorsqu'elles sont débordées, elles cessent de s'aider ne réussissant même plus à répondre à leur propre demande : « *c'est déplorables mais j'offre moins d'aide que j'en offrais, quand quelqu'un te dit j'en ai sept peux-tu m'en prendre un, je suis moi-même à neuf alors je dois répondre non* ». Quand une infirmière manifeste un ras-le-bol, un

²⁰ Il s'agit d'un logiciel mis sur pied par le Ministère de la santé et des services sociaux et utilisé dans tous les CLSC afin de comptabiliser plusieurs données statistiques soit, sommairement : le nombre d'usagers desservis, le nombre d'interventions par intervenant, par usager, par service, etc. Les données nominales et descriptives de la clientèle (réf : nom, âge, type de pathologies), la durée et les raisons de l'intervention, les actes effectués, le type de suivi à faire ainsi que la langue d'intervention y sont documentés.

²¹ INR : L'International Normalized Ratio est un test qui permet de faire un suivi des traitements anticoagulants.

²² Tous les soins de cette catégorie proviennent du CLSC 1

malaise s'installe : « *Quand une fille dit « assez c'est assez », un silence s'installe alors que c'était le capharnaïm complet du matin cinq minutes plus tôt. Tout le monde a peur d'avoir le cas supplémentaire ».*

Établir ses limites, ventiler, se préserver pour durer en emploi :

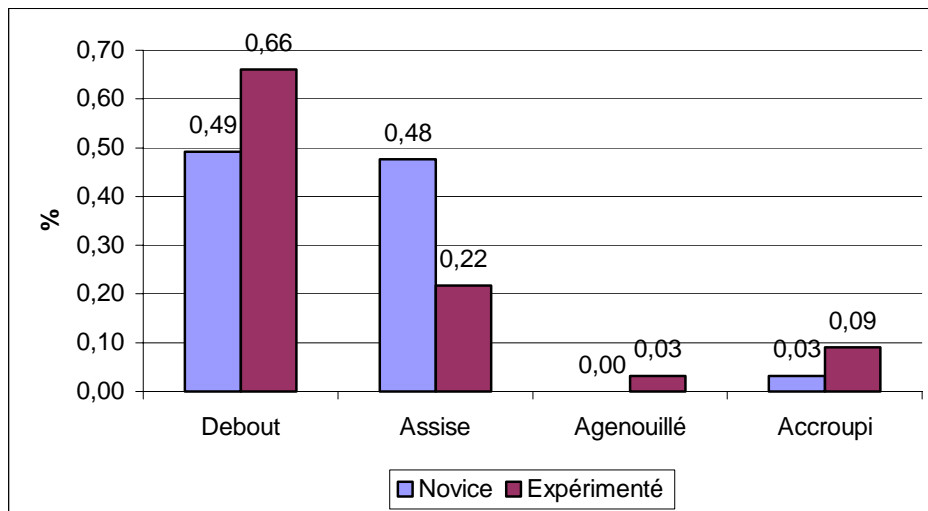
- Séparer la vie de travail de la vie personnelle : une infirmière du SAD du CLSC 3 explique qu'elle ne tolère plus les appels de ses collègues lors de ses journées de congé, même si cela se fonde sur une bonne intention de l'informer : « *j'ai réagi fortement à ça, j'ai dit là va falloir trouver un moyen que quand on est en congé, quand on est en vacances, on se fasse pas appeler chez nous, qu'on ne nous parle pas de nos clients pi qu'on nous laisse pas de messages sur le répondeur seulement chez nous. Ça c'est chez nous, c'est privé et touchez pas à ma bulle. Pi on a trouvé une façon, j'le sais que y'en a qui ont pas aimé ça. Ben on a trouvé une façon : on a des boîtes vocales? Ben laissez le message sur la boîte vocale, prenez vos messages avant d'aller travailler, toute va être dessus tsé. Fait que ça, ça a été ma façon. »*
- Plusieurs disent ventiler pendant les trajets entre deux domiciles, en écoutant de la musique et en chantant. D'autres expliquent qu'elles prennent parfois un moment d'arrêt dans leur voiture, avant d'entrer chez un client, particulièrement lorsque la visite précédente a été difficile : « *Des fois je sors agressive : « Voyons, j'étais ben moi, je filais de bonne humeur pi là je sors toute agressive. Qu'est-ce qui s'est passé? Ah ben là c'est peut-être le client qui était agressif? » Là souvent je réalisais des affaires : Ah! Elle était en déni, mais là y'a de l'agressivité qui sort! »*
- Certaines expliquent qu'elles rangent leur trousse hors de leur vue, à leur domicile, afin d'éviter de penser au travail.
- Une infirmière dit : « *On s'offre de la reprise de temps* » quelquefois lorsqu'elles sont trop fatiguées.
- Certaines soulignent qu'un bureau tranquille aide grandement, ce qui n'est pas toujours la réalité comme nos observations ont pu le montrer.
- D'autre parlent du besoin de ressourcement par la participation à des colloques, la discussion avec des collègues en dehors du cadre habituel de travail et la formation.
- Elles parlent de l'importance d'arriver à décrocher de leur travail même si c'est difficile. Une infirmière expérimentée dit que cela s'apprend avec le temps et la formation. Elle dit qu'il faut « *faire connaître son rôle et l'assumer, bref prendre sa place* ».
- Suite à un « burn out », plusieurs infirmières expliquent qu'elles ont développé une meilleure connaissance d'elles-mêmes leur permettant de réduire leur implication dans le travail, de remettre au lendemain certaines tâches et de partager leurs inquiétudes avec des collègues. De plus, l'une d'elles dit rentrer chez elle le midi lorsqu'elle le peut, pour se baigner et décompresser : elle a ainsi développé une stratégie de repli lui permettant de continuer à travailler.
- Au CLSC 3, plusieurs d'entre elles disent participer à des activités sociales avec leurs collègues afin de se détendre et resserrer les liens.

6.4 Les acquis de l'expérience des infirmières

Lors des visites, l'expérience s'exprime sous plusieurs formes : les soins à accomplir, l'approche à adopter avec l'usager ou l'aidant, etc. L'exemple qui illustre le mieux les acquis de l'expérience est le commentaire fait par une stagiaire à une infirmière régulière du CLSC 3 lui demandant comment elle faisait pour discuter et prendre de l'information auprès du client pendant qu'elle réalisait le pansement. Les infirmières expérimentées disent ne pas se rendre compte que cela peut-être exigeant pour une novice, au niveau cognitif, de réaliser simultanément une « double tâche ». Les analyses des données d'observation des soins de pansement semblent corroborer ce commentaire. En effet, les infirmières expérimentées passent 70 % de leur temps de soin en interagissant avec le client alors que cette proportion se situe à 63 % pour les novices. Cependant cette différence n'est pas statistiquement significative.

Les analyses des contraintes et stratégies posturales des infirmières montrent que, de façon générale, celles-ci se protègent peu. La figure 6.7 montre cependant que les travailleuses expérimentées tendent plus se protéger que les infirmières novices, en s'agenouillant, en s'accroupissant ou en utilisant des stratégies posturales d'appui. Les données présentées à la figure 6.7 ne sont toutefois pas statistiquement significatives.

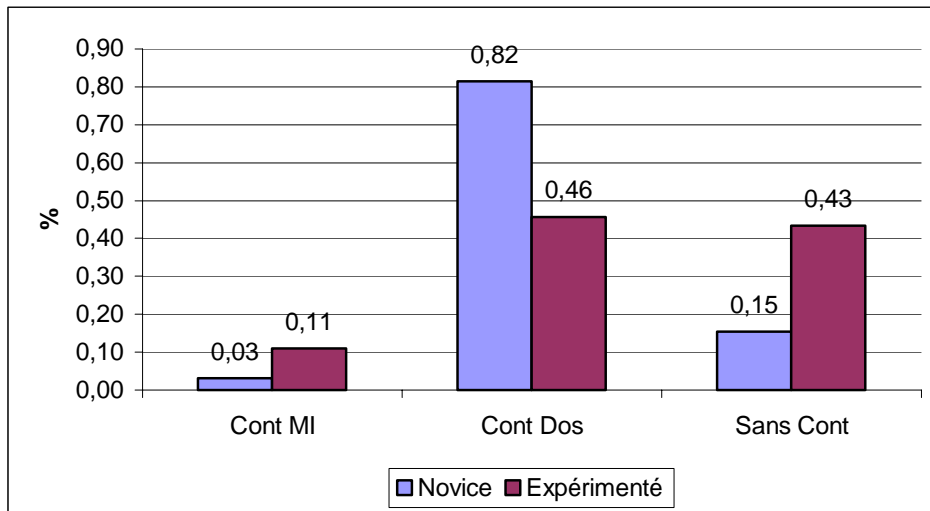
Figure 6.7 : Proportion de l'adoption de différentes postures pendant la réalisation de pansements en fonction de l'expérience des infirmières



Il est cependant démontré à la figure 6.8 que le recours à des stratégies posturales réduit significativement les contraintes au dos, les faisant passer de 82 % du temps de soin chez les infirmières novices à 46 % du temps chez les infirmières expérimentées. La proportion de temps passé sans aucune contrainte posturale est aussi plus importante pour les infirmières expérimentées (43 % du temps de soin) que pour les infirmières novices (15 %). De plus, le temps moyen de soin pour un pansement est significativement plus court pour les infirmières expérimentées (20 m. 54 s.) que pour les novices (25 m. 18 s.). Par conséquent, les infirmières

expérimentées sont soumises moins longtemps à des postures contraignantes, réduisant ainsi les conséquences de ces postures sur leur SST.

Figure 6.8 : Proportion de temps passé sous contraintes posturales pendant les pansements en fonction de l'expérience des infirmières



L'expérience du métier, d'autres métiers et l'expérience de vie sont également mises à profit dans l'élaboration des stratégies protectrices de travail comme le montrent les deux exemples qui suivent.

Le premier, relaté lors d'une entrevue collective tenue au CLSC 1 illustre l'importance de l'expérience de travail au SAD. Il concerne une collègue infirmière embauchée au cours de l'été. Elle disposait d'une expérience du métier mais non d'une expérience en soutien à domicile. Selon ses anciennes collègues, cette personne démontrait beaucoup d'enthousiasme à son arrivée. L'IBASI²³, dont l'une des responsabilités consiste à encadrer les nouvelles recrues, était alors débordée par la planification et la coordination des remplacements par du personnel occasionnel et d'agence privée. La charge de travail et le manque de temps ont également empêché les infirmières expérimentées d'épauler leur collègue dans son nouveau travail. Cette dernière, à leurs dires, a donc été livrée à elle-même. Elle ne disposait d'aucune connaissance du territoire, des usagers et des procédures, autant d'éléments essentiels à ce type de travail. Elle a donc été rapidement débordée. Une infirmière expérimentée explique : « *elle ne savait pas cerner sa route* ». Cette infirmière novice a finalement démissionné après quelques semaines d'essai. Cet exemple illustre une contradiction majeure : alors que les infirmières régulières du SAD ont désespérément besoin d'une relève, elles ne peuvent apporter le support qu'elles souhaiteraient aux personnes non expérimentées.

Un autre exemple porte sur le recours d'une infirmière à son expérience de vie. Cette dernière a relaté une interaction révélatrice avec une collègue moins expérimentée qui s'émerveillait devant

²³ IBASI : Infirmière Bachelière Assistante à la Supérieure Immédiate.

sa façon de faire un pansement en L au talon. Elle a alors expliqué qu'elle a transposé des connaissances acquises en couture, à la pratique de son métier.

6.5 Synthèse

L'analyse fine de l'activité de travail des auxiliaires et des infirmières a révélé l'existence de stratégies protectrices de travail qui vise la préservation de leur santé physique et psychologique en réduisant la charge physique, cognitive et affective liée au travail. Ces stratégies ont été classifiées en six groupes, pour les auxiliaires, selon leur objectif principal :

- La réduction des contraintes posturales;
- La réduction des risques d'incidents;
- La réduction de la charge de travail et des contraintes temporelles;
- L'amélioration de la circulation d'information;
- L'amélioration de la qualité relationnelle;
- La réduction de la pression liée au travail.

Les stratégies protectrices observées chez les infirmières sont surtout axées sur la diminution de la charge de travail à court et à long terme et elles ont été répertoriées en neuf catégories :

- L'utilisation de certains équipements;
- L'adoption de postures moins à risque;
- La gestion du temps de travail;
- Le réaménagement de certaines tâches;
- La transmission d'information au client;
- La révision de leurs pratiques;
- La contestation et la revendication collectives;
- Le recours au soutien du collectif de travail;
- L'établissement de limites.

Par ailleurs, il a été montré que l'expérience du métier s'avère bénéfique car elle favorise l'acquisition de stratégies protectrices permettant de réduire les contraintes posturales et ce, pour les deux groupes professionnels. Ceci, même si dans l'ensemble, les infirmières tendent à moins se protéger. L'analyse laisse aussi voir que l'expérience du métier influence la nature des interactions verbales avec les clients. Par exemple, les travailleuses expérimentées ont développé la capacité de réaliser, par le biais des interactions, des activités de dépistage, de planification du soin ou d'enseignement tout en réalisant simultanément les soins. L'expérience du métier permet aussi de réduire la durée du temps de soin, tant chez les auxiliaires que les infirmières.

7. FACTEURS ORGANISATIONNELS FAVORISANT LE DÉVELOPPEMENT ET L'UTILISATION DE STRATÉGIES PROTECTRICES ET LA SST

Ce chapitre présente les facteurs organisationnels qui jouent un rôle significatif dans le développement et l'utilisation de stratégies protectrices de travail. Ces facteurs, révélés tout au long des quatre études de cas, sont étudiés ici un à un. Ils ne sont pas rencontrés comme tel dans les milieux : ils interagissent plutôt entre eux en amplifiant leurs effets respectifs sur la santé et la sécurité des AFS et des infirmières ou en les annulant. La première section discute des résultats de l'étude approfondie des horaires de travail des AFS dans deux CLSC à l'étude. La deuxième section aborde les effets du statut d'emploi sur l'activité de travail des personnels alors que les troisième et quatrième sections décrivent les effets de la charge de cas et de la stabilité des clientèles sur l'élaboration et l'utilisation des stratégies protectrices. Les mécanismes de transmission de l'information sont ensuite abordés par le biais de l'analyse des réunions. La sixième section traite des politiques d'aménagement des lieux de travail et de formation. La présence et le rôle des collectifs de travail sur la SST du personnel soignant sont discutés dans la septième section alors que la valorisation des AFS et les outils informatiques sont abordés dans les huitième et neuvième section.

7.1 Étude approfondie des horaires de travail des AFS dans deux des quatre CLSC ²⁴

Étant donné que les horaires sont un élément important de l'organisation susceptible d'avoir un impact sur la santé des travailleuses, ce thème a donné lieu à des analyses approfondies. Le premier CLSC étudié nous a donné l'occasion de développer davantage ce thème parce qu'il avait signalé un besoin particulier à propos des horaires de travail et des heures supplémentaires «acceptables» chez les AFS. Un volet spécifique de l'étude consistait donc à examiner en profondeur les contraintes de temps des AFS en situation réelle de travail, pour voir dans quelle mesure ces contraintes avaient un effet sur leurs stratégies protectrices. Comme on assiste, d'autre part, à une intensification du travail dans le secteur des soins, il importait de voir quel était l'effet de l'ajout d'un ou plusieurs soins aux tâches quotidiennes des AFS sur leur charge de travail et sur leurs marges de manœuvre protectrices. En contrepartie, il était intéressant de détecter aussi les possibilités que les organisations offrent – ou non – aux AFS de se ménager ces marges de manœuvre temporelles. Les chercheuses voulaient enfin examiner les processus de décision et de gestion en matière d'horaires dans les deux premiers CLSC étudiés, parce que ces établissements avaient récemment choisi d'implanter un logiciel de conception et de gestion des horaires et des routes des AFS. Ce système informatisé est de plus en plus populaire et il est déjà utilisé dans de nombreux CLSC et agences privées de soins à domicile, alors que son étude reste à faire du point de vue ergonomique. Pour ces raisons, cette première section du chapitre 7, consacré aux facteurs organisationnels, porte non pas sur les quatre services de SAD étudiés, mais seulement sur deux d'entre eux.

²⁴ Ce thème a fait l'objet de deux communications à l'AQHSST et à l'ACFAS en mai 2004 (Bourdouxhe et al., 2004-a et -b)

L'étude descriptive a permis d'analyser les tâches en temps réel, de mesurer les écarts entre horaires prévus et réels, de décrire les contraintes de temps et de découvrir l'existence de marges de manœuvres, de recenser les stratégies de travail des AFS selon leur expérience et leur connaissance des clients et de calculer l'importance des absences et des autres indicateurs de santé-sécurité au travail. Plus largement, un diagnostic a aussi été posé sur le contexte organisationnel des deux premiers CLSC étudiés, plus particulièrement en rapport avec la gestion des horaires et l'utilisation du logiciel (la question du logiciel est développée plus loin, à la section 7.9 qui traite des effets de l'introduction de nouveaux outils de gestion informatisés).

7.1.1 Un travail très diversifié

La caractéristique principale du travail des AFS est qu'il s'agit d'un travail très diversifié. Toutes les journées se déroulent de façon différente : clients visités, activités réalisées, pathologies rencontrées et types de soins donnés ne sont jamais les mêmes d'un jour à l'autre. Pendant les neuf journées d'observation, 48 visites de clients à domicile ont été effectuées en plus d'une période de travail au centre de jour; l'analyse de ces visites rend compte de l'extrême diversité des situations de travail. Le tableau 7.1 illustre ce phénomène.

Tableau 7.1 : Diversité et variabilité du travail des auxiliaires familiales et sociales des CLSC1 et CLSC2 (9 journées d'observation, 49 visites)

	Moyenne (minutes)	Minimum (minutes)	Maximum (minutes)
Durée d'un trajet (minutes) (n=75 trajets)	10	1	26
Durée d'une visite (tous types de soins confondus)	50,2	18,5	105
Durée visite, hygiène en baignoire (n=32)	51	27	85
Durée visite, hygiène au lit (n=3)	45	29	65
Durée visite, hygiène à la douche (n=3)	43	33	60
Durée visite, hygiène partielle au lavabo (n=2)	53	46	60
Durée visite, barbe (n=1)	37	-	-
Durée visite, pansement (n=1)	59	-	-
Durée visite, pause de bas support (n=2)	19	18	20
Durée visite, préparation de repas (n=1)	104	-	-
Durée visite, centre de jour (n=1)	105	-	-
Durée visite, autres (clients absents ou non disponibles)	5	1	9
	Moyenne (ans)	Minimum (ans)	Maximum (ans)
Âge des clients	73	12	96
Types de maladies des clients	Pourcentage de cas de ce type		
Troubles cognitifs, maladie d'Alzheimer et autres pertes d'autonomie dues à l'âge	65%		
Sclérose en plaques, autres troubles neuro-moteurs	15%		
Maladie cardiaque, circulatoire, ou des reins	6%		
Maladie ostéo-articulaire	4%		
Cancer	8%		
Cas post-opératoire	2%		

Variation des trajets

Les AFS se déplacent en automobile, des locaux du SAD aux domiciles des clients, et entre les domiciles des différents clients de la journée. Soixante-quinze (75) trajets ont été observés sur 427 kilomètres de route, pour un total de 12 heures. Le trajet le plus court était de une minute et le plus long de 26 minutes, pour une durée moyenne de 10 minutes par trajet. En moyenne, au CLSC 1, chaque AFS observée a fait 8 déplacements totalisant 62 km pour une durée de 1h 24minutes, soit près de 24 % de son temps de travail. Au CLSC 2, territoire nettement plus urbain, chaque AFS a fait 9 déplacements totalisant 29 km pour une durée de 1h 16 minutes, soit près de 19% de son temps de travail.

Diversité des clientèles

La clientèle des AFS varie en âge, en sexe et en type de pathologie. Soixante pour cent des clients visités étaient des femmes et 40 % des hommes. Ceci n'est pas forcément représentatif de la clientèle des soins à domicile des CLSC en général, la forte proportion d'hommes dans l'échantillon étant due au fait que deux des AFS observés, de sexe masculin, avaient une clientèle exclusivement masculine pour les journées observées; par ailleurs, quatre des AFS femmes avaient quelques hommes dans leur horaire, soit environ un tiers de leur clientèle. Quant à l'âge, la majorité des clients avaient plus de soixante ans. Si la moyenne d'âge des clients rencontrés est élevée (73 ans), c'est en raison de la forte proportion, parmi eux, de personnes âgées ayant des troubles cognitifs sévères et d'autres types de perte d'autonomie due au vieillissement : plus des deux tiers des clients ont un profil de ce type (« 710 »). Quinze pour cent ont des troubles neuro-moteurs, dont la sclérose en plaques; dix pour cent ont des troubles du système cardio-vasculaire ou de l'appareil ostéo-articulaire. Des cinq cas restants, quatre sont suivis en soins palliatifs et un en post-opératoire (le virage ambulatoire a eu d'importantes conséquences sur le travail des AFS en augmentant le nombre de cas de soins post-opératoires). Tous les intervenants s'entendent pour dire que depuis plusieurs années, la tendance est à l'alourdissement de la clientèle et cela pour plusieurs raisons : augmentation du nombre de personnes jeunes atteintes de déficits neuro-moteurs chroniques sévères et nécessitant des soins adaptés, vieillissement de la population, soins plus complexes, équipements plus sophistiqués (douches sur chaise ou sur civière), exigences des clients plus grandes (voir cas des problèmes de bas compressifs), etc.

Il apparaît qu'il existe une différence en temps entre la toilette d'un homme ou d'une femme. Les AFS en entrevue expliquaient cela par le fait que pour les hommes, la toilette est moins longue que pour les femmes, celles-ci ayant plus d'éléments vestimentaires et étant plus coquettes. D'autre part, en hiver, les visites peuvent être plus longues en raison des nombreuses épaisseurs de vêtements à enlever. Enfin, le recours à la parole serait moins fréquent entre un AFS et un client masculin. D'ailleurs, l'importance des échanges entre AFS et patients, en tant qu'outil de travail, apparaît nettement quand on étudie leurs activités de façon détaillée.

Des soins et services diversifiés, à durée variable

Même si le soin majoritairement observé est l'aide au bain en baignoire (66% des cas observés), ici aussi on sait que la demande risque de s'alourdir vers davantage de bains au lit et de douches. En entrevue, une AFS faisait remarquer la tendance actuelle vers la disparition presque complète

des soins d'aide domestique et d'assistance autre que l'hygiène. Le tableau 7.1 indique clairement que les durées moyennes des visites varient beaucoup d'un type de soin à l'autre : de 18,5 minutes pour la pose de bas support à 104 minutes pour la préparation de repas et 105 minutes pour le travail en centre de jour.

Ce qui est encore plus remarquable, c'est la variation de la durée des visites pour un même type de soin; ainsi a-t-on vu, pour les bains en baignoire par exemple, une visite de 27 minutes et une autre de 85 minutes. Cette variabilité s'explique par les incidents (rendez-vous annulés, aléas dans les déplacements, incident avec les équipements, sollicitation importante de l'aidant, etc.), par les différences entre AFS (ex : sexe, état de santé, nombre de visites antérieures chez les clients) et surtout par les grandes différences qui existent entre les clients, à la fois en termes de pathologie, de gravité des cas et de leur état le jour même du soin. Ce dernier élément influence beaucoup le degré de difficulté et la durée de la visite, en particulier chez les patients ayant une bonne mobilité mais qui sont atteints de déficience cognitive importante et sont parfois confus: certains jours, l'AFS doit utiliser une bonne partie du temps de la visite à essayer de convaincre le client (sans toujours y parvenir) qu'elle ne lui veut pas de mal, et à le persuader d'accepter le bain, de se déshabiller et d'entrer dans la baignoire, alors que la fois précédente le client s'était baigné rapidement et de bonne grâce.

La première remarque qui vient à l'esprit en étudiant ces données est qu'une telle diversité des tâches et des clientèles entraîne forcément une grande variabilité des temps nécessaires pour les trajets et les visites à domicile. Les observations révèlent donc surtout que les temps de travail des AFS sont difficiles à standardiser, ce qui pose un problème si on veut utiliser des outils de gestion dont le but est précisément de standardiser les choses. La standardisation forcée pour s'adapter aux limites du logiciel ne correspond pas à la variabilité des horaires réels.

7.1.2 Des activités non comptées et un travail invisible de suivi et de soutien

On a remarqué aussi, lors de l'observation des journées de travail au CLSC 1, que les auxiliaires ne prenaient pas toutes leurs pauses, que certaines de leurs journées dépassaient huit heures et qu'elles dînaient parfois en moins d'une heure, alors que leur journée ne compte en moyenne «que» cinq visites (ces observations ont été confirmées en réunion d'équipe et en entrevue). Ceci s'explique d'une part par la présence d'autres activités non prévues à l'horaire (gestion des dossiers, des horaires et des routes et récupération d'incidents) et par un nombre de déplacements plus élevé que le nombre de clients d'autre part. Si on additionne ce travail de régulation des routes avec les temps de déplacement, on s'aperçoit qu'un quart du temps de travail des auxiliaires est occupé par des activités qui ne sont pas prises en compte formellement par le logiciel, comme l'indique le tableau 7.2.

On observe que les soins et services aux clients occupent pas loin de 70% du temps de travail des AFS, quel que soit le CLSC et que **les activités qui n'apparaissent pas dans les horaires produits par le logiciel** (c'est à dire les déplacements et les activités non prévues à l'horaire) et qui sont incompressibles, **occupent environ 25% du temps de travail.**

Tableau 7.2 : Pourcentage du temps d'une journée de travail consacré à diverses tâches et occupations, cas 1 (5 journées observées) et cas 2 (4 journées observées)

CLSC étudié	Pourcentage du temps de travail consacré à diverses tâches et occupations				
	Soins et services	Autres tâches inscrites à l'horaire ²⁵	Déplacements (inclus dans les horaires du logiciel)	Autres activités non prévues à l'horaire ²⁶	Activités «cachées» dans les horaires produits par le logiciel (= c + d)
	(a)	(b)	(c)	(d)	
cas 1 5 clients par jour	68,8%	3,4%	24%	4%	28%
cas 2 6 à 7 clients par jour	68,4%	6,0%	19%	4%	23%

On a calculé au passage que la directive provinciale d'une minute par kilomètre ayant servi de base au calcul des frais de déplacements était irréaliste. On a aussi relevé que le temps accordé pour les réunions et le travail de bureau était insuffisant. Un certain nombre d'AFS, surtout parmi les travailleuses occasionnelles, font même leur travail de gestion des rendez-vous chez elles, sur leur temps de congé.

Par ailleurs, l'analyse des interactions verbales des AFS avec les clients et leurs aidants met en lumière un important travail de dépistage et de soutien. Cette partie du travail est reconnue verbalement par les gestionnaires, mais n'est pas encouragée sur le plan organisationnel (Gagnon et coll., 2003). Ce travail indispensable à l'atteinte du but même de l'intervention – maintenir le client à domicile - risque d'être compromis si on augmente le nombre de clients visités par jour.

7.1.3 Peut-on comprimer les journées au maximum?

Bien souvent, les gestionnaires implantent le logiciel de gestion des horaires au SAD parce qu'ils espèrent rationaliser et rentabiliser l'offre de services des AFS, ce qui conduit à l'augmentation du nombre de clients visités par jour, entraînant une intensification du travail. Par exemple, compte tenu qu'il y a en réalité toujours plus de déplacements que de clients (ici : huit à neuf déplacements par jour pour cinq ou six clients en moyenne), si on ajoutait deux soins par jour, on obtiendrait des journées dépassant largement sept heures de travail ²⁷ sans compter repas et pauses, ne laissant aucune place pour toutes les autres activités observées. Ces chiffres peuvent déjà expliquer pourquoi les auxiliaires du CLSC 1 voient arriver l'ajout d'un ou deux soins par jour avec une certaine appréhension. La comparaison des soins d'hygiène en baignoire aux CLSC 1 et 2 est révélatrice à ce sujet, comme l'indique le tableau 7.3.

²⁵ réunions, prise d'horaire

²⁶ gestion des rendez-vous et des dossiers, planification, récupération des incidents, etc.

²⁷ Se reporter aux chiffres du tableau 7.1 pour effectuer le calcul : 7 clients à 50 minutes par visite + (7 + 3 = 10) déplacements à 10 minutes par déplacement = 7 heures 30 minutes, excluant toutes les autres activités prévues et non prévues, ainsi que pauses et repas.

Tableau 7.3 : Durée des visites pour l'hygiène en baignoire : moyenne, minimum et maximum, CLSC 1 (16 observations) et CLSC 2 (15 observations)

CLSC	Durée des visites pour l'hygiène en baignoire (minutes)		
	Moyenne	Minimum	maximum
Cas 1 : 5 clients /jour (16 observations)	53	38	85
Cas 2 : 6 clients /jour (15 observations)	49	27	61

Lorsque le travail s'intensifie, par exemple en passant de cinq à six ou sept clients par jour comme c'est le cas au CLSC 2, on observe non seulement une compression des temps de travail, mais il y a également une redistribution du temps consacré aux différentes tâches. En moyenne, les visites sont écourtées de quatre minutes, ce qui n'est pas énorme. Mais on remarque que les marges de manœuvre sont moins importantes au CLSC 2, où l'on ne peut pas se permettre de prendre presque une heure et demie comme au CLSC 1 si l'état de la cliente le demande ce jour-là.

Quand les journées de travail sont comprimées au maximum, pour continuer à faire un bon suivi et préserver la santé de leur clientèle, les auxiliaires exposent davantage leur propre santé, en particulier leur santé psychologique, et risquent aussi leur sécurité pour préserver celle des clients. Elles sont obligées de faire des compromis entre leur mission à long terme et leur productivité à court terme, ce qui pourrait compromettre leur santé psychologique. Toutes les données – entrevues, statistiques d'absence, observation des réunions - convergent et indiquent que l'intensification du travail (passage de cinq à six ou sept soins par jour) a des conséquences à la fois sur la santé-sécurité des AFS et sur la qualité des services offerts par le SAD :

- fatigue et absentéisme;
- réduction du temps d'interaction avec les clients;
- ou réduction du temps consacré à la «maintenance technique», comme le nettoyage de la douche par exemple;
- diminution en nombre et en durée des échanges inter-professionnels, entraînant une perte d'informations sur les clients;
- manque de temps pour consulter les plans de service;
- obstacles au travail de suivi et de dépistage;
- éparpillement des horaires et déstabilisation des routes;
- non-atteinte des objectifs de régularité des horaires et des personnels pour un même client.

La section 7.3 présente des analyses approfondies de la charge de travail pour l'ensemble des quatre CLSC à l'étude).

7.1.4 Les stratégies des AFS expérimentées qui connaissent bien leurs clients

Malgré les contraintes de temps, on a pu voir à l'œuvre, chez des travailleuses expérimentées et ayant une longue connaissance de leurs clientèles, des stratégies préventives en termes de gain de temps, ou de réorganisation des routes, comme l'indique le tableau 7.4. Ces diverses stratégies sont influencées par l'expérience acquise au travail en soins à domicile ou dans d'autres secteurs.

Tableau 7.4 : Exemple de stratégie de réorganisation : ordre prévu par le logiciel et ordre effectif des clients d'une journée de travail d'AFS expérimentée, CLSC 2

Ordre prévu	Type de client et de soin	Ordre effectif
1	Femme, pose de bas support	2
2	Homme, pose de bas support	1
3	Homme, soins palliatifs, hygiène au lit	3
4	Femme, soins palliatifs, hygiène en baignoire ou au lavabo selon l'état	5
5	Femme, soins post-opératoires, hygiène en baignoire	4
Dîner		Dîner
6	Femme, perte d'autonomie, hygiène en baignoire	6
7	Femme, nouveau cas, soins palliatifs, hygiène au lavabo	7 (soin finalement annulé)

Le tableau de la journée d'une AFS expérimentée observée au CLSC 2 indique qu'elle régule sa journée de travail de la façon suivante :

- On peut l'atteindre sur son téléphone cellulaire en tout temps, ce qui lui donne la liberté de réorganiser sa tournée en fonction de ses critères de priorité: pathologie, état du patient et/ou de l'aidant, déplacements. En fin d'avant-midi, elle intercale le soin 5, post-opératoire relativement facile, entre les deux soins palliatifs, émotionnellement et physiquement plus durs.
- Elle s'en tient à 45 minutes pour le soin 5, car elle préfère récupérer sur le temps de soin de cette cliente «facile» les 15 minutes du déplacement. Elle peut ainsi passer une heure complète au dernier soin palliatif de l'avant-midi, sachant que le conjoint de cette cliente en phase terminale était «démoli» lors de la visite précédente.

- Pour la même raison, elle garde le soin palliatif le plus difficile en fin de matinée, pour pouvoir éventuellement empiéter sur son temps de dîner si l'état de la cliente ou de son conjoint demandaient une intervention prolongée.
- Elle place son nouveau client en fin de journée, pour avoir le temps de bien documenter le cas et faire connaissance avec la personne.
- Quand elle prend ou confirme ses rendez-vous, elle ne donne pas d'heure fixe, mais dit plutôt «*j'arrive dans l'avant-midi*»; cette stratégie évite dit-elle que les clients s'inquiètent et «*deviennent trop nerveux*» lorsqu'un contretemps arrive. Cela donne également à la travailleuse davantage de marge de manœuvre pour réorganiser les priorités, si nécessaire. Ceci montre combien la connaissance des cas est un facteur de protection important pour les clients comme pour les auxiliaires (ce thème est aussi développé à la section 7.4). Dans certaines circonstances, l'organisation peut nuire à son acquisition, quand les routes par exemple des travailleuses absentes sont dispersées entre plusieurs remplaçantes ou bien quand l'organisation n'autorise aucun réajustement des routes en cours de journée, ou encore quand un collectif de travail fragilisé par la diversité des statuts (travailleuses occasionnelles contre détentrices de postes réguliers) décourage la transmission des informations entre collègues. Comme le travail des auxiliaires s'intensifie, cela risque d'avoir des répercussions sur leur santé-sécurité et sur la qualité des services offerts aux clients à domicile.

Pour les infirmières, la question des horaires ne se pose pas du tout dans les mêmes termes que pour les AFS, mais plutôt en termes de surcharge de travail, comme on l'indique à la section 7.3.

7.2 Le statut d'emploi

Le statut d'emploi est abordé ici en tant que facteur organisationnel qui joue un rôle majeur par son effet sur la marge de manœuvre et la connaissance du cas des travailleuses. Pour tenter de répondre à la demande croissante de service en l'absence d'effectifs suffisants, les gestionnaires tentent de modifier certains aspects des statuts d'emploi et de l'organisation du travail des personnels qu'ils utilisent en ayant recours à du personnel occasionnel, par des contrats à durée déterminée, ou à des agences privées qui se chargent de leur fournir le personnel requis. Il s'agit là de pratiques de plus en plus fréquentes dans d'autres secteurs d'activité de service (Bernier et al., 2003). Cela ne va pas sans soulever la question des effets de ces choix organisationnels sur la santé et la sécurité au travail du personnel.

Le statut d'emploi est donc lié à l'expérience du métier et à la connaissance des situations de travail, appelées ici «la connaissance du cas». Ce sont les travailleuses novices qui ont habituellement un statut précaire, soit à titre de salariées sur appel au CLSC ou à titre d'employées d'agences privées. Ce sont donc elles qui sont appelées à faire des remplacements auprès de différents types de clientèle. Elles disposent donc d'une moins bonne connaissance des cas, en général. Il est parfois difficile de départager l'effet de chacune de ces variables. C'est ce qui est tenté ici, en utilisant la richesse des données qualitatives et quantitatives issues de l'observation qui ont été collectées dans cette étude.

Un premier exemple permet d'exposer ici le lien entre le statut d'emploi, les contraintes subies et l'adoption de stratégies protectrices par les AFS. Par la suite, l'analyse qualitative de la gestion des routes des infirmières permettra de mettre en relief les effets des choix organisationnels dans

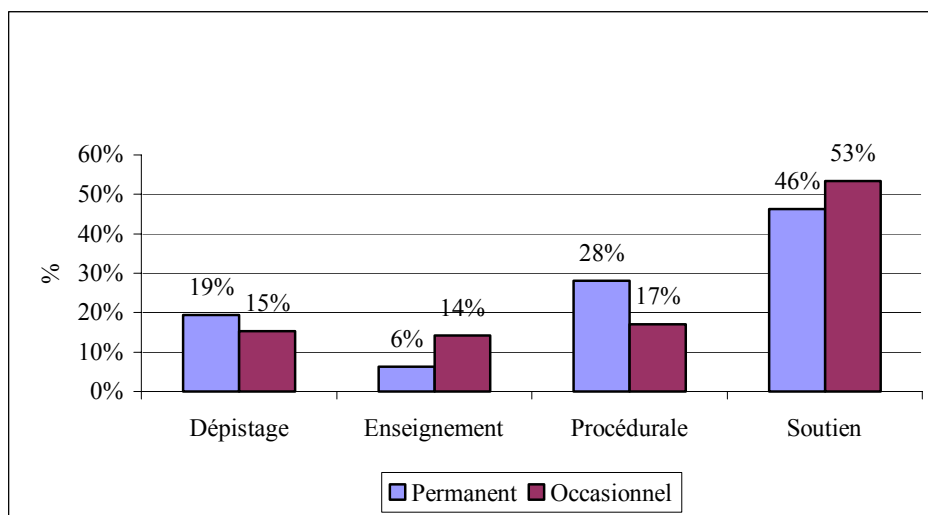
les modalités de recours à différents types de personnel précaire. Ces deux exemples mettent en évidence des liens avec des facteurs organisationnels pouvant affecter de différentes manières l'effet de la précarité de l'emploi sur la SST des salariées.

7.2.1 Les effets du statut d'emploi sur le recours aux stratégies par les AFS

En ce qui a trait à l'analyse des postures des AFS en fonction du statut, les résultats vont dans le même sens que ceux décrits en fonction de l'expérience du métier au chapitre 6. Ainsi, les AFS régulières adoptent pendant une plus longue durée que les occasionnelles la posture agenouillée (30 % par rapport à 16 % du temps de soin) alors que les AFS occasionnelles sont en postures accroupies plus longtemps. La posture accroupie constitue cependant un compromis postural car, si elle protège le dos, elle est par contre très exigeante pour les articulations des membres inférieurs et augmente la sollicitation des muscles stabilisateurs du dos.

La figure 7.1 montre que les AFS régulières sont également celles qui ont le plus fréquemment recours aux stratégies procédurales de façon concomitante aux activités du soin. Ces résultats sont les mêmes que ceux portant sur l'expérience et présentés au chapitre 6 : il y a donc une corrélation. Il est clair que ce type de stratégie est bénéfique pour la SST des personnels puisqu'il traduit une capacité d'action anticipatrice face aux risques potentiels connus ou appréhendés. L'analyse des interactions verbales des AFS occasionnelles avec les clients révèle qu'elles tendent plus à faire de l'enseignement qu'à recourir à des stratégies d'ordre procédural.

Figure 7.1 : Proportion des différentes interactions verbales réalisées de façon concomitante aux activités de soin par les AFS



7.2.2 Les effets du recours à du personnel à statut précaire sur l'activité de travail des infirmières et sur leur SST.

Pour les infirmières, la gestion des routes consiste à élaborer l'horaire hebdomadaire des visites aux nouveaux clients ainsi qu'aux clients réguliers qui leur sont attribués, à partir de leur plan de service, puis à ajuster ces horaires aux changements constants qui se produisent. Dans les SAD à l'étude, cette activité de planification et d'organisation des horaires de travail s'avère être l'une des activités les plus consommatrices du temps de travail au CLSC : ces infirmières y consacrent, en moyenne, 19 % de cette période de travail. Outre les réunions et autres activités collectives, cette période de travail au CLSC comprend la préparation et la planification des soins, le suivi des dossiers et la coordination des services (Ouellet et coll., 2004).

L'activité de gestion des routes est particulièrement lourde à l'approche des fins de semaine ou des congés, compte tenu des sorties massives d'usagers des hôpitaux devant être immédiatement pris en charge par les SAD des CLSC. Cette activité comprend un volet collectif et individuel selon l'organisation et la taille du service. Ainsi, dans certains SAD, une infirmière responsable (IBASI) ou tout le groupe « font la route » de la semaine suivante pour l'ensemble des infirmières. Par ailleurs, chaque infirmière peut modifier quotidiennement sa route initialement prévue en fonction de l'arrivée de nouvelles demandes ou de changements aux demandes initiales. Ces modifications, qui consomment beaucoup de temps de travail individuel (par exemple, reporter un prélèvement sanguin ou l'évaluation de nouveaux cas à quelques jours plus tard) sont habituellement sans conséquence sur la répartition du travail entre les infirmières du service ou entre les régulières à temps plein et les occasionnelles. Mais ce n'est pas toujours le cas. Cette gestion des routes est une activité qui mobilise beaucoup d'attention et de mémoire puisque cette planification doit constamment être modifiée.

Parmi les difficultés importantes qu'entraînent ces modifications, il y a les choix à faire en tentant de ne pas réduire les services ni surcharger une collègue. Il s'agit là d'un irritant majeur pour les infirmières, générant chez elles un sentiment de perte de contrôle. De plus, bien que nécessaire dans l'immédiat, le recours au personnel des agences privées, fréquemment utilisé dans certains SAD, introduit de nouvelles contraintes liées à la coordination qui doit exister entre le personnel régulier et celui des agences (transmission d'information, tâches de suivi etc.).

Pour arriver à faire leur travail et équilibrer leur route d'une journée à l'autre, malgré l'arrivée de nouveaux cas, les infirmières ont développé des stratégies de régulation de leur charge de travail qui ont été abordées au chapitre 6.

Malgré leur efficacité à court et moyen terme pour réduire la charge de travail au quotidien, le recours aux stratégies régulatrices impliquant les collègues ont plusieurs inconvénients. Parmi les principaux, il y a le fait qu'elles réduisent la stabilité de la relation entre l'infirmière et ses clients et entraînent des pertes d'information sur les clientèles et les suivis à faire. Cela constitue un enjeu, en termes de qualité des services aux usagers mais aussi en termes d'augmentation de la charge de travail, car les infirmières régulières devront pallier à court terme à ces conséquences négatives sur la qualité des services en multipliant les démarches.

Ainsi, lorsqu'elles confient leurs tâches cliniques à du personnel à statut précaire, elles doivent néanmoins avoir à l'œil ce qui sera fait et récupérer les informations après la visite pour tenir les

dossiers à jour et assurer les suivis. Les données tirées des journées d'observation sont présentées au tableau 7.7 de la section 7.3.2. Elles révèlent que les infirmières gardent ouverts non pas les sept ou huit dossiers des clients qu'elle voient durant leur journée de travail, mais plutôt treize ou quatorze dossiers de clients dont elles ont la responsabilité, certains ayant été soignés par des infirmières à statut précaire. La nécessité d'orienter des infirmières à statut précaire qui, souvent, disposent de peu d'information sur la journée de travail qui les attend, lorsqu'elles arrivent au CLSC (surtout celles qui proviennent des agences privées), constitue également un autre inconvénient car elle ajoute à la charge de travail des gestionnaires de cas. Cette cohabitation de personnel de différents statuts a donc des répercussions négatives sur la charge de travail des infirmières régulières et par le fait même sur leur détresse psychologique comme le montrent les données tirées du questionnaire et présentées au chapitre 5. Les indicateurs de risque abordés au chapitre 8 abondent dans le même sens.

Par ailleurs, dans les quatre CLSC à l'étude, il s'avère que la possibilité de gérer leur journée de travail diffère entre les infirmières à statut régulier et occasionnel. Alors que les infirmières régulières peuvent réguler leur charge de travail sur une période plus longue (plusieurs jours, semaine ou mois), en remettant à plus tard des visites ou d'autres tâches moins urgentes, les remplaçantes occasionnelles à l'emploi du CLSC ou les infirmières d'agences privées ne peuvent le faire que sur une période beaucoup plus brève, soit la journée ou quelques jours. Cela dépendra du nombre de journée pendant lesquelles elle remplaceront l'infirmière absente ou aideront celle qui est surchargée.

Par exemple, une infirmière régulière à temps partiel travaillant au SAD du CLSC 3 explique que son statut d'infirmière « volante » ne lui donne pas la marge de manœuvre nécessaire pour réguler sa charge de travail au cours d'une semaine. Lorsqu'elle remplace une collègue pendant une journée, elle se doit d'avoir complété toutes ses tâches puisque le lendemain, elle en remplacera une autre dont les clients sont différents. Les injonctions contradictoires qu'elle doit gérer sont une source de tension à cause de la culpabilité qu'elle entraîne en regard de ses valeurs professionnelles. Ainsi, elle affirme se sentir parfois coupable d'effectuer un suivi pour un client qu'elle a vu la veille (tel qu'un appel à un médecin) : « *Y'a des fois, j'me sens « cheap » quand, mettons, j'ai un cas de gynéco j'le vois le vendredi. La gynécologue j'peux la rejoindre juste le mercredi. Alors le mercredi suivant je sais très bien qu'il faut que je m'occupe de ce cas-là, qui est un cas à X (une des infirmières qu'elle remplace), mais j'suis assise mettons sur la chaise de Y [...]. J'pense que j'y ai passé une demi-heure. Ben cette demi-heure-là, j'aurais dû la donner à Y. Mais j'l'ai pas donné à Y, c'est une demi-heure pour X. Ça devient un irritant.* ». D'où le nombre important d'infirmières qui disent ne pas s'accomplir dans leur travail (cf. résultats du questionnaire présentés au chapitre 4). De façon générale, ce type de difficulté est plus important pour les remplaçantes que pour les infirmières régulières même si ces dernières, lorsqu'elles savent qu'elles seront absentes, préparent leur route en y ajoutant des informations additionnelles afin de faciliter le travail des remplaçantes : *"on colle des post-it pour donner des petits trucs"*.

Les données recueillies sur le terrain ont mis au jour des pratiques organisationnelles très différentes d'un CLSC à l'autre à l'égard, notamment, des rapports avec les agences privées. Ces différences ont des conséquences importantes en termes de soutien organisationnel, tant pour le personnel régulier que précaire. Ainsi, le CLSC 4, qui a le plus recours aux services d'agence d'infirmières, faute de pouvoir combler des postes réguliers, a soulagé les infirmières de certaines tâches matérielles et de bureau en les confiant à une commis. Il a également créé un

poste d'infirmière de liaison qui s'occupe des rapports du SAD avec les agences et leur personnel. De plus, certaines infirmières d'agence travaillant à temps plein au SAD participent aux réunions. Ces mesures sont très importantes pour la qualité du service. Mais elles ne semblent pas suffisantes lorsqu'on voit à ce CLSC les longues durées d'absence principalement liées à des problèmes de santé psychologique. À l'opposé, au CLSC 2, les gestionnaires ne reconnaissent pas ces enjeux et font pression, au quotidien, sur les infirmières déjà surchargées pour qu'elles acceptent des cas supplémentaires afin de ne pas avoir à recourir aux agences. Ce contexte peut expliquer, en partie, que les infirmières de ce CLSC présentent les taux de fréquence de problèmes de SST les plus élevés des quatre CLSC étudiés.

7.3 La charge de travail

La question de la charge de travail se pose bien différemment pour les AFS et les infirmières. Ainsi, dans un premier temps, les effets de l'intensification du travail sur l'élaboration et l'utilisation de stratégies protectrices par les AFS seront illustrés ici. Ces effets sont aussi mis en lien avec la qualité des services. La sous-estimation de la charge de travail réelle des infirmières est abordée dans un deuxième temps par des exemples concrets portant sur la charge des gestionnaires de cas, sur la compilation des statistiques et sur l'importance du travail au CLSC.

7.3.1 Les effets de l'intensification de la charge de cas sur le recours aux stratégies de protection

Pour les AFS, la charge de travail est directement liée à l'augmentation de la charge de cas. Ainsi au moment de l'étude réalisée au CLSC 2, la charge de cas est passée de six à sept soins par jour. Étant donné que la grande majorité des soins consistent en des soins d'hygiène à la baignoire, physiquement exigeants, ce changement a suscité beaucoup d'inquiétude et de mécontentement de la part des AFS. Les inquiétudes avaient trait surtout à la capacité de « durer » dans cet emploi alors que certaines d'entre elles se disaient déjà usées par le métier. Tout au long de cette étude de cas, lors des observations de l'activité de travail, des réunions d'AFS et des entrevues, l'ajout de ce 7^e soin à la journée de travail a été un thème récurrent. Il est perçu par les AFS comme augmentant la charge quotidienne de travail ainsi que les risques d'accident et de fatigue accrue, par l'absence de temps pour récupérer. En outre, depuis que la charge de travail quotidienne a augmenté, les auxiliaires ont moins de temps à consacrer à chaque client. Par conséquent, elles disent s'en tenir surtout aux aspects techniques du soin alors que les interactions verbales avec les clients et leurs aidants constituent une partie essentielle de leur travail et qui leur procure, selon leurs dires, beaucoup de satisfaction. En effet, elles associent l'amélioration de l'état de santé des clients à la présence d'échanges verbaux pendant la visite, autant sinon plus qu'à la partie technique du soin. L'analyse des interactions verbales des AFS a d'ailleurs révélé la réalisation d'activités de dépistage, de suivi et de soutien social indispensables à la préservation de la santé et de la sécurité des clients.

La chef de programme, pour sa part, parlait du changement de six à sept clients par jour comme étant relativement peu problématique étant donné que plusieurs AFS, selon elle, ne voyaient même pas leurs six cas par jour. Ça n'a donc pas été possible pour elles de critiquer, disait-elle : « *Le passage était très craint par les AFS, ça a été dur mais là ça va* ». Certaines AFS lui disaient que la charge de sept bains était acceptable, mais d'autres non. Ces dernières faisaient valoir que

certaines soins prenaient plus qu'une heure et qu'elles se sentaient plus fatiguées. Les AFS ont alors été invitées à cibler les soins les plus exigeants et à faire réajuster les temps dans le logiciel d'horaire. De plus, la chef de programme estimait que les soins prodigués à des clients habitant les résidences privées étaient moins longs, ce qu'infirmait les AFS : « *on perd déjà 5 à 10 minutes juste à marcher dans le stationnement pis le corridor pour se rendre jusqu'au logement.* »

Selon les AFS responsables des horaires, le passage au 7^e soin a été difficile pour les AFS compte tenu des déplacements et de la demande physique supplémentaires. En effet, étant donné que les clients ne se suivent pas toujours dans le même ordre, la longueur des déplacements varie d'un lieu à un autre. De plus, ce temps de déplacement est comptabilisé par le logiciel dans le temps alloué au client et n'est donc pas visible. Le chef d'équipe dit, quant à lui, que l'implantation du logiciel a facilité le passage de six à sept soins par jour. Au niveau administratif, il a fallu refaire les horaires, combler les heures.

Selon lui, cette intensification du travail a aussi contribué à augmenter le nombre de blessures chez les AFS et il y aurait eu un impact important sur les AFS qui font du « 4X8=32 ». Pour ces dernières, la charge de travail est encore plus importante car elles desservent jusqu'à huit clients par jour. Elles allégueraient une fatigue importante à la fin de la journée, toujours selon le chef d'équipe. Les stagiaires ayant fait les deux types d'horaire (7 et 8 heures par jour) auraient émis le commentaire qu'une journée de huit heures, soit huit soins, était épuisante.

La pression engendrée par les horaires de travail est l'un des facteurs de risque les plus importants, selon les représentantes des auxiliaires, et en particulier le stress lié à la charge de travail : « *7 bains quand tu dois déneiger ton auto ou quand il fait très chaud l'été, c'est pénible* ». On avait d'abord assuré aux AFS que le 7^e soin serait ajouté une journée par semaine seulement, avec une augmentation graduelle, mais en raison des restrictions budgétaires et de la nécessité de recourir le moins possible aux heures supplémentaires et au personnel occasionnel, la charge moyenne des auxiliaires régulières à temps plein est rapidement passé à sept soins tous les jours.

Les AFS rencontrées au CLSC 2 ont fait remarquer que de plus en plus de blessures et de fatigue étaient rapportées par leur groupe. Les maux de dos, de cou et d'épaules se seraient accentués depuis l'ajout du 7^e soin. Les AFS ne prennent presque plus leurs pauses. L'épuisement les guettent car, même si elles ne prennent plus ces pauses, elles ne peuvent pas consacrer suffisamment de temps pour effectuer un soin qu'elles jugent de qualité : « *avant on prenait le temps de parler, maintenant on le fait en prenant la dame par le bras et en l'amenant à la toilette* ». Elles se disent obligées de faire des choix dans les services qu'elles donnent : « *aujourd'hui je vous lave les cheveux, demain je changerai votre lit* ». Ces propos corroborent les résultats présentés au chapitre 5 sur le fait qu'une majorité d'AFS disent ne pas se réaliser dans leur travail. L'insatisfaction révélée ici, quant à la qualité de leur travail, a aussi une incidence sur leur santé psychologique.

Toujours au CLSC 2, une AFS dit qu'avec une charge quotidienne de six soins elle peut encore prendre le temps de parler un peu avec les gens alors qu'avec une charge de sept soins par jour elle n'a plus le temps de dialoguer : « *c'est le côté humain qui prend le bord* » ceci, même si techniquement elle est capable de faire rentrer le 7^e cas dans sa grille horaire. « *On garde notre*

manteau ou on met une manche en dedans et une autre à l'extérieur. Au lieu d'avoir une heure pleine avec la cliente, il faut qu'en 60 minutes tu aies fait ton soin, ton déplacement et ta pause, donc il reste 45 minutes de soin comme tel. ».

Pour les AFS, qui se décrivent comme «*des femmes qui aiment beaucoup la clientèle et le travail de qualité*», cette situation est vécue difficilement au niveau de leur image et de la reconnaissance : «*on a l'impression d'être des laveuses et ça nous affecte beaucoup*». Elles signalent le paradoxe entre la sollicitation qu'elles reçoivent de la part des intervenantes pour observer et écouter ce qui se passe à domicile et le fait d'être à la course. «*On ne peut plus laisser la dame dire ce qu'elle a à dire parce qu'on donne un bain en vitesse*».

Certaines AFS disent faire néanmoins tout ce qu'elles peuvent pour préserver le contact avec le client, quitte à passer plus rapidement qu'avant sur les aspects matériels du soin : «*Depuis qu'on est rendu avec sept bains là, y'a des affaires que j'ai laissé tomber... C'est sûr que je continue à bien le laver pareil, pi lui (le client) va être ben content. Mais tsé comme avant là, j'prenais le temps de laver mon bain, pi l'essuyer, toute ça. Ben moi, je saute ça, à c't'heure. À un moment donné faut que t'arrêtes à quelque part parce que sinon, tu vas couper sur le client, pi c'est pas ça qui est le but!*»

Afin de vérifier l'impact de cette charge de cas sur la SST, des analyses des données d'observation ont été réalisées sur les soins d'hygiène donnés à la baignoire. Les deux catégories suivantes ont été considérées pour caractériser la charge de travail réelle des AFS : moins de 6 soins par jour (16 soins observés) et six soins et plus par jour (18 soins observés). Ces analyses montrent que les AFS ne réduisent pas significativement la durée de la phase de soin bien qu'il semble y avoir une tendance (tableau 7.5).

Tableau 7.5 : Durée moyenne, minimum et maximum de la phase de soins selon la charge de cas

Charge quotidienne de cas	AFS		
	Durée des phases de soin (minutes)		
	Moyenne	Minimum	Maximum
Moins de 6 soins	39	19	1h06
6 soins et plus	34	17	57

Les analyses comparatives de la charge quotidienne de travail montrent également qu'en proportion, la répartition des activités de soin demeurent les mêmes pendant la phase de soin : aucune différence statistiquement significative n'est obtenue sur les durées ni sur le profil d'activités déployées pendant cette phase de la visite. Cela signifie donc que les AFS maintiennent la réalisation des activités nécessaires à l'exécution du soin proprement dite. L'analyse des activités réalisées pendant toute la durée de la visite, quant à elle, révèle que les AFS allouent moins de temps à la discussion avec le client ou l'aidant. Ces données corroborent, encore une fois, la perception des AFS à l'effet qu'elles n'ont plus le temps de simplement discuter avec le client, au calme, mais qu'elles doivent lui parler en même temps qu'elles réalisent une autre activité.

Par ailleurs, le tableau 7.6 présente les durées moyenne, minimale et maximale des visites pour les soins d'hygiène à la baignoire. Bien qu'une majorité des soins observés, d'une charge de cas élevée (réf : six soins et plus), ait été réalisée l'hiver ce qui, l'analyse des activités le démontre, demande plus de temps pour procéder à l'habillage et au déshabillage des usagers, le temps moyen des visites est écourté de cinq minutes comparativement aux AFS qui ont une charge maximale de cinq visites par jour. De cette façon, les premières AFS peuvent théoriquement « récupérer » jusqu'à 30 minutes dans leur journée, ce qui leur permet d'effectuer notamment un ou deux trajets additionnels pour se rendre chez le client additionnel (réf : horaire réel vs prévu). De même, l'écart entre les durées minimales et maximales des soins des AFS, qui ont une charge élevée, est moins important, ce qui démontre qu'elles bénéficient de moins de marge de manœuvre pour répondre aux besoins changeants des usagers ou pour « récupérer » un incident survenu pendant la visite, par exemple.

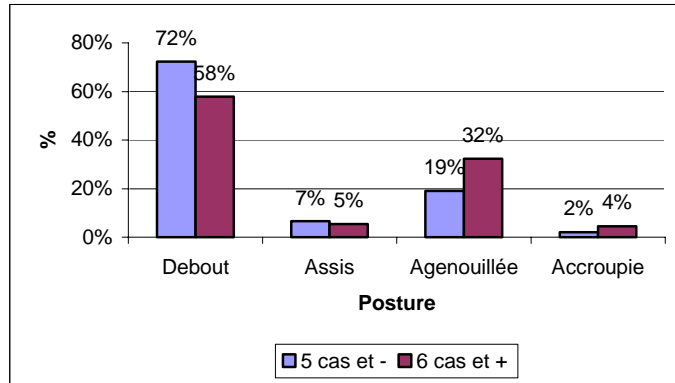
Tableau 7.6 : Durée moyenne, minimum et maximum des visites selon la charge de cas

Charge quotidienne de cas	AFS		
	Durée des visites (minutes)		
	Moyenne	Minimum	Maximum
Moins de 6 soins (n=16)	48 min. 24s.	32 m.	83
6 soins et plus (n=18)	43 min. 32 s.	27 m.	61

En ce qui concerne les stratégies posturales, les données présentées à la figure 7.2 montrent que les AFS ayant une charge élevée de six cas et plus par jour adoptent plus souvent la posture agenouillée que les AFS ayant une charge moins importante, soit 32 % du temps de soin contre 19 %. Ces AFS expliquent qu'elles s'organisent pour placer les équipements et le matériel de soin à leur portée afin de réduire au maximum les changements de positions, comme le passage de la posture agenouillée à debout qui est très exigeant physiquement.

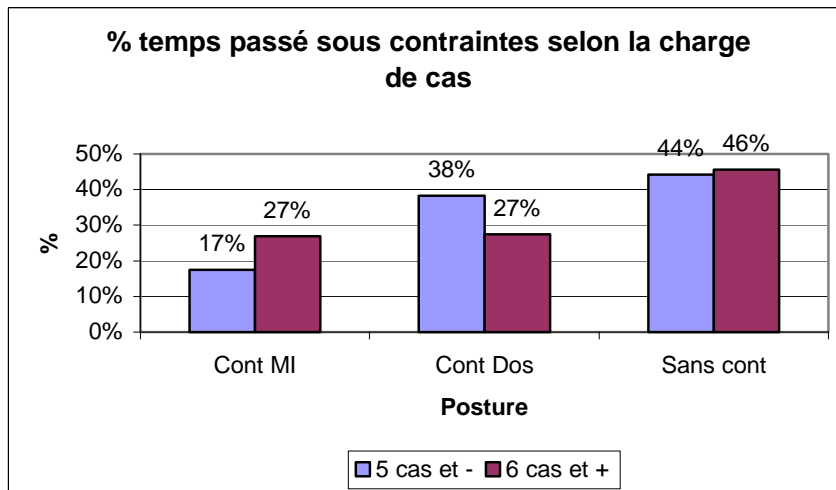
Les analyses révèlent cependant, que les AFS qui ont une charge quotidienne élevée ont moins recours aux stratégies posturales d'appui, soit seulement 13 % du temps de soin contre 25 %. Ainsi globalement, les contraintes posturales auxquelles sont confrontées les AFS ayant une charge de travail élevée ne se répartissent pas de la même façon que pour les autres AFS. Elles seraient exposées pendant 27% du temps de soin à des contraintes pour les membres inférieurs contre 17% pour les autres AFS alors qu'elles seraient exposées pendant 27% à des contraintes au dos contre 38% pour les autres AFS.

Figure 7.2 : Proportion de l'adoption des différentes postures en fonction de la charge de cas



Ainsi, les auxiliaires qui ont une charge de travail élevée adoptent une posture abaissée (agenouillée ou accroupie) afin de protéger le plus possible leur dos (figure 7.2). Elles semblent donc être plus vigilantes non seulement pour éviter les contraintes au dos mais aussi pour limiter les changements de posture afin de réduire le plus possible la charge physique globale de leur journée de travail. Ceci est d'autant plus important qu'avec l'intensification du travail, ces auxiliaires bénéficient de moins de temps de récupération au cours de la journée.

Figure 7.3 : Proportion des contraintes posturales vécues par les AFS en fonction de la charge de cas



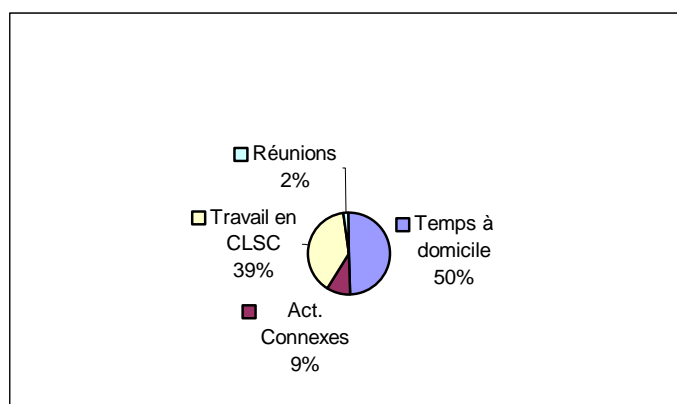
En ce sens, des analyses ont aussi porté sur la durée totale d'exposition quotidienne. Elles révèlent que la durée d'exposition des AFS à des contraintes posturales varient selon la charge de cas passant de 27 % du temps travaillé (1h45) dans le cas de moins de six soins par jour à 32,7 % (2h07) pour celles qui ont des charge de six soins et plus. Ces résultats collent des chiffres sur les

propos des AFS en entrevue à l'effet qu'elles ressentent plus rapidement et plus souvent la fatigue et les inconforts depuis l'intensification du travail.

7.3.2 La charge de travail réelle des infirmières : charge réelle des gestionnaires de cas et sa sous-estimation dans les statistiques officielles.

Pour les infirmières, cette question de la charge de travail est plus complexe à aborder que dans le cas des AFS. Pour en comprendre les fondements, il faut rappeler au départ qu'au contexte de travail typique du secteur de la santé, caractérisé par des sous-effectifs et des contraintes budgétaires, s'ajoute ici une pénurie de main-d'œuvre. La présence de deux grands types de tâches structurantes constitue un autre élément essentiel à la compréhension du travail des infirmières à domicile. La figure 7.4 illustre que le premier bloc, qui concerne les soins dispensés aux clients, incluant les trajets, représentent 50 % du temps de travail des onze journées observées. L'autre bloc d'activité est constitué des tâches essentielles au suivi des soins qui sont réalisées au CLSC. Il s'agit notamment des réunions, de la tenue des dossiers, des contacts avec les autres intervenants du CLSC et hors-CLSC, de l'élaboration des routes de travail, etc. Ces tâches totalisent 41 % du temps de travail des infirmières, ce qui est loin d'être négligeable. Elles sont majoritairement assumées par les intervenantes-pivot. Il apparaît assez clairement que cette seconde portion du travail des infirmières de SAD est invisible et sous-estimée.

Figure 7.4 : Proportion des activités réalisées au cours d'une journée de travail



Quelques-uns des éléments les plus évidents de cette charge de travail sont présentés ici. En premier lieu, sur les onze infirmières observées pendant leurs journées de travail, aucune n'a pris de pause. De plus, la durée réelle de six des onze journées observées a dépassé, de 15 minutes à plus d'une heure, la durée prescrite de la journée de travail.

Un autre aspect important du travail des infirmières est qu'en plus des clients visités en début de journée elles ont eu, dans la grande majorité des cas, à s'occuper de plusieurs autres dossiers de clients pendant leur temps de travail au CLSC. Les activités sont différentes pour les clients qui s'ajoutent en après-midi. Elles peuvent consister à faire un appel téléphonique au médecin traitant, à ouvrir un nouveau dossier ou à répondre aux questions d'un autre intervenant du

programme. Ces activités nécessitent néanmoins du temps. Ainsi, pour avoir une idée de la charge réelle de travail quotidienne des infirmières, il ne faut pas se limiter à comptabiliser seulement le nombre de clients visités à domicile. Le tableau 7.7 montre le portrait de la charge de travail réelle des onze infirmières observées en fonction de leur statut.

Tableau 7.7 : Différence entre le nombre de clients prévus, visités à domicile et le nombre total de clients nécessitant une intervention de tous types par les infirmières selon le statut

Programme	Nombre de clients prévus à domicile	Nombre de clients vus à domicile	Nombre total de dossiers traités	Nombre de clients/ dossiers ajoutés aux cas prévus
Régulière (N = 7 dont 6 intervenantes pivot)	48	49	95	47
<i>Moyenne</i>	6,8	7	13,6	6,7
Occasionnelle (N = 4)	22	22	28	6
<i>Moyenne</i>	5,5	5,5	7	1,5
Total	70	71	123	53
Moyenne par infirmière	6,4	6,5	11,2	4,8

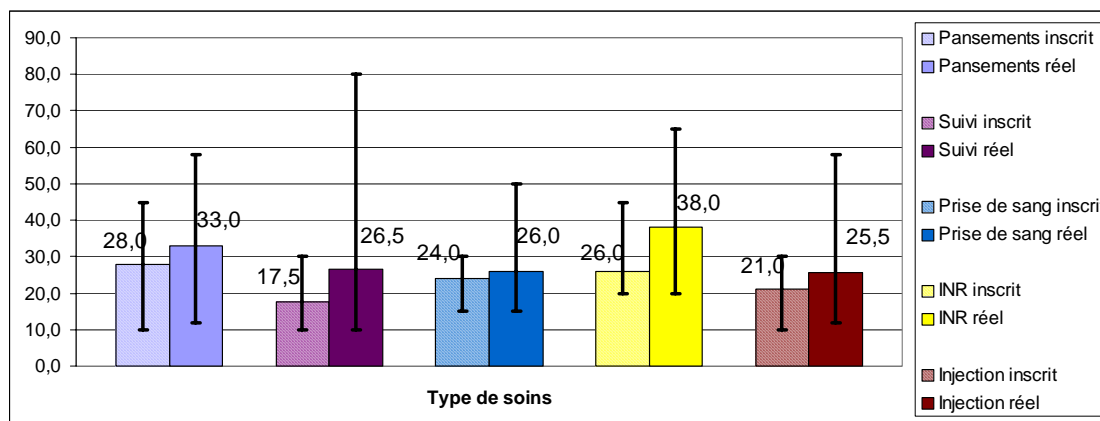
Les infirmières observées ont dû s'occuper de dossiers supplémentaires de clients (près de cinq clients en moyenne) en plus de ceux visités en début de journée : ceci correspond à près de deux fois plus de clients que prévu. On remarque que la charge engendrée par le nombre de cas « en surplus » est essentiellement prise en charge par les infirmières régulières qui sont intervenantes-pivot. En effet, ces dernières doivent assurer des suivis de divers types pour 14 clients (sept visités à domicile et sept autres dont elles sont responsables) ce qui est déterminant. Les infirmières occasionnelles ne sont pas complètement protégées de cette réalité, mais elles sont moins touchées puisqu'elles doivent s'occuper en moyenne de 1,5 clients de plus que prévu. Dans tous les CLSC étudiés, les infirmières rencontrées allèguent que cette situation, typique du travail en CLSC l'après-midi, n'est pas prise en compte par les statistiques officielles du CLSC. Elles considèrent que ces statistiques sous-estiment leur charge de travail réelle. Ce thème, récurrent lors de l'observation des réunions professionnelles et des entrevues, mérite donc une attention particulière.

Afin de documenter cette situation, les temps inscrits sur les feuilles statistiques complétées par les infirmières ont été comparés avec le temps d'intervention réellement consacré à chacun des clients visités lors des journées d'observation. Le temps d'intervention réel documenté ici prend en compte la durée de la visite à domicile ainsi que le temps consacré à la réalisation d'interventions directes ou indirectes réalisées par les infirmières au cours de leur journée de travail pour assurer le suivi du client. Les données présentées à la figure 7.8 révèlent une sous-estimation très nette des temps de travail saisis dans la base de données appelée SIC+. Cette sous-estimation varie de 8 % à 53 % selon les types de soin.

Une analyse plus fine de la sous-estimation du temps réel d'intervention a révélé, tout d'abord, que les infirmières elles-mêmes sous-estiment le temps consacré à la visite à domicile. Elles ont tendance à indiquer le temps qu'elles prévoyaient y consacrer plutôt que sa durée réelle. Ensuite, elles ne peuvent comptabiliser dans la base de données le temps consacré aux interventions dites « indirectes », c'est-à-dire faites en l'absence de l'utilisateur mais nécessaires à la coordination de

l'intervention. Il en résulte que cette sous-estimation, découlant en grande partie de l'application des directives ministérielles, rend difficile la mise en lumière de la surcharge de travail des infirmières et les justifications de demandes d'effectifs supplémentaires. Ceci est d'autant plus vrai que les statistiques journalières font abstraction, encore une fois, des interventions faites dans les autres dossiers.

Figure 7.5 : Temps d'intervention réel et temps saisi pour différents types de soin infirmier



Afin d'illustrer l'effet de la sous-estimation du temps réel de travail dans les statistiques officielles, nous présentons ici certains éléments de l'analyse de réunions professionnelles observées au CLSC 2. La directrice du SAD, par exemple, explique aux infirmières, lors d'une réunion, que le service présente un déficit important pour les soins infirmiers. Elle dit que les statistiques de l'année courante sont inférieures de 15 % à celles de l'année précédente et elle ne s'explique donc pas ce déficit d'autant qu'elle dit constater le travail soutenu des effectifs infirmiers. Elle questionne même les infirmières sur l'omission possible de la saisie de statistiques. Celles-ci expliquent que la nouvelle procédure de saisie des statistiques d'intervention contribue à créer cet écart. Elles lui rappellent le fait que les statistiques ne tiennent pas compte des démarches indirectes telles que les appels téléphoniques au médecin traitant, le temps passé à compléter des références et les démarches faites pour l'utilisateur. Les infirmières l'informent aussi que les cliniques de laboratoire d'une demi-journée, réalisées dans les résidences privées, ne sont plus comptabilisées de la même façon. Et elles concluent en disant que l'analyse des statistiques constitue une vue étroite de leur travail puisqu'elles ne tiennent pas compte de l'imprévisibilité liée au fait qu'elles soignent des humains. Elles ont donné l'exemple d'un client difficile à piquer ou d'un cas plus lourd rapidement sorti de l'hôpital. Certaines infirmières ont même dit avoir continué à tenir un comptabilité parallèle de leurs statistiques, ce qui a beaucoup intéressé la directrice du SAD.

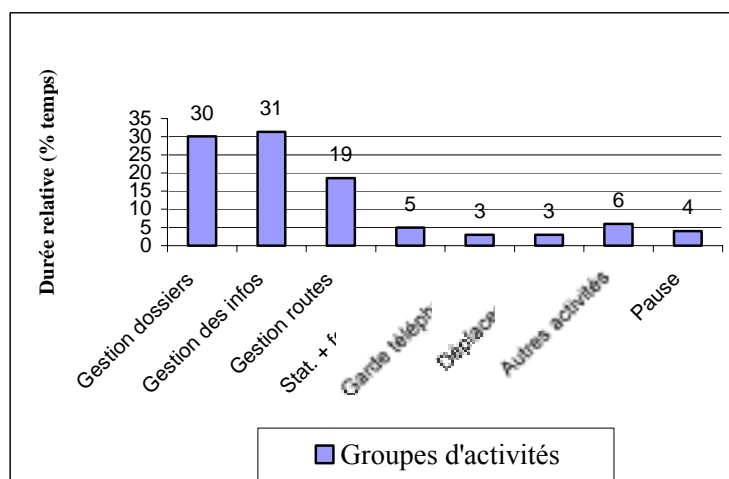
Lors des réunions subséquentes, ce thème a toujours été au cœur des propos des infirmières. L'une d'elles affirme même : « le problème avec les statistiques, c'est qu'elles sont fausses ». Il y a un consensus du groupe sur le fait qu'elles ne reflètent pas leur travail. Une autre ajoute : « est-ce que c'est intéressant de décortiquer nos tâches comme sur une chaîne de montage? Une P.V, un ci, un ça. Quand Mme a présenté le plan d'organisation, y'a une autre intervenante, pas infirmière, qui a dit qu'elle, elle mettait des 6516 ou 6500. Elle mettait ça, elle. C'est drôle cette

personne-là, on considère qu'elle fait de l'évaluation pis à chaque fois elle met ça, pis elle évalue, elle évalue pis elle évalue. Nous autres, faut sectionner nos actes un par un, ça en vient à dire qu'une P.V. c'est rien (ponction veineuse). À ce moment-là, mettez-en pas 45 carreaux, c'est inutile. Mettez juste des 6516 tout le temps. On se nuit peut-être en en mettant beaucoup. » Les infirmières mentionnent également qu'avec l'introduction du Suivi Systématique des Clientèles (SSC) et de ses cheminements cliniques, elles dispensent plus d'enseignement. Elles constatent que le temps consacré à ce type d'activités n'est pas comptabilisé alors qu'il s'agit de l'un des objectifs de l'intervention du SSC pour favoriser une prise en charge par le milieu.

7.3.3 Analyse des activités de travail réalisées au CLSC par les infirmières

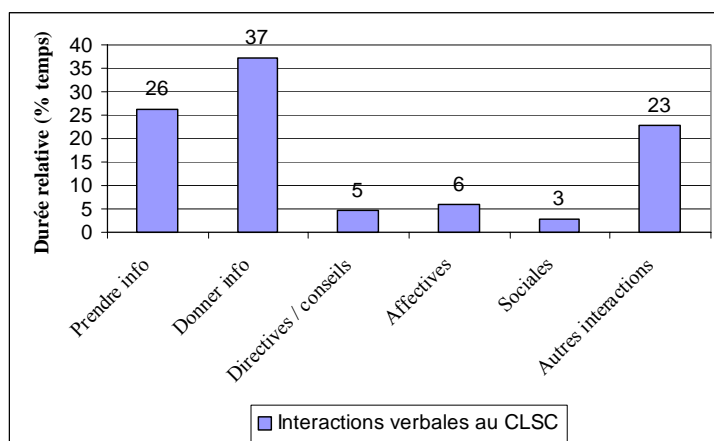
Par ailleurs, devant l'importance que revêt le travail fait en CLSC, les tâches réalisées en après-midi ont été analysées. Ainsi, parmi l'ensemble de ses tâches, la figure 7.6 montre que les activités de gestion des informations (discussions directes et au téléphone, écoute des messages sur la boîte vocale) constituent l'activité la plus importante, totalisant 31 % du temps de travail au CLSC. Les activités liées à la gestion des dossiers, telles que leur préparation, la rédaction de notes et de références occupent 30 % de ce temps de travail, suivies de 19 % du temps consacré à la gestion des routes, c'est-à-dire des horaires quotidiens et hebdomadaires. Il peut s'agir, dans ce cas, autant de planifier sa propre journée que celle d'une remplaçante, pour laquelle s'ajoute souvent la préparation du matériel requis. Ces trois activités sont celles qui sont les plus consommatrices de temps. Elles totalisent à elles seules 80 % du temps de travail au CLSC. La préparation du matériel de soin n'occupe, dans la gestion des routes, que 4 % du temps des infirmières. Il faut préciser qu'au SAD des CLSC 3 et 4, cette tâche est assignée à une commis de bureau. D'autres, comme le CLSC 2, envisagent de le faire.

Figure 7.6 : Proportion des activités réalisées pendant le travail au CLSC (n=11 après-midi)



Puisque l'activité de travail principale effectuée au CLSC porte sur la gestion des informations, les interactions verbales observées ont été analysées. Ainsi, la figure 7.7 montre que 68 % des interactions consistent à prendre ou à transmettre de l'information ou des directives. Les échanges d'information portent sur le soin, le matériel, les interventions, le réseau ou l'organisation du travail alors que les principaux interlocuteurs sont leurs collègues infirmières ou d'autres professionnels du CLSC ainsi que les clients. Cependant, le temps passé en interaction n'est pas considéré lorsque les gestionnaires parlent du travail des infirmières.

Figure 7.7 : Proportion des interactions verbales réalisées pendant le travail au CLSC



Une autre portion invisible du travail en CLSC consiste en l'ampleur des interruptions vécues par les infirmières au moment où elles réalisent leur tenue de dossiers. Ces interruptions entraînent une augmentation de leur charge mentale car elles sont interrompues lors de l'exécution d'une tâche exigeant une certaine concentration et pour laquelle elles ont la préoccupation constante de ne rien oublier. Les interruptions les plus fréquentes sont principalement reliées à des questions posées par des collègues infirmières, suivies d'interventions des mêmes collègues et de la chef d'équipe (ou IBASI) qui viennent leur porter des documents ou les informer d'une nouvelle situation. Ces perturbations du travail en cours portent sur des manques d'information ou des informations erronées, le manque de matériel ou des problèmes organisationnels. Globalement, 12,1 % du temps travaillé en CLSC, soit 22,5 minutes par infirmière par après-midi, est perturbé par des interruptions de l'activité en cours. Fait important : les infirmières expérimentées sont plus fréquemment interrompues que les novices, soit 13,3 % du temps de travail contre 10,2% ce qui contribue à alourdir encore plus leur charge de travail. Une mesure a été mise sur pied au CLSC 3 par le comité de l'organisation du travail afin de contrer ce phénomène : de 13h00 à 15h00 aucune consultation de la part d'un collègue n'est « permise » afin que tous puissent compléter leur tenue de dossiers et la gestion de leurs interventions. Cette mesure est appréciée de tous. Elle contribue, selon eux, à réduire le stress liée à la charge de travail administrative et favorise un bon climat de travail.

Quant à l'activité de gestion des routes, abondamment décrite précédemment, le temps qui y est consacré varie de 4 % à 27 % selon le CLSC et le programme (voir les rapports des quatre étude de cas en annexe A, B, C et D) ce qui vient perturber les activités de suivis médicaux réalisés en

après-midi. Les observations ont révélé que la gestion des routes mobilise beaucoup d'attention et de temps, surtout à l'approche des fins de semaine, car les services de SAD sont subitement submergés par les demandes provenant des centres hospitaliers donnant congé aux usagers. Cette désorganisation est vécue de façon particulièrement importante dans les programmes attirés à ces clientèles, tel que nous avons pu l'observer un vendredi après-midi au programme ambulatoire du CLSC 3. Et ceci doit être mis en relation avec les données portant sur le nombre de dossiers devant être traités en plus de ceux des clients visités à domicile. Dans ce contexte, les débordements sont fréquents et signifient, parfois, avoir six à huit cas de plus que le nombre prévu. L'une des principales difficultés, encore une fois, consiste à faire des choix sans réduire les services ou surcharger une collègue.

7.4 Stabilisation des clientèles

La connaissance du client, de ses caractéristiques, de son état, de ses besoins et de son environnement a-t-elle une influence sur le travail des AFS et des infirmières? Il semblerait que la connaissance du cas permet aux travailleuses d'anticiper la charge de travail et d'être mieux préparées pour réagir aux imprévus. Dans ce contexte, les AFS mettraient plus facilement en place des stratégies d'ordre postural et procédural afin d'anticiper plus efficacement les risques. Une bonne connaissance du cas est définie ici par un nombre minimum de quatre visites antérieures chez le client²⁸.

Bien que l'expérience, le statut d'emploi et la connaissance du cas soient liés, les observations ont permis de collecter des données sur des travailleuses expérimentées ayant un statut régulier et disposant d'une faible connaissance des cas ainsi que de novices à statut occasionnel qui avaient une bonne connaissance des cas. Ceci permet d'explorer l'apport additionnel que constitue la connaissance du cas pour les travailleuses.

7.4.1 Les effets de la stabilité des clientèles sur les temps de soin du personnel soignant.

Les analyses révèlent que la durée des phases de soin pendant les visites est variable selon le nombre de visites antérieures chez le client. Il apparaît au tableau 7.8 que les phases de soin sont significativement plus courtes en moyenne lorsque les travailleuses ont une bonne connaissance du cas : 42 minutes par rapport à 35 minutes pour les AFS et 21 minutes par rapport à 17 minutes pour les infirmières. Un écart plus important est par ailleurs observé entre les temps minimum et maximum pour les soins exécutés par les travailleuses ayant une bonne connaissance du cas. Cela témoigne d'une meilleure régulation de la durée de ces soins par les travailleuses : ces dernières, de par leur connaissance du client, s'adapteraient ainsi mieux à leurs besoins. En ce sens, la connaissance du cas contribue à la qualité des services lorsque les travailleuses peuvent utiliser leurs connaissances pour réguler, dans leur horaire quotidien, le temps consacré aux soins. Cette variabilité n'est toutefois pas liée uniquement à la connaissance du cas. D'autres facteurs entrent en jeu tel que nous l'avons discuté dans les sections précédentes.

²⁸ Les analyses portent exclusivement sur les soins d'hygiène donnés à la baignoire, pour les AFS, et sur les pansements, pour les infirmières. Il y a 8 soins pour lesquels la connaissance du client chez les AFS était faible et 26 soins où elle était bonne. Chez les infirmières, ces nombres étaient de 9 et 16 respectivement.

Tableau 7.8 : Durée des phases de soin en fonction de la connaissance du cas

Connaissance du cas	AFS			Infirmières		
	Durée des phases de soin (minutes)			Durée des phases de soin (minutes)		
	Moyenne	Minimum	Maximum	Moyenne	Minimum	Maximum
Faible connaissance	42	26	57	21	12	31
Bonne connaissance	35	17	65	17	7	35

7.4.2 Les effets de la connaissance du cas sur les stratégies développées par les personnels et sur leur SST.

Qu'en est-il de la relation entre cette connaissance du cas et les stratégies posturales ? Les AFS ayant une bonne connaissance du cas parviennent à minimiser légèrement les contraintes posturales par rapport à celles qui ont une faible connaissance du cas. Leur principale stratégie consiste à adopter la posture agenouillée (28 % du temps pour celles qui ont une bonne connaissance par rapport à 20 % pour les autres). Le portrait est le même pour les infirmières mais aucune différence n'est statistiquement significative.

Les interactions verbales constituent aussi un élément très important du travail des AFS et des infirmières, pour lesquelles des différences ont été observées selon la connaissance du cas. Un intérêt particulier a été porté aux interactions verbales qui se déroulent simultanément pendant les activités de soin. Il est constaté au tableau 7.9 que la proportion de temps pendant lequel ces activités concomitantes se déroulent diminue selon la connaissance du cas pour les AFS alors qu'elle reste stable pour les infirmières. Ceci montre que les AFS concentrent toutes leurs énergies sur l'exécution du soin lorsqu'elles connaissent bien le client. Cela peut être en lien avec le fait que les activités réalisées pendant un soin d'hygiène sont très exigeantes physiquement pour les AFS et qu'elles peuvent se permettre, lorsqu'elles connaissent bien le client, de se concentrer sur l'aspect sécuritaire du soin, tant pour elles que pour le client.

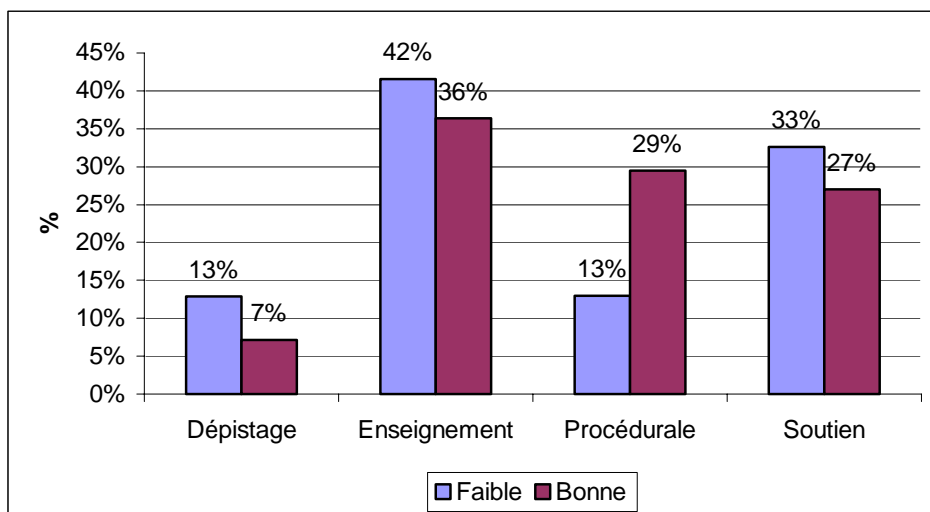
Tableau 7.9 : Proportion de temps pendant lequel se déroulent de façon concomitante des soins et des interactions verbales selon la connaissance du cas

Connaissance du cas	AFS	Infirmière
Faible connaissance	66 %	67 %
Bonne connaissance	49 %	69 %

Quant au type d'interaction verbale concomitante au soin, elles ne sont pas de même nature selon la connaissance du cas, aussi bien pour les AFS que pour les infirmières. En effet, la proportion d'interactions de type de soutien affectif est plus importante lorsque les AFS connaissent peu le client. On peut faire l'hypothèse qu'il s'agit d'une autre stratégie, d'ordre relationnel cette fois, qui permet aux AFS d'obtenir la confiance des clients afin de travailler dans un climat plus agréable et ainsi se protéger des risques. Les infirmières, quant à elles, privilégient nettement les interactions procédurales lorsqu'elles connaissent le client. La figure 7.8 montre qu'elles y

consacrent 29 % du temps de soin lorsqu'elles connaissent bien le client par rapport à 13 % du temps de soin dans le cas contraire.

Figure 7.8 : Proportion des interactions concomitantes aux activités de soin en fonction de la connaissance du cas des infirmières (sans le silence)



Il est cependant difficile de départager les effets de la connaissance du cas et de l'expérience puisque ces deux dimensions sont liées. Les exemples suivants permettent d'illustrer certains effets de la connaissance du cas.

L'analyse d'une discussion de cas ainsi que celle d'un accident du travail survenus au CLSC 4 fait ressortir l'importance, pour les AFS, de connaître le client car cela leur permet de disposer de nombreuses informations pertinentes sur la clientèle et l'environnement de travail à domicile. La discussion de cas se tenait à la demande d'une AFS expérimentée. Elle portait sur un client desservi par les AFS du SAD uniquement les fins de semaine alors que la prestation de service, en semaine, provenait de gens employés par le Chèque-emploi-service. Les AFS, qui y intervenaient à tour de rôle, avaient toutes vaguement entendu parlé d'une problématique complexe propre à ce client, mais n'avaient pas bénéficié d'information systématique sur le sujet. Puisqu'elles dispensaient par ailleurs les soins à une fréquence d'une fois aux sept ou huit semaines, cela ne leur permettait pas d'acquérir une connaissance de l'évolution de la situation chez cet usager. Lors de cette discussion de cas, il est ressorti que les AFS étaient surprises par les comportements difficiles du client et s'inquiétaient pour sa sécurité. Elles ne savaient pas comment réagir et étaient souvent amenées à faire des transferts non nécessaires et non mentionnés au plan de service ce qui les mettaient à risque de blessures. Au CLSC 4, grâce à l'existence de réunions multidisciplinaires, il a été possible de dispenser à l'ensemble de l'équipe d'AFS un minimum d'éléments leur permettant de développer plus rapidement la connaissance de cette situation particulière de travail. Un autre exemple, illustrant l'importance de bien connaître le milieu de travail, porte sur la survenue d'un accident à une AFS. Celui-ci s'est produit au moment où la travailleuse faisait du remplacement au programme d'intervention précoce. Les analyses laissent soupçonner des problèmes de transmission d'information à propos

de la détérioration de la santé du client desservi. Ceci est d'autant plus critique que la travailleuse ne disposait, au préalable, d'aucune autre information sur le contexte d'intervention à domicile.

Outre un rôle de préservation de la SST des AFS, il semble, selon nos données d'observation, que cette stabilisation des affectations chez un même client ait aussi des impacts bénéfiques sur la qualité de service. L'un des axes de solutions privilégié, et actuellement testé au CLSC 4 dans le cadre d'un projet d'implantation de cercle de qualité au SAD, est en effet d'assurer la stabilité auprès des usagers en mettant en place des mini-équipes d'AFS.

Une analyse qualitative comparative de deux soins réalisés chez un même client, par deux infirmières de profils différents, est présentée ici. Cette comparaison permet de mettre en lumière l'impact de l'expérience et de la connaissance du cas sur la gestion de la route et des informations, l'organisation du soin, l'adoption de postures contraignantes et finalement, de documenter la réaction aux imprévus.

Les soins ont été réalisés chez un homme d'environ 70 ans, suivi pour des lésions au pied droit et aux jambes. Ils consistaient à changer le pansement au pied et à faire un suivi des plaies aux jambes. La première infirmière est régulière, avec beaucoup d'expérience en soins à domicile et elle connaît bien le client puisqu'elle le dessert depuis plusieurs jours pour ces pansements (quatre visites au cours de la dernière semaine). La seconde, tout en ayant une bonne expérience des soins infirmiers, est considérée novice en soins à domicile et elle en était à sa première visite chez ce client.

L'impact de la connaissance du cas est vite apparu chez l'infirmière novice qui a dû chercher les informations sur les soins à pratiquer en raison d'un manque de clarté du cardex et des cheminements cliniques. Elle était devant le choix de prendre plus de temps pour chercher les informations ailleurs dans le dossier ou aller « *voir sur place ce qu'il y a à faire* ». Comme elle était déjà coincée dans le temps, elle a opté pour la seconde stratégie. Étant donné qu'elle avait planifié cette visite en fin d'avant-midi et qu'elle avait pris du retard lors d'un autre soin, elle s'est vue confrontée à une forte contrainte de temps où la recherche d'information sur place s'avérait coûteuse. L'infirmière expérimentée, de son côté, avait planifié cette visite en premier lieu : elle connaissait les contraintes liées au soin et au client et préférait se donner une marge de manœuvre dès le départ : « *si le soin va bien, j'ai du temps en banque, sinon j'ai le temps de rajuster le tir* ».

Or, les imprévus ont rapidement surgi dans le soin donné par l'expérimentée qui avait remarqué, dès son arrivée, que le client avait fait une erreur dans l'application d'un onguent. Elle a alors ajouté une étape à la visite. Par la suite, elle a vérifié les plaies aux jambes en demandant au client de retirer son pantalon, même si ce dernier lui disait que tout allait bien (ce que l'autre infirmière n'a pas fait, notamment en raison du retard qu'elle avait accumulé). Ceci lui a permis de constater plusieurs infections qu'elle a immédiatement traitées. Elle savait également que la conjointe du client était très impliquée dans le suivi et a donc choisi de lui téléphoner en après-midi plutôt que d'avoir une discussion sur place avec le client à propos de l'utilisation des médicaments.

Par ailleurs, l'analyse de l'adoption de postures contraignantes montre que l'infirmière expérimentée a eu recours à moins de flexions du dos que sa collègue. On a constaté qu'elle a

utilisé du mobilier présent pour disposer son matériel de soins dans une zone d'atteinte lui permettant de réduire les flexions et les changements de position (debout à assise ou debout à penchée). Après discussion avec les infirmières, il est apparu que la grande différence entre les deux soins portait sur l'évaluation de la longueur du soin faite au départ : l'infirmière novice, ne connaissant pas le client, avait sous-évalué le temps nécessaire ainsi que les pertes de temps liées aux imprévus (client qui bougeait, pansement qui glissait sur le pied, etc.). L'infirmière expérimentée, qui connaissait déjà les comportements de l'utilisateur, a pu s'ajuster avant même le début du soin.

7.5 Les réunions comme mécanisme majeur de transmission et de circulation de l'information

Plusieurs mécanismes de transmission et de circulation d'information sont utilisés puisqu'il s'agit d'une question vitale pour le personnel de soins à domicile qui veut offrir un service de qualité. Il doit en effet travailler seul à domicile avec son client, mais son travail dépend ou influence celui d'autres professionnels de l'équipe de soins. Ainsi, au cours des quatre études de cas réalisées dans diverses organisations, nous avons vu différentes façons de transmettre l'information. La plus fréquemment utilisée est la réunion de type divers : réunion administrative disciplinaire et multidisciplinaire, réunion clinique professionnelle, réunion d'équipe multidisciplinaire pour des discussions de cas et séance de ventilation. Le tableau 7.10 présente le portrait de l'organisation des différentes réunions, dans chacun des CLSC étudiés, tandis que le tableau présenté en annexe 3.12 montre le nombre de réunions diverses observées pendant le projet.

Mis à part le CLSC 1, où il ne s'était pas tenu de réunions d'AFS pour quelque temps, les quatre CLSC sont comparables sauf pour les réunions multidisciplinaires et de ventilation. Cette section est consacrée à l'analyse de ces deux types de réunions car il est apparu qu'en plus d'être bénéfiques pour la qualité des services, elles le sont également pour la SST du personnel.

Tableau 7.10 : Type de réunion selon les CLSC étudiés

Type de réunion	CLSC 1	CLSC 2	CLSC 3	CLSC 4
Réunion AFS	Recommençait	Oui	Oui	Oui
Réunion infirmière	Oui	Oui	Oui	Oui
Réunion clinique infirmière	Oui	Oui	Oui	Oui
Réunion multi – discussion de cas	Non	Dans un secteur seulement	Oui	Oui
Rencontre de ventilation	Non	Non	Oui	Non

Les quatre SAD à l'étude se différencient sur la question des équipes multidisciplinaires : le premier (CLSC 1) n'a pas d'équipe multidisciplinaire, le second (CLSC 2) fonctionne en équipe multidisciplinaire partiellement alors que les deux autres (CLSC 3 et 4) ont implanté ce mode de fonctionnement il y a plusieurs années et tentent de le préserver.

Contrairement aux autres CLSC à l'étude, le CLSC 2 est le fruit d'une fusion, effectuée en 2000, entre deux CLSC de taille et de culture différentes. Plusieurs différences existaient entre ces

deux organisations notamment en ce qui a trait à l'approche de soins, la tenue de dossier et les horaires de travail. Ces différences ont peu à peu disparu à l'exception du fait que la planification du travail des équipes soignantes s'effectue toujours en respectant l'ancienne division territoriale des deux organisations, et qu'une partie de l'équipe soignante, rattachée à un ancien secteur géographique, a conservé un fonctionnement multidisciplinaire sur une base hebdomadaire. La seconde partie de l'équipe soignante desservant l'autre secteur géographique n'utilise pas ce mode de fonctionnement. Il y existe cependant des rencontres appelées « réunions de secteur » pendant lesquelles les professionnels sont disponibles à leur bureau pour recevoir les visites des AFS et autres intervenants. Ces rencontres sont en fait une succession de visites pendant lesquelles les échanges se font entre deux interlocuteurs à la fois. Une plage d'une heure par semaine est prévue pour ces rencontres. L'analyse des données de SST du CLSC 2, présentée dans le rapport-terrain, montre clairement que le bilan est plus lourd pour le personnel attiré au secteur ne bénéficiant pas d'une équipe multidisciplinaire. L'analyse de la problématique de SST des AFS présentée au chapitre 5 corrobore ces données.

Pourquoi en est-il ainsi ? Les apports qualitatifs du travail multidisciplinaire sont analysés ici de façon plus particulière afin de comprendre pourquoi ces rencontres sont importantes pour la SST. L'analyse porte d'abord sur les données recueillies au CLSC 2 où ce mode de fonctionnement est davantage toléré par les gestionnaires qu'encouragé, comme dans les autres CLSC. L'équipe de gestion est en réflexion par rapport au mode de fonctionnement en équipe multidisciplinaire. Selon les propos recueillis, les gestionnaires manifestent des inquiétudes en regard de la taille du SAD qui rendrait difficile l'efficacité de telles rencontres de travail.

L'analyse suivante est basée sur l'observation de trois réunions multidisciplinaires de soins dans un des secteurs et sur l'observation d'une « rencontre de secteur » dans l'autre. Le tableau 7.11 présente les principales caractéristiques différenciant ces deux types de réunions.

Tableau 7.11 : Principales caractéristiques des réunions multidisciplinaires et de secteur du CLSC 2

Caractéristiques des réunions	Réunions multidisciplinaire	Réunion de secteur
Personnel impliqué	Toutes les personnes de l'équipe	2 personnes à la fois
Nombre de discussion de cas	12 en moyenne	8 (dont 2 informelles)
Nombre de discussion de cas sans suivi immédiat	1 en moyenne	3
Discussion de cas demandé par ...	65 % par AFS 14 % par ergothérapeutes 10 % par infirmières 10 % par travailleuse sociale	100 % par AFS
Temps moyen des discussions de cas	4,5 minutes	6 minutes
Discussion impliquant 3 personnes ou plus	68 %	Aucune

7.5.1 Les réunions d'équipe multidisciplinaires aux CLSC 2

Au cours des trois réunions d'équipe multidisciplinaire observées au CLSC 2, 37 discussions de cas ont eu lieu, soit en moyenne 12 par rencontre (tableau 7.11). Globalement, 65 % de ces

discussions de cas (24) ont été demandées par des AFS, cinq par l'ergothérapeute et quatre par les infirmières et les travailleuses sociales respectivement. De plus, pour les 13 discussions de cas initiées par des professionnelles, les AFS ont été les principaux pourvoyeurs d'informations. La place centrale qu'occupent les AFS dans ces réunions, comme relais d'information pour l'ensemble de l'équipe du SAD, donne tout son sens à l'expression maintes fois répétée pour souligner l'importance de leur travail : « *elles et ils sont les oreilles et les yeux du CLSC* ».

Lors des réunions multidisciplinaires, 4,5 minutes en moyenne ont été consacrées à chaque discussion de cas. L'analyse révèle que 67,6 % de ces discussions (25) ont impliqué trois interlocuteurs directs et plus et ce, sans compter les autres intervenants qui, témoins de la discussion, profitent des informations échangées. En outre, sur l'ensemble des 37 situations abordées, seulement trois n'ont pu être réglées car les intervenantes-pivot n'étaient pas présentes. On peut donc se permettre de dire que, pour moins de 5 minutes en moyenne par cas, ces réunions sont efficaces. En plus de régler les situations problématiques par des prises de position, elles permettent en effet à plusieurs membres de l'équipe de soins de profiter de la mise à jour des informations.

Ces réunions multidisciplinaires s'avèrent extrêmement efficaces. Plusieurs types d'information qui y sont échangées sont utiles à la qualité et à la planification des services, la coordination des différents intervenants, la transmission d'information plus factuelle sur le soin, l'intervention, le client et son réseau de même qu'à l'environnement de travail (pour plus de détails, voir le rapport de l'étude de cas 2 à l'annexe B). Ces derniers aspects contribuent à la connaissance du cas qui est un élément de prévention important comme on l'a vu à la section 7.4. D'autre part, ces réunions contribuent à la reconnaissance du travail des AFS et des autres professionnels, ce qui est également bénéfique pour leur santé. Elles servent de surcroît à élaborer des prises de position commune dans des situations particulièrement critiques et complexes donnant la possibilité au personnel de ne plus faire face, seul, à un client : la prise de position commune joue un rôle protecteur pour la santé mentale. Ces rencontres suscitent un partage des savoir-faire qui représente un atout considérable en termes de prévention et elles constituent aussi souvent un lieu de formation informelle sur des aspects techniques ou médicaux du travail. Finalement, la reconnaissance des « bons coups » ajoute à la valorisation que les travailleuses retirent de leur travail (pour plus de détails, voir le rapport de l'étude de cas 2 à l'annexe B).

7.5.2 Les réunions de secteur au CLSC 2

Nous avons pu assister lors d'une journée d'observation à une visite, appelée « réunion de secteur », au SAD du CLSC 2. L'AFS observée n'est restée que 30 minutes au CLSC, contre les 60 minutes allouées pour ces visites, car elle avait un client à desservir à domicile. Lors de son passage au CLSC, elle a eu :

- Deux discussions de cas, lors de rencontres informelles de corridor avec une infirmière et une travailleuse sociale;
- Deux discussions de cas avec une infirmière dans son bureau;
- Une discussion de cas avec une travailleuse sociale dans son bureau;

- Trois visites ratées car les travailleuses sociales n'étaient pas à leurs bureaux. Elle devait alors prévoir une autre rencontre, soit au moment de la récupération de son horaire.

On constate que l'AFS a réussi à discuter de trois situations sur les six qu'elle projetait d'examiner, soit la moitié. Deux rencontres informelles avec une infirmière et une travailleuse sociale ont d'autre part eu lieu. Chaque discussion a duré en moyenne 6 minutes, ce qui est plus élevé que le temps moyen passé par client en équipe multidisciplinaire.

L'analyse d'une rencontre avec une infirmière, portant sur une situation difficile avec un client, permet de comparer ce type de discussion de cas avec celles observées en équipe multidisciplinaire. Suite à un commentaire de l'infirmière relatif à la propreté douteuse de certains vêtements du client, l'AFS fournit beaucoup d'information sur son état de santé, son alimentation, les services qui lui sont offerts et souligne la grande rotation d'AFS qui se produit chez ce client. Elle donne finalement des informations sur sa propre façon de travailler avec l'utilisateur en question et ses modes opératoires lui permettant de changer ses vêtements souillés. L'auxiliaire fait part de ses trucs et de ses stratégies d'approche puis dresse avec l'infirmière un plan d'intervention. On voit nettement ici les avantages qu'aurait eu à plusieurs points de vue une réunion multidisciplinaire : la mise en commun d'informations sur un cas précis pour différents intervenants; l'échange de stratégies de travail; la mise en place d'un plan de service répondant mieux aux besoins du client et aux objectifs multiples des intervenants, y compris les AFS.

7.5.3 Les séances de ventilation au CLSC 3

Seul le CLSC 3 offrait des séances de ventilation à son personnel. Ces séances sont animées par une personne-ressource de l'extérieur. Elles sont offertes à tous les intervenants du SAD sur une base volontaire, deux fois par mois. Elles offrent, tout d'abord, un lieu d'écoute aux intervenants ayant vécu ou ayant été témoins de situations difficiles ou conflictuelles à domicile. Des discussions de cas plus formelles peuvent avoir lieu entre les participants et des informations sur des techniques de communication (ex : reformulation, reflet, clarification de la demande) peuvent être abordées, au besoin. De telles séances peuvent aussi avoir lieu, de façon ad hoc, entre tous les intervenants qui oeuvrent auprès d'un même client afin de dégager une ligne de conduite commune.

L'observation d'une discussion de cas en séance de ventilation, sur une problématique rapportée par une participante, a révélé que la personne-ressource offre à l'intervenant une démarche par étapes afin d'intervenir dans le milieu. Il s'agit, par exemple de clarifier le mandat du CLSC (quelle est la demande, d'où vient-elle?), valider avec le client et l'aidant leurs besoins et finalement formuler, s'il y a lieu, les limites de l'intervention à domicile. Cette discussion intègre aussi les éléments pouvant être liés à une dynamique conjugale, familiale ou triangulaire (client, aidant et soignant). La concrétisation de cette démarche, pour l'intervenant, peut par ailleurs être facilitée par la réalisation de jeux de rôles. Le fait de sentir, tout d'abord, une écoute face à des problèmes vécus à domicile puis de se voir proposer, individuellement ou collectivement, des moyens d'action concrets aide assurément l'intervenant à faire face à ces situations difficiles. De plus, le fait que la personne-ressource ne soit pas une personne du CLSC et qu'elle demande à chaque séance un engagement clair de confidentialité facilite la mise en confiance des participants. Les séances de ventilation sont un outil de soutien important mis à la disposition des

intervenants et elles contribuent à renforcer le travail d'équipe. Toutes les AFS qui éprouvaient par exemple des difficultés relationnelles auprès d'une cliente ont bénéficié d'une séance de ventilation ad hoc, à leur demande. La prise de position qui s'est dégagée de cette séance a été transmise aux autres membres de l'équipe multidisciplinaire ainsi qu'à la gestionnaire, qui l'ont appuyée. Cet exemple illustre bien le soutien de la gestionnaire du SAD à son personnel et le renforcement du travail de l'équipe soignante.

7.6 Les politiques d'aménagement des lieux de travail et de formation

L'aménagement des lieux de travail influence la SS. Il en est de même de l'utilisation de méthodes de travail sécuritaires. Par exemple, un lit électrique réglable en hauteur permettra de réduire le nombre de flexions du dos pour la réalisation des soins d'hygiène ou d'un pansement au lit. Même chose pour la présence de crochet de douche à hauteur des robinets qui permet de réduire le nombre de changements de posture en mettant à portée de main le plus d'outils de travail possible. Quatre des neuf discussions de cas observées au CLSC 4 mettent clairement en évidence l'impact de retard dans l'aménagement des domiciles sur les risques à la santé pour les AFS (pour plus de détails, voir le rapport de l'étude de cas 4 à l'annexe D).

7.6.1 Les effets de l'aménagement des salles de bains et de la formation sur les contraintes vécues par les AFS

Ainsi, depuis plusieurs années déjà dans le secteur de la santé, l'ASSTSAS²⁹ encourage les SAD des CLSC à inciter leur clientèle à faire des aménagements dans les salles de bain pour faciliter le travail des AFS. Ceci est particulièrement important puisque nos observations révèlent que les AFS passent 55 % du temps de soin en postures contraignantes pour le dos ou les membres inférieurs, lors des bains à la baignoire, alors que cette proportion se situe à 64 % de leur temps de soin pour les infirmières lorsqu'elles réalisent des pansements. Ces aménagements concernent notamment l'installation de douches téléphones, de barres d'appuis et de tapis anti-dérapants pour les AFS ou l'installation d'une petite table avec un plateau, à une hauteur adéquate, permettant de placer tout le matériel de soin à la portée des infirmières.

D'autre part, l'ASSTSAS a développé pour les AFS une formation aux Principes de Déplacements Sécuritaires des Bénéficiaires (PDSB), il y a de cela plus de 10 ans. Cette formation insiste sur les méthodes de travail, sur les aides techniques pouvant être utilisées pour faciliter les soins (genouillères, petit banc, etc.) ainsi que sur l'importance de solliciter la collaboration des usagers à l'activité de soin. Ces formations sont maintenant dispensées dans les CLSC par des personnes-ressources ayant été formées par l'ASSTSAS. Une telle formation est également offerte pour les infirmières depuis une dizaine d'années.

Pour ce qui est des AFS, les politiques de formation et d'aménagement des salles de bains diffèrent dans les quatre CLSC étudiés. Malgré cette diversité, il appert toutefois que, pour la grande majorité des situations de soin observées, les équipements adéquats étaient présents : barres d'appui, bancs et planches de transfert, tapis anti-dérapants, douche téléphone, etc.

²⁹ Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales.

Cependant, les CLSC 1 et 2 n'avaient pas de politique stricte exigeant des usagers des améliorations dans les salles de bains et ce, même si au CLSC 2, l'évaluation de la Trajectoire d'aide au bain avait été implantée. Les améliorations à la sécurité des salles de bain étaient suggérées aux clients mais elles n'étaient pas obligatoires.

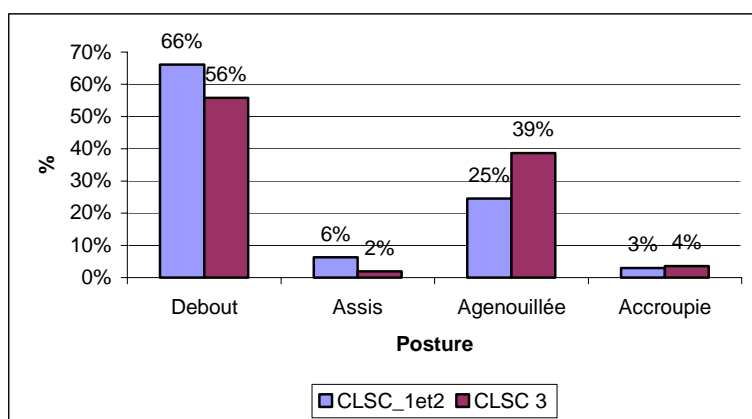
Dans la pratique quotidienne, les effets bénéfiques liés à l'implantation de la Trajectoire d'aide au bain ne sont pas toujours aussi probants que ceux souhaités au CLSC 2. Tout d'abord, la liste d'attente pour les services d'ergothérapie est longue et cela fait en sorte que même si l'évaluation est faite dans un délai d'une semaine, les suivis d'aménagements par une ergothérapeute peuvent prendre plusieurs semaines. Pendant ce temps, les AFS sont tenues de donner des services en offrant un soin d'hygiène au lavabo. Généralement, les problèmes se situent au niveau de l'acceptation et de l'installation des équipements par le client. Si ce dernier refuse de « percer sa céramique ou de dépenser pour un tapis de bain anti-dérapant » ce sont les AFS qui doivent gérer la situation puisqu'elles sont plus souvent présentes au domicile. Des discussions directes avec les aidants permettent parfois de régler une partie des contraintes, mais ici les AFS se substituent aux intervenantes-pivot, ce qui demande temps et énergie. De plus, devoir discuter avec le client ou les aidants fait en sorte d'exposer les AFS à une série de pressions qui, chez certaines, sont plus difficiles à assumer. Ceci se traduit quelquefois par l'exécution du soin à la baignoire sans que les équipements soient installés, d'où des risques accrus pour leur SST. Certaines AFS vont faire elles-mêmes les démarches pour l'achat de l'équipement ou même installer certains équipements, comme des barres d'appui, ou elles vont offrir des bains à la baignoire dans les cas où elles jugent que les risques sont minces, en attendant que le suivi soit fait par l'intervenante responsable.

Il faut ajouter qu'il n'y a aucune politique écrite et transmise par ce CLSC qui obligerait les clients à suivre les recommandations des ergothérapeutes pour obtenir des services d'aide. Au contraire, selon les représentantes syndicales rencontrées en entrevue, le CLSC ne pourrait refuser de donner des services sur cette base. Les AFS se voient dans l'obligation de négocier avec les clients qui refuseraient par exemple un bain au lavabo. On constate donc que malgré de bonnes intentions, l'évaluation de la Trajectoire d'aide au bain n'arrive pas totalement à atteindre les objectifs fixés consistant en l'amélioration de la SST des AFS ainsi qu'en la réduction des risques pour la clientèle.

Dans les CLSC 3 et 4, une politique claire d'aménagement des salles de bains existe et est publicisée auprès des clients, sous forme de dépliant. Ceci n'empêche pas que dans la réalité, plusieurs situations de travail ne sont pas si claires que cela. À titre d'exemple, l'analyse des accidents survenus à deux AFS du CLSC 4 montre que des problèmes liés à l'environnement de travail ont contribué, parmi d'autres éléments, à leur survenue. Quatre des neuf discussions de cas observées au CLSC 4 portaient sur la façon de régler des problèmes avec les usagers, liés notamment à l'environnement de travail. Dans ces mêmes CLSC, des formations régulières sont dispensées aux AFS afin de réactiver leurs connaissances des méthodes de travail sécuritaires de transfert des usagers et de réalisation de l'activité de soins d'hygiène afin de se protéger. Quant aux CLSC 1 et 2, malgré leur intention verbalisée, ils n'offrent pas de formation PDSB aux AFS sur une base régulière : ces formations ont été annulées pour des raisons de contraintes budgétaires. Les deux organisations souhaitent toutefois les réactiver.

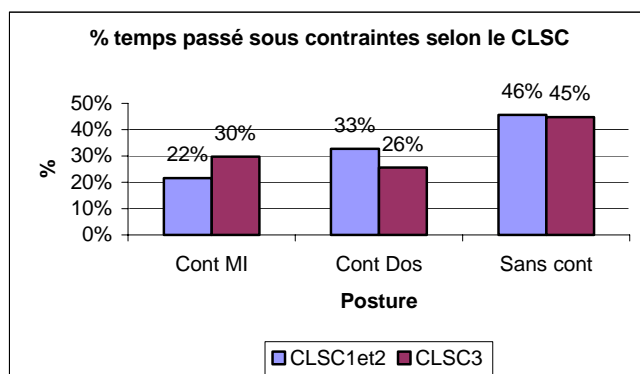
L'observation de l'activité de soins des AFS a été réalisée auprès de onze d'entre elles dans les CLSC 1, 2 et 3. Il est possible de regrouper les données des CLSC 1 et 2, qui n'appliquent aucune exigence d'installation d'équipements auprès de leur clientèle, ni formation PDSB, et de les comparer à celles obtenues au CLSC 3, qui a de telles exigences. L'analyse des résultats, dans le cas des bains à la baignoire pour lesquels nous disposons de 34 situations observées, révèle la présence d'une tendance relative à l'effet probable de ces mesures organisationnelles (exigence d'aménagement des lieux et formation PDSB) sur la sécurité du personnel. Il s'agit ici de tendance, car seuls cinq bains à la baignoire ont été observés au CLSC 3 ce qui constitue un échantillon relativement faible. Ainsi, les résultats montrent que les AFS des CLSC 1 et 2 adoptent la posture debout pendant plus longtemps, ce qui les oblige à des flexions plus importantes et plus soutenues du tronc (figure 7.9). Pour ce qui est de l'adoption d'une posture accroupie, constituant un compromis postural car elles sont contraignantes pour les membres inférieurs et plus exigeantes pour le tronc, aucune différence n'apparaît selon le CLSC de provenance. Par ailleurs, bien que cette relation ne soit pas statistiquement significative, les AFS du CLSC 3 adoptent près de deux fois plus longtemps que les AFS des CLSC 1 et 2 la posture agenouillée. Cette posture abaissée est moins contraignante que la posture accroupie.

Figure 7.9 : Proportion de l'adoption des différentes postures de travail en fonction du CLSC



La figure 7.10 montre que globalement, les AFS du CLSC 3 sont celles qui sont le moins exposées à des contraintes au dos, qu'elles utilisent ou non les stratégies posturales décrites précédemment. Ce résultat, qui peut sembler contradictoire à la base, corrobore les observations qualitatives à l'effet que ces AFS ont recours à d'autres types de stratégies afin de réduire les contraintes à la source. Il peut s'agir, par exemple, de localiser le matériel près de soi avant de procéder au soin, de planifier les déplacements et les transferts afin de réduire les changements fréquents (et coûteux) de posture. Ces stratégies, décrites au chapitre 6, sont d'ordre procédural.

Figure 7.10 : Proportion du temps passé sous contraintes postures en fonction du CLSC



7.6.2 Le contrat de service comme mesure de préservation de la SST des AFS

Une autre politique très importante pour la SST existe systématiquement dans les CLSC 3 et 4. Elle consiste à signer des contrats avec des clients présentant des problématiques complexes (santé mentale, problèmes de comportement, etc.) ou nécessitant des soins sur une base régulière (7 jours). Ces contrats visent notamment à clarifier les soins que le CLSC accepte de dispenser en identifiant très clairement les tâches qui seront accomplies. Ils précisent aussi les engagements qui doivent être respectés par le client. L'analyse de la problématique de la SST des AFS du CLSC 2, présentée au chapitre 5, a démontré l'importance d'établir ce genre d'entente pour protéger le personnel. En effet, la signature à ce CLSC d'un contrat formel ne se faisait uniquement que dans des situations très critiques et de façon réactive. La signature de ce type de contrat semble particulièrement bénéfique pour la SST des AFS car elle définit clairement le cadre de l'intervention à domicile. Les analyses des réunions d'équipe multidisciplinaire des trois zones du CLSC 3 ont montré, à quelques reprises, que l'éventualité de suspendre les services auprès d'un usager était étudiée si ce dernier ne se conformait pas à ses engagements vis-à-vis du CLSC (client qui ne veut pas se lever, client qui est manipulateur et agressif envers les AFS, etc.). Contre toute attente, même s'il s'agissait d'une mesure visant, entre autres, la préservation de leur santé et de leur sécurité, ce sont les AFS qui étaient le plus réticentes à recourir à de telles mesures.

7.6.3 Implication des AFS dans l'évaluation de l'aménagement des salles de bain comme soutien à l'élaboration de stratégies protectrices de travail

La présente étude révèle aussi que d'autres politiques institutionnelles peuvent contribuer à rendre plus sécuritaire le travail des AFS. L'estimation des équipements de salle de bain par les AFS, au CLSC 4, est de celles-là. Ainsi, dans la foulée du programme de formation PDSB, les AFS de ce SAD développent des habiletés leur permettant d'évaluer les besoins d'équipement dans la salle de bain afin que les soins d'hygiène à la baignoire puissent être donnés dans un environnement plus sécuritaire. Les cas plus complexes continuent toutefois d'être évalués par les ergothérapeutes. Plusieurs AFS rencontrées en entrevue ont été formées pour assumer ce rôle

et disent en retirer une satisfaction et une valorisation qui ont, semble-t-il, des répercussions sur les indicateurs de risque dont il sera question au chapitre 8. Pour bien souligner l'importance que la direction du SAD accorde à ce rôle, toutes les auxiliaires formées à l'évaluation des équipements de salle de bain ont été libérées pour assister au Salon des aides techniques tenu à l'automne 2003, sous l'égide de l'ASSTSAS.

Comme le montre l'analyse tirée des réunions professionnelles et des observations, l'implantation d'une telle approche soulève des défis de partage de rôles entre AFS et professionnels responsables de l'évaluation des salles de bain et peut avoir une influence sur les relations inter-professionnelles. Les débats ont souvent rapport avec la compatibilité entre les aides techniques requises pour la réalisation sécuritaire des soins et des transferts et les objectifs de maintien de l'autonomie de la clientèle.

Ce SAD a opté pour l'élaboration d'un arbre de décision visant à encadrer le travail des AFS à ce niveau. Quelques difficultés d'utilisation de cet outil ont été mises en évidence lors de l'observation d'une réunion professionnelle d'AFS. En effet, les auxiliaires qui utilisent cet arbre décisionnel ont rapporté à la chef d'équipe qu'il ne permettait pas toujours de cibler tous les équipements dont elles ont besoin pour travailler. Une réunion devait avoir lieu avec les ergothérapeutes à ce sujet, au cours de l'automne suivant. Mais l'évaluation des équipements de salle de bain par les AFS au CLSC 4 semble être très bénéfique en termes de SST puisque les indicateurs de risque du CLSC 4 pour les AFS sont plus faibles que ceux des autres CLSC.

Parallèlement à ce travail d'évaluation des salles de bain, les données recueillies montrent que les AFS ont également développé des habiletés de dépistage des dangers à domicile ayant un impact non seulement pour leur sécurité mais aussi pour celle des clients. Une AFS du CLSC 3, par exemple, a enseigné à un client à réaménager ses armoires de cuisine pour que les objets les plus usuels soient à sa portée : ceci prévient le risque de chute en évitant au client de grimper sur un escabeau ou un tabouret.

7.6.4 Lacunes dans la formation et l'aménagement des lieux de travail pour les infirmières

Quant au travail des infirmières, aucune installation particulière n'était exigée des usagers par les SAD, à l'exception du service ambulatoire du CLSC 3. Ceci a pour conséquence que lors de la réalisation de pansements, dont il a été démontré qu'il s'agit du soin le plus contraignant en terme postural, très peu de stratégies protectrices sont utilisées par les infirmières. Les données présentées au chapitre 6 ont montré qu'une bonne installation du client et du matériel peuvent réduire les contraintes posturales. De plus, aucune formation, que ce soit la formation PDSB ou sur celle intitulée « Postures de travail sécuritaires pour le personnel infirmier » n'a été dispensée aux infirmières, dans aucun des CLSC étudiés. Ceci fait en sorte qu'elles ne sont pas encouragées à utiliser des stratégies de protection posturales autant que les AFS. De telles formations sont cependant prévues dans tous les CLSC participants. À la lumière des résultats préoccupants des infirmières au questionnaire musculo-squelettique, présentés au chapitre 4, ces formations s'avèreraient pertinentes et bénéfiques.

Par ailleurs, d'autres formations étaient prévues dans les CLSC participants et certaines ont dues être annulées pour des raisons de coupures budgétaires. Celles qui l'ont été concernent des

thématiques pouvant être qualifiées de « périphériques » aux soins. Ainsi, les formations du type OMEGA visant à développer auprès des clientèles agressives, ou en perte de capacité cognitive, une approche relationnelle facilitante pour la réalisation des soins n'ont pas été données. Il en est de même pour le PDSB. Les AFS et les infirmières réclament pourtant cette formation comme outil essentiel à leur travail.

7.7 Les collectifs de travail³⁰

Le collectif de travail peut se définir comme étant un groupe de personnes qui travaillent ensemble selon les règles de métier informelles qu'elles se donnent. Il faut distinguer le collectif de l'équipe de travail par le fait que le collectif est une entité construite à partir des rapports sociaux entre les individus contrairement à l'équipe qui, elle, est une entité administrative.

L'effet de la présence des collectifs de travail sur la santé et la sécurité des infirmières et des aides soignantes a déjà fait l'objet de nombreux travaux (Barthe et Quéinnec, 1999 ; Benchekroun et Weill-Fassina, 2000 ; Carpentier-Roy e Vézina, 2000 ; Clot, 1999 ; D'Amour et coll., 1999 ; Dejours, 2000). Si le collectif de travail ne produit pas en soi de stratégies protectrices, il agit comme un facteur important dans leur développement, leur partage et leur transmission. À ce titre, il peut être analysé en tant que facteur organisationnel, c'est-à-dire comme un des éléments pouvant nuire ou aider à la présence des stratégies protectrices.

7.7.1 Identification des collectifs de travail dans les différents milieux

La forme, la composition et le fonctionnement d'un collectif varient beaucoup d'une situation de travail à l'autre, en fonction d'un ensemble de facteurs tel que le nombre de personnes en présence, l'environnement de travail, la complémentarité du travail de chacun, etc. Au moment de notre passage dans chacun des milieux étudiés, on y a noté la présence de collectifs de travail chez les deux groupes professionnels. Le type de collectif le plus fréquemment rencontré est un regroupement d'individus d'un même groupe professionnel, généralement stable et bien élaboré dans la mesure où les effectifs changent peu dans le temps. Il sera surtout affecté par les changements de contexte et l'organisation du travail.

Nous avons identifié des collectifs pour les deux corps d'emploi au CLSC 2 et au CLSC 4 et un collectif pour les auxiliaires au CLSC 3. Dans certaines situations, là où les conditions le permettent, nous avons identifié des collectifs intégrant des membres de groupes professionnels différents. La plupart du temps, c'est autour de l'équipe multidisciplinaire (SAD ou palliatif) que le collectif se construit et se maintient. C'est le cas dans un des programmes du CLSC 4, d'un secteur du CLSC 2, du programme SAD du CLSC 3 et des équipes de soins palliatifs des CLSC 1 et 2. Finalement, un type particulier de collectif a été observé chez les infirmières du programme ambulatoire au CLSC 3 que l'on peut qualifier de collectif de défense, c'est-à-dire construit principalement autour de la nécessité pour les individus de se regrouper pour faire face à un contexte de travail qui s'avère trop lourd sur le plan individuel.

³⁰ Pour plus d'information sur les différents collectifs, voir les sections se rapportant à ce thème dans les rapports terrain.

7.7.2 Relations entre les collectifs de travail et la SST des personnels.

L'analyse de ces différents collectifs de travail a permis de décrire et de comprendre certaines relations entre santé et sécurité du travail et le collectif lesquelles se font sentir à plusieurs niveaux, notamment celui de la circulation de l'information, des trucs de métiers et des stratégies de travail. Or cette circulation favorise le développement de conditions de travail plus sécuritaires.

- 1) La circulation de l'information : lors d'activités collectives ou d'échanges inter-individuels, les membres de l'équipe transmettent des informations qui vont permettre d'exécuter le travail de façon plus sécuritaire tant pour la travailleuse que pour l'utilisateur. Par exemple, le dépistage de signes de faiblesse physique ou d'agressivité potentielle chez un usager, que deux auxiliaires vont s'échanger lors d'une discussion de cas, permettra une préparation plus adéquate de l'auxiliaire pour affronter cette situation et adopter des stratégies d'approche pertinentes. Comme nous l'avons vu (section 4.6), certains accidents chez les auxiliaires sont liés directement ou indirectement à une variation dans l'état de l'utilisateur restée inconnue de l'auxiliaire.
- 2) Partage des stratégies protectrices et des acquis de l'expérience : le recours à des techniques particulières de nursing sont fréquentes chez les infirmières et certaines recourent à des « trucs maisons », par exemple issus de la couture pour faire un pansement au talon qui soit résistant. L'infirmière qui partageait cette stratégie avec ses collègues des soins palliatifs expliquait l'importance de transmettre ce genre de truc pour réduire la durée et la fréquence des interventions. Or une règle de partage favorise l'échange de ce genre de stratégies. Et celles-ci réduisent l'anxiété chez les novices qui doivent effectuer des soins parfois complexes.
- 3) L'appui et le soutien : à de multiples reprises, nous avons constaté comment la présence d'un collectif contribue à l'entraide lors de difficultés. Par exemple, une infirmière novice, ayant la charge de la garde téléphonique de fin de semaine, s'est vu offrir par une collègue plus expérimentée de faire un de ses soins pour lui permettre de « *moins courir pour le reste de l'avant-midi* ». Cette entraide permet entre autres de dégager l'infirmière novice d'une charge trop lourde, de lui donner une marge de manœuvre lorsqu'un soin additionnel survient et d'offrir un soutien implicite pouvant la soulager d'une pression anxiogène. C'est aussi une façon, pour les plus expérimentées, de réduire la pression sur les novices et donc de mettre en place des conditions propices à la rétention d'une main-d'œuvre difficile à recruter et à retenir. Ainsi, lors d'une réunion, une infirmière expérimentée expliquait à une nouvelle collègue que si elle rencontrait des difficultés : « *d'une part, c'est normal ; ça prend du temps pour s'y faire, et d'autre part vient nous voir si tu as des problèmes, on est là pour t'aider* ». Voilà un exemple d'une dynamique intergénérationnelle positive favorisée par la présence d'un collectif de travail.
- 4) La capacité du collectif de compenser certains dysfonctionnements dans l'organisation du travail : étant donné qu'il n'est pas possible pour l'organisation de tout prévoir, il arrive que des dysfonctionnements surgissent en cours d'activité. La présence d'un collectif permet d'en réduire les effets négatifs. Le fait, par exemple, que les infirmières prennent elles-mêmes directement en charge les horaires en période de congé (Noël) permet d'éviter les pertes de temps inutiles et de réduire l'anxiété vécue par les plus jeunes. C'est aussi un moyen de

répartir la charge de travail sur des bases pratiques (disponibilités réelles) et non seulement théoriques (ancienneté et convention collective).

7.7.3 Obstacles à la constitution d'un collectif de travail.

Par ailleurs, dans certains milieux, il n'y a pas de collectif. C'est notamment le cas au CLSC 1, à la fois chez les infirmières et les auxiliaires. Deux groupes d'auxiliaires se sont formés au sein de la même équipe. L'analyse a montré que ces groupes s'opposent sur six dimensions : l'âge (deux générations distinctes), l'expérience de métier, l'ancienneté, la formation, le statut d'emploi et l'ancienneté sur la liste de rappel. Ces nombreuses différences deviennent autant de sources de clivage qui nuisent à la présence du collectif de travail. Par exemple, les auxiliaires qui ont reçu une formation professionnelle (école spécialisée dans le domaine) et qui acceptent des situations et des clientèles plus lourdes car elles s'estiment préparées à y faire face, se disent mises de côté par celles qui ont appris le métier par la pratique. Ces dernières, souvent les plus anciennes, sentent leur place menacée par l'attitude de leurs collègues. Les auxiliaires à statut précaire tendent aussi à accepter des situations plus problématiques, car elles désirent avant tout travailler, ce qui met les auxiliaires régulières dans une position de retrait et de méfiance à leur égard.

L'analyse de la dynamique observée dans les SAD a permis de mettre en lumière un ensemble de facteurs qui favorisent les collectifs de travail :

- 1) la présence de temps et d'espaces communs favorisant les échanges : l'analyse a montré que le collectif s'exprime davantage lors de périodes de travail moins lourdes. Dans ces moments, les travailleuses ont plus tendance à s'offrir du soutien et de l'aide. La présence de réunions et d'équipes multidisciplinaires a un effet direct et significatif sur le dynamisme et la cohésion des collectifs de travail ;
- 2) la marge de manœuvre et d'autonomie dans l'organisation du travail de l'équipe : le fait de pouvoir organiser son horaire et réaménager les routes en fonction des contraintes particulières du moment sont des exemples de souplesse dans l'organisation qui permettent aux membres de l'équipe de réduire la charge importante de travail. Par exemple, en permettant de balancer entre elles les charges de cas ;
- 3) le traitement équitable des travailleurs à statut permanent et partiel ou occasionnel : toute pratique de gestion qui a un effet différentiel entre les membres d'une même équipe risque d'engendrer des conflits qui nuiront au développement et au maintien du collectif. Par exemple, le fait d'exclure des occasionnels aux réunions ou de leur payer uniquement le temps direct d'intervention ont été décrits, dans les cas analysés, comme des facteurs de division entre les membres de l'équipe.

En conclusion, l'organisation du travail doit mettre en place les conditions nécessaires favorisant le développement des règles de métier et le maintien d'un bon climat de travail. Dès lors, le collectif de travail contribue au développement et au maintien des stratégies protectrices et d'un milieu sécuritaire de travail.

7.8 La reconnaissance

La reconnaissance de son travail et les sources de valorisation sont identifiées comme des facteurs contribuant à la santé psychologique au travail dans plusieurs enquêtes réalisées sur cette problématique. Les résultats issus de cette étude viennent appuyer ces conclusions tout en permettant d'y apporter certaines nuances (rendues possibles grâce à l'approche par études de cas). Nous choisissons ici de présenter les résultats touchant plus spécifiquement les auxiliaires. Dans un contexte où celles-ci n'appartiennent pas à un groupe professionnel au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'enjeu de la reconnaissance des multiples dimensions de leur travail, et du professionnalisme qu'elles exercent en relation avec les clientèles, occupe une place importante au sein des services de soutien à domicile.

Les quatre CLSC abordent cette question de façon différente (cf. chapitre 9). Les différentes formes de reconnaissance se jouent, d'une part, au travers des interactions professionnelles entre les auxiliaires, les autres professionnelles et l'encadrement, et d'autre part, par la présence de structures reconnaissant l'apport spécifique des auxiliaires. L'existence de telles structures dans le fonctionnement des SAD est identifié ici comme une des preuves de l'engagement de la direction face à cet enjeu.

Parmi les CLSC à l'étude, le CLSC 4 est celui qui aborde la question de la reconnaissance des auxiliaires tant par la mise en place de structures particulières que par l'affirmation de l'importance de la qualité des interactions entre les auxiliaires et les autres professionnels.. Ainsi, plusieurs structures mises en place dans ce CLSC témoignent d'une reconnaissance du travail des AFS. Par contre, les relations interprofessionnelles au sein de certaines équipes du SAD laissent entrevoir, malgré tout, une certaine fragilité à ce niveau.

Seul ce CLSC a mis en place un conseil des auxiliaires marquant ainsi l'importance pour ces dernières d'un lieu de discussion et de débat sur la réalité de leur métier et le rôle qu'elles ont à jouer dans le contexte de déréglementation de certains actes. De plus, l'encadrement insiste sur l'importance de la qualification des AFS pour pouvoir répondre à des demandes de plus en plus complexes. Les mises à jour PDSB, la formation permettant au AFS de faire des estimations de salles de bain, la participation au colloque régional des aides techniques ne sont que quelques exemples de ce soutien. Finalement, la mise en place de discussions de cas en équipe multi, en présence des auxiliaires, est aussi considérée comme un lieu de reconnaissance et d'apprentissage qu'elles apprécient grandement. Les auxiliaires de ce CLSC reconnaissent que les chefs d'équipe et la chef de programme mettent en valeur leur travail et apprécient leurs apports. Notons que parmi les quatre CLSC étudiés, ce CLSC est le seul où aucune auxiliaire ne cote élevé sur l'échelle d'épuisement professionnel et où un plus faible pourcentage qu'ailleurs rapporte « *ne pas s'accomplir dans leur travail* » (section 9.3.2, chapitre 9).

Mais l'existence de telles structures ne garantit pas un soutien et une reconnaissance des difficultés des auxiliaires par les autres intervenants, particulièrement dans des périodes de forte demande. Ainsi, malgré un engagement clair de l'encadrement à ce niveau, les auxiliaires ne se sentent pas toujours reconnues à leur juste valeur par certains intervenants. Elles sentent que les exigences de dépistage et les attentes augmentent de la part des intervenants mais elles n'ont pas toujours l'impression d'être suffisamment soutenues par eux. Elles disent se sentir parfois inadéquate et même dépassées dans leur travail.

Cet équilibre a, par exemple, été fragilisé dans l'équipe précoce, au CLSC 4, lorsque les demandes de soutien des auxiliaires à propos d'une cliente en difficulté n'ont pas été rapidement prises en charge par l'intervenante-pivot, elle-même peu expérimentée au sein de l'équipe. Mais une fois le cas ramené en équipe multi, la prise en charge collective a agi comme un soutien fort apprécié par les auxiliaires. Ces dernières reconnaissent que les professionnels s'impliquent réellement à leur niveau mais elles ont l'impression que l'interdisciplinarité n'est pas toujours intégrée et qu'elles doivent parfois faire des pressions en ce sens.

Les débats entourant la loi 90, visant à déterminer les activités de dérogation à être confiées aux auxiliaires viennent, en quelques sorte, fragiliser l'équilibre, même dans un CLSC d'ores et déjà préoccupé par les enjeux de reconnaissance. Les auxiliaires du CLSC 4 acceptent en effet difficilement de se faire taxer de « non-professionnelles » lors des réunions de travail. Mais le cadre juridique de ces débats fait en sorte que le terme « professionnels » est réservé aux seuls intervenants possédant un titre d'emploi régi par un ordre professionnel. Or les auxiliaires considèrent qu'elles exercent, elles aussi, un professionnalisme et participent à la qualité de service. Se faire nommer ainsi traduit donc, selon elles, une non reconnaissance court-circuitant les gains obtenus au cours des dernières années.

Dans le même ordre d'idée, les débats autour du terme « évaluation » exclusivement réservé aux professionnels sont ressentis par les AFS comme une source de dévalorisation. Elles disent éprouver des difficultés avec certaines ergothérapeutes à ce propos. Sans que cela soit dit ouvertement, nous percevons que les débats se rapportent souvent à la compatibilité des équipements d'aide aux transferts et aux soins nécessaires à la sécurité des AFS avec les objectifs de maintien de l'autonomie de la clientèle ainsi qu'au partage des rôles.

Ainsi, au-delà des structures formelles participant à la reconnaissance du travail des AFS, la qualité des rapports inter-professionnels, les échanges sur le « professionnalisme », les différences de point de vue entre collègues peuvent avoir un effet non négligeable sur la valorisation et la reconnaissance que l'on perçoit, et par conséquent influencer la santé

7.9 Outils de gestion informatisés

L'introduction de nouveaux outils de gestion fait partie des changements organisationnels dont l'impact peut se faire ressentir sur les stratégies protectrices des travailleuses. Nous avons observé deux processus de ce type : l'informatisation des prélèvements en vue des analyses de laboratoire pour les infirmières du CLSC 2 et l'informatisation de la gestion de leurs routes et de leurs horaires pour les AFS des CLSC 1 et 2. Les sections qui suivent exposent ces deux problématiques et leurs effets sur la santé-sécurité des personnels concernés ainsi que sur la qualité des services rendus aux clientèles des SAD.

7.9.1 L'informatisation des prélèvements pour les analyses de laboratoire : impacts sur le travail des infirmières

Rappelons d'abord que le travail des infirmières est marqué par une contrainte temporelle majeure et par la présence de plus en plus grande des cas post-opératoires et post-hospitalisations imposant des délais de réponse rapides et une fréquence d'intervention élevée. C'est notamment

le cas au CLSC 2 qui n'a pas divisé le programme SAD en deux sous-programmes basés sur le type de clientèle ou d'intervention comme c'est souvent le cas ailleurs. Il revient donc aux infirmières, dans une large mesure, de faire une place dans leur planification des visites à cette clientèle difficilement prévisible.

Pour faire face à cette situation, la plupart ont développé comme stratégie le report des prélèvements non-urgents (délais de 14 à 21 jours) comme tampon leur permettant de s'octroyer une marge de manœuvre essentielle au meilleur déroulement des visites. Dans les faits, elles vont inscrire à leurs horaires un ou deux prélèvements par jour qui pourront être déplacés au besoin à un autre jour, ou une autre semaine, si des demandes urgentes sont ajoutées à brève échéance ou si des imprévus se produisent au cours de la journée. Lorsque le prélèvement approche de son échéance et qu'il n'a pas été réalisé, il devient prioritaire et non transférable. Cette façon de fonctionner permet de réduire les problèmes liés à la préparation des horaires à moyen et long terme et aussi de réduire la charge mentale qu'elles disent ressentir lorsqu'elles n'ont plus de marge de manœuvre. Finalement cette stratégie permet aux infirmières régulières de réduire le recours à du personnel occasionnel en répartissant leur charge de travail sur plusieurs jours.

L'informatisation des prélèvements se veut une façon plus rapide et plus efficace de préparer l'identification des tubes de prélèvement qui est actuellement assumée par les infirmières. Dans les faits, la demande a été initiée par un partenaire. Elle a été présentée par les gestionnaires aux infirmières comme un moyen pour faciliter leur travail. Mais en réalité, ce nouvel outil a été introduit à la demande du laboratoire d'analyse qui souhaitait une standardisation des tubes. Techniquement, une secrétaire, qui dispose des informations sur le client et sur le prélèvement à réaliser, prépare les étiquettes à l'aide d'un ordinateur. L'étiquette indique la date à laquelle le prélèvement sera fait. Les infirmières doivent faire parvenir la demande 3 jours à l'avance pour la production des étiquettes. Or cette nouvelle obligation vient court-circuiter la stratégie qu'elles ont développé en réduisant le délai de réponse à trois jours. Si, en théorie, elles peuvent toujours décider de ne pas exécuter le prélèvement à la date prévue, elles se voient alors dans l'obligation de refaire une demande ou de refaire elles-mêmes les étiquettes, ce qui est souvent problématique comme l'a montrée l'enquête de terrain.

Lors d'une réunion où cette nouvelle pratique fut présentée, les infirmières ont immédiatement soulevé l'impact sur leur marge de manœuvre de même que les difficultés additionnelles qu'elles prévoient rencontrer dans la planification de leurs horaires. Elles ont rapidement évalué que les gains en termes d'économie de temps seront amoindris, voire réduits à zéro, si elles doivent faire appel à du personnel occasionnel pour effectuer les soins qu'elles auraient normalement accomplis en déplaçant un prélèvement non-urgent.

7.9.2 Le logiciel de gestion des horaires des AFS

Au moment où se déroulait la collecte des données de terrain dans les CLSC 1 et 2, ces deux établissements venaient d'introduire un nouveau logiciel de conception et de gestion des horaires et des routes des AFS. Cette circonstance donnait à l'équipe de recherche l'occasion de poser un diagnostic sur les effets de la gestion des horaires et de l'utilisation du logiciel sur les stratégies préventives développées par les travailleuses, et en particulier celles reliées à la gestion de leur temps de travail.

De plus en plus souvent au Québec, ce logiciel fait partie de la panoplie des outils de gestion courants des CLSC et agences de personnels de soins à domicile. Dans le domaine de la recherche sur les horaires de travail, il existe tout un volet consacré à la conception d'horaires assistée par ordinateur. Ces études concernent surtout le travail en horaires de nuit ou rotatifs; elles ont pour principe de base la participation des travailleurs concernés et elles s'appuient sur des critères physiologiques et ergonomiques pour faire les horaires (Gissel, Knauth, 1998; Nachreiner et coll., 1993). Cependant, les logiciels implantés dans les CLSC ne procèdent pas de cette approche. En effet, les «ancêtres» du modèle de logiciel de gestion des horaires utilisé actuellement dans les services de soins à domicile, tant privés que publics, servaient à l'origine – et servent encore - à planifier les routes, les inventaires, les horaires, la paie et les clientèles des vendeurs à domicile. Cette origine mercantile transparait encore dans l'architecture du logiciel actuel, comme en témoigne sa publicité : «Le logiciel contient une base de données gérant, entre autres, les préposés (employés), les bénéficiaires (clients), les rôles-actions, les horaires, les contre-indications, les plaintes et les facturations. Il produit également une multitude de statistiques et de rapports.»³¹.

L'étude approfondie des horaires de travail des AFS et de l'implantation du logiciel a fait l'objet d'un rapport d'intervention, remis au CLSC 1 en septembre 2003 et annexé à ce rapport (voir Annexe E) . On y étudiait les thèmes suivants :

- l'historique de l'implantation du logiciel et les obstacles au respect du calendrier prévu,
- les objectifs qui avaient présidé à son acquisition,
- la formation des cadres et des AFS à l'utilisation de cet outil,
- l'ergonomie du logiciel et le travail des chefs d'équipes responsables des horaires,
- les perceptions des AFS avant, pendant et après l'implantation,
- les avantages et inconvénients du logiciel,
- son utilisation en tant qu'outil de transmission et de mise à jour de l'information sur les patients.

Dans ce rapport-ci, seuls les trois derniers thèmes sont abordés, étant donné leur relation plus immédiate avec nos principaux niveaux d'analyse que sont l'organisation du travail, les stratégies préventives et la santé-sécurité.

Perceptions des AFS avant, pendant et après l'implantation du logiciel

En réunions d'équipes AFS au CLSC 1, des discussions intéressantes se sont faites autour du logiciel et de l'importance de la variabilité du travail réel. Les travailleuses ont présenté de multiples exemples de situations où le calcul de temps moyens ne conviendrait pas. Les nombreux impondérables d'une journée rendent impossible la constitution de moyennes : il y a des imprévus et des changements tous les jours; de plus, tout le monde ne travaille pas au même rythme et les AFS sont diversement expérimentées. Les normes trop théoriques prônées par la gestionnaire responsable de l'implantation du logiciel sont pour elles des sources d'inconfort.

³¹ Groupe Qualicode, 2003.

Elles indiquent que la variabilité parfois importante de leur travail risque de ne pas être suffisamment prise en compte.

La réticence principale des AFS à l'égard du logiciel, celle qui alimente leur méfiance, c'est qu'elles l'associent à une augmentation considérable de la charge quotidienne («case load»), parce que les échos qui leur parviennent des autres CLSC vont tous dans ce sens. À la fin de la période d'observations, les craintes des AFS en ce qui concerne l'utilisation du logiciel comme outil de contrôle et comme justification à un ajout de clients supplémentaires dans leur journée restaient présentes. Ces inquiétudes sont fondées, puisque le logiciel permet réellement ce contrôle et que dans d'autres CLSC où il a été implanté, il accompagnait la rationalisation de la gestion des routes et des clientèles, ce qui a eu pour effet d'augmenter la charge de travail du personnel régulier (ex : l'estimation du temps prévu pour les déplacements était si serrée qu'elle forçait les AFS à «rouler à 120 km à l'heure sur la voie de service du Bd. L...») et de diminuer le nombre d'heures travaillées (et donc le salaire) des AFS occasionnelles.

Durant les quelques semaines où toutes les auxiliaires régulières ont fonctionné sur une base expérimentale, avec des horaires produits par le logiciel, elles ont rapporté des commentaires très positifs à la chef d'équipe : «...*Pis, elles aiment beaucoup ça! Ah, oui! Parce qu'elles ont dit : on trouve ça l'fun, on a tout sur une page, on n'a plus besoin d'inscrire les adresses et les numéros de téléphone...*». Selon elle, les auxiliaires se disaient enchantées : «*on a tout sur la même feuille, on n'a plus besoin de chercher dans le cahier, si elles veulent mettre ça (l'horaire linéaire) dans leur poche, c'est sûr que ça prend pas de place; et même si elles veulent juste savoir ce qu'elles ont dans la journée, elles prennent cette feuille-là (la grille hebdomadaire sommaire)...*». De plus, les tableaux produits par le logiciel permettent de ventiler les données selon le «profil-client»; les AFS peuvent donc voir directement qui est l'auxiliaire principale et qui sont les professionnelles responsables de leurs cas; cette perspective leur plaît. Pour certaines, l'instauration d'équipes soignantes par territoire, avec l'aide du logiciel, est une perspective intéressante.

Au CLSC 2, même si l'ajout d'un septième soin par jour est perçu comme une surcharge par plusieurs auxiliaires, elles semblent, davantage que leurs collègues du CLSC 1, faire la distinction entre la directive de réduction des coûts et le logiciel en soi comme «cause» réelle de cette surcharge. Par ailleurs, après presque un an d'utilisation des horaires sur papier produits par le logiciel, elles apprécient sa fonction d'outil d'échange d'information entre collègues sur les usagers et sur les soins. Toutefois, leurs commentaires en réunion d'équipe et réunion multi signalent des retards dans la mise à jour des profils-clients de la base de données du logiciel.

Avantages et inconvénients du logiciel

Au début de l'étude, les gestionnaires du CLSC 1 avaient été interviewés sur les bénéfices escomptés par l'introduction du logiciel. En comparant avec ce qui s'est réellement passé, pendant et après l'introduction du même logiciel dans le second établissement, on a pu voir que plusieurs objectifs ont des chances d'être atteints alors que d'autres ont peu de chances d'être atteints ou sont irréalistes, et que d'autres enfin dépendent d'aménagements organisationnels ou de conditions différentes d'utilisation de l'outil.

Parmi les avantages majeurs du logiciel, relevons surtout qu'il facilite beaucoup le travail de «débroussaillage» des auxiliaires qui produisent et gèrent les horaires, car il permet de traiter rapidement et de manière fiable une masse importante d'information. Vu du point de vue des gestionnaires de SAD, dans le cadre d'une gestion resserrée des coûts, le logiciel remplit le but plus ou moins explicite pour lequel ils l'ont introduit : augmenter l'offre de service par unité de temps, faire un meilleur suivi des horaires des AFS, réduire les coûts des déplacements (à condition d'être jumelé à un découpage sectoriel), utiliser au maximum le temps du personnel régulier en recourant le moins possible aux travailleuses occasionnelles, au temps supplémentaire et aux travailleuses d'agence de placement. De ce point de vue, le logiciel de gestion des horaires n'est pas, comme le craignent les auxiliaires, la cause en soi de l'intensification de leur travail, mais il risque d'y contribuer si telle est la volonté des gestionnaires, puisqu'il permet, par exemple, de gérer plus facilement le passage à six, sept ou huit clients par jour.

Parmi les attentes des gestionnaires qui risquent d'être déçues, l'argument du concepteur-vendeur qui consistait à promettre une meilleure stabilisation des routes et des clientèles est inopérant dans le contexte réel de resserrement des coûts mentionnés plus haut. Cependant, ce problème n'a rien à voir avec le logiciel lui-même mais avec la logique d'utilisation qui prévaut actuellement dans le secteur et qui consiste à remplir au maximum les cases horaires du personnel régulier lors des remplacements d'absence. En effet, les clientèles des travailleuses absentes sont plus dispersées qu'auparavant entre les remplaçantes. Un même client peut ainsi voir dix auxiliaires différentes au cours du même mois. Cette utilisation du logiciel dans un objectif d'accroissement de la productivité annule la possibilité réelle qu'il offre de stabiliser le personnel pour un même client, et réciproquement. Du coup, en plus de générer l'insatisfaction de la clientèle, cela annule aussi le suivi que cette stabilité permettrait et réduit également les stratégies préventives que favorise une bonne connaissance du cas, comme on l'a vu à la section 7.4.

En dépit de sa grande utilité, le logiciel ne peut tenir toutes les promesses annoncées, à cause de ses limites, de l'inertie dans la mise à jour des données sur les plans de service, de son incapacité à intégrer les particularités de chaque CLSC en matière d'horaires (ex : statuts et horaires des AFS, listes d'ancienneté, découpage en territoires, temps supplémentaire, travail de fin de semaine, clauses de la convention collective, etc.), et à cause du rationnel de productivité qui sous-tend l'argument de vente du fabricant et son utilisation.

Le logiciel comme outil de transmission et de mise à jour de l'information sur les usagers

Les observations des journées de travail des chefs d'équipes responsables des horaires et l'observation de celles des AFS ont montré l'importance du rôle des chefs d'équipes dans la transmission des informations sur les usagers, en particulier pour les nouveaux usagers. C'est pourquoi l'allègement de leur tâche de conception des horaires à l'aide du logiciel devrait leur permettre, du moins en théorie, de se consacrer encore davantage à la transmission de l'information sur les usagers.

Les AFS et les responsables des horaires du CLSC 2 confirment l'utilité de l'horaire et du logiciel comme outils de transmission de l'information, en particulier pour le suivi des soins et l'évolution du plan de service. Les nouvelles informations recueillies par les auxiliaires sont

saisies dans la base de données. Ainsi, beaucoup d'informations, bien mises à jour, circulent sous la forme de commentaires inscrits sur l'horaire. En voici quelques exemples : «*Attention à l'équilibre*», «*madame a maintenant ses équipements*», «*n'entend pas de l'oreille droite*», «*vision réduite*», «*chaise de transfert : le dossier doit être bien clippé*», «*superviser la peau sous les seins*», «*monsieur peut se mettre debout pour l'hygiène basse*», «*attention, bien protéger le pansement (voir profil)*», «*au lavabo si aides techniques non en place*», «*à surveiller : tendance à cacher les protections souillées sous le coussin du fauteuil rose dans la chambre*».

Vus sous l'angle de la transmission des informations sur les clients, le logiciel et le format d'horaire qu'il produit (horaire dit «linéaire») sont à la fois insuffisants et indispensables. Ils ne peuvent pas toujours remplacer le contact humain entre professionnels s'occupant d'un même client, mais ils sont de première nécessité pour les auxiliaires qui n'ont pas toujours le temps de consulter le plan de service, notamment le personnel occasionnel qui vient moins souvent au CLSC. Ils favorisent aussi le partage d'information identique sur les clients entre collègues AFS, ce qui augmente la qualité des soins. Leur utilité comme outils de transmission dépend toutefois de la rapidité et de la constance des mises à jour après un changement dans le plan de service ou dans l'état du client.

7.10 Synthèse

Le présent chapitre a illustré, à l'aide d'exemples concrets, le rôle significatif joué par plusieurs déterminants organisationnels dans le développement et l'utilisation de stratégies protectrices de travail par les auxiliaires familiales et sociales et les infirmières. Tout d'abord, l'analyse approfondie des horaires de travail des auxiliaires a montré, notamment, que l'intensification du travail a des conséquences à la fois sur la SST des auxiliaires et sur la qualité des services offerts par le SAD. Elle a aussi révélé le développement, par les auxiliaires expérimentées, de stratégies de réorganisation afin de contrer ces effets.

Par la suite, l'analyse de l'activité de travail par le biais du statut d'emploi a montré les effets négatifs de la précarité d'emploi sur la SST des auxiliaires et des infirmières des SAD. Ces dernières ont moins l'opportunité de développer et d'utiliser des stratégies protectrices et conséquemment, elles sont plus exposées aux risques.

Par ailleurs, l'analyse comparative de la charge de travail a révélé, dans un premier temps, que les auxiliaires ayant une charge élevée réduisent le temps consacré au soin afin de réguler leur charge quotidienne de travail et de s'aménager des marges de manœuvre. Dans un deuxième temps, elles effectuent des activités de façon concomitante afin de maintenir l'atteinte des objectifs principaux de leur travail : le soin d'hygiène proprement dit et l'activité de suivi de la personne (dépistage, soutien). À la charge temporelle plus élevée s'ajoute donc une intensification des activités lors de la visite ce qui a des effets négatifs sur la SST des auxiliaires. De même, l'analyse du travail des infirmières a révélé que leur charge de travail était sous-estimée par les données officielles et ce, de façon très importante. Elle a aussi montré l'importance des activités de gestion réalisées au CLSC mais non reconnue par les gestionnaires comme des activités structurant la continuité et la qualité des soins.

De plus, la présente analyse a fait apparaître l'importance de la stabilité des clientèles tant au niveau de l'efficacité (soins moins longs), de la SST des personnels que de la qualité et la

satisfaction des clientèles. Des exemples concrets ont ainsi montré les effets positifs de la connaissance du cas sur le recours à des stratégies protectrices des personnels.

L'analyse des réunions multidisciplinaires et de discussions de cas a montré clairement les effets positifs de ces dernières, tant du point de vue de la diffusion d'information pertinente pour l'exécution des soins aux autres intervenants, que du dépistage de situation problématique ou à risque à domicile, tant pour l'utilisateur que pour le personnel soignant. Le travail en interdisciplinarité facilite la prise en charge et l'application de solutions lors de situations problématiques ou complexes, par la concertation qui en découle ainsi que par le partage des difficultés ressenties. Les réunions multidisciplinaires, en plus d'être un lieu d'échange, offrent aussi du soutien par les pairs en renforçant ainsi le collectif de travail. La présence de ces derniers a aussi été identifiée dans les milieux de travail comme jouant un rôle de protection majeur de la SST des personnels ciblés.

La présence ou non de politiques d'aménagement des lieux de travail et de formation joue aussi un rôle dans l'utilisation de stratégies de protection alors que les mécanismes de valorisation du travail des auxiliaires ont un effet bénéfique sur leur SST.

Finalement, l'introduction d'outils informatiques visant à faciliter l'exécution du travail limite parfois le recours à des stratégies de régulation de la charge de travail qui jouaient auparavant un rôle protecteur, en plus d'entraîner, en bout de ligne, son augmentation.

8. LES MÉCANISMES DE RÉGULATION DE LA DEMANDE ET DE L'OFFRE DE SOINS ET SERVICES ET LEURS ENJEUX ORGANISATIONNELS

La réalité de l'offre de services des SAD est déterminée par les choix politiques du gouvernement (élimination rapide du déficit, équilibre budgétaire, dépenses à d'autres postes dans le réseau de la santé). Ceux-ci se traduisent par un sous-financement chronique des CLSC et des services de SAD par le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) alors que leurs responsabilités et leurs tâches augmentent. La pénurie d'infirmières, en partie liée à ces facteurs, a aussi ses conséquences propres sur l'offre de soins. Un écart considérable existe donc entre les dispositions de principe de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS) et les critères d'admissibilité pour obtenir des soins et services de SAD, d'une part, et cette réalité d'autre part. Les services de SAD des CLSC doivent s'ajuster à ces contraintes budgétaires sans pouvoir se permettre d'avoir des listes d'attente ni faire de déficit alors qu'ils ne disposent pas d'autres sources de financement.

Afin de respecter ces exigences, ils n'ont donc guère d'autres choix que de recourir, simultanément ou non, à trois types de stratégies de régulation de la demande et de l'offre de soins et services. Ils peuvent soit comprimer la demande pour l'ajuster au volume de soins et services disponibles, soit réduire le volume de soins et services ou encore réduire le coût de ces services à l'unité pour offrir un plus gros volume de services. Cependant, en amont des décisions prises à l'échelle des services de SAD, existent déjà des orientations, des politiques et des pratiques ministérielles et régionales ainsi que des outils de gestion qui visent les mêmes objectifs.

Ces modalités de régulation, appliquées plus ou moins vigoureusement ou choisies par les gestionnaires des CLSC et/ou des services de SAD, ont des conséquences très importantes sur de nombreuses caractéristiques organisationnelles qui distinguent, dans la présente étude, les services de SAD les uns des autres. Ces caractéristiques, constituant des facteurs qui affectent de manière importante la possibilité que se développent des stratégies de protection à l'égard des risques, affectent à leur tour la SST, comme on vient de le voir au chapitre précédent.

Dans ce chapitre, cinq exemples détaillés permettront de mettre en relief le rôle majeur que jouent la mise en œuvre de ces stratégies de régulation. Ils permettront de mettre au jour comment la cohérence (ou l'incohérence) entre les objectifs poursuivis rationnellement et les moyens organisationnels retenus peuvent amplifier ou, au contraire, annuler certains effets recherchés.

Ces exemples porteront d'une part sur la régulation de la demande de soins et services de la part d'usagers actuels ou potentiels. Quant à la régulation de l'offre de soins et services, les exemples auront trait à la régulation des ressources humaines, à la régulation de l'organisation du travail par la division du travail entre sous-équipes spécialisées ainsi qu'à la régulation de modalités de transmission de l'information par les discussions de cas ainsi qu'à certaines modalités d'implantation de changements organisationnels.

8.1 La régulation de la demande de soins et services de la part d'usagers actuels ou potentiels

8.1.1 Les critères formels et normatifs d'admissibilité

L'objectif global de la régulation de la demande est de réduire la pression sur le service de SAD et ses salariées en limitant le volume des demandes légitimées à celui que permet le budget dont dispose le service. Il est possible de réduire cette demande notamment en haussant les critères d'acceptation des personnes en attente de service de la part du SAD ou des usagers du SAD en attente de services particuliers.

Afin d'être admissible au service de SAD de son CLSC, outre le fait d'habiter le territoire de manière autonome, il faut être temporairement incapable de se déplacer de son domicile pour recevoir les soins requis dans les établissements de santé ou être en perte d'autonomie. Le MSSS et l'Association des CLSC-CHSLD (ACC) ont précisé des critères normatifs d'admissibilité qui servent également à établir le volume de soins requis en fonction du degré d'autonomie des usagers admis. On les retrouve dans différents documents car l'usage des grilles d'évaluation de la clientèle est maintenant généralisé. Le résultat de leur application est un score chiffré qui correspond à un degré d'intensité de soins et services requis. Le SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) en concrétise les critères³². Il fait partie de « l'outil multi-clientèle » qui constitue actuellement la grille la plus utilisée au Québec

Par ailleurs, le document de 1998 de l'Association des CLSC/CHSLD (ACC)³³ constitue une interprétation des orientations du Ministère, telles que formulées dans son document de 1994³⁴. Compte tenu des changements qui ont motivé la rédaction de ce document, il apparaît simultanément comme une révision de l'offre de services à cause de la possibilité de confier aux entreprises d'économie familiale ou à des personnes rémunérées par l'allocation directe (le chèque emploi-service) certains services auparavant fournis par le personnel du CLSC³⁵. On retrouve dans ce document, repris dans des documents d'institutions de la santé régionales et locales, une classification des usagers selon cinq profils d'incapacité, dont l'objectif est de définir de manière normative quelle est la source principale de dispensation des soins et services requis pour l'aide et l'assistance à domicile (ce qui recouvre en gros les services fournis par les auxiliaires). Cette opération permet de réduire la demande puisque le droit à certains services est *de facto* réduit (par rapport à ce qui se faisait auparavant). Par exemple, une auxiliaire est requise

³² Le *Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle* (SMAF) a été mis au point par Réjean Hébert et son équipe (copyright R. Hébert 1984, révisé 1993). Voir : Hébert, R. et coll. (2001). *The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): A Clinical-Based Instrument for Measuring Disabilities and Handicaps in Older People*. *Geriatric Today : Journal of the Canadian Geriatrics Association*, September, 141-147. Il fait partie de « l'outil multi-clientèle » qui constitue actuellement la grille la plus utilisée au Québec

³³ Association des CHSLD et des CLSC (1998). *Les changements dans le secteur de l'aide à domicile*, 33 pages + annexes.

³⁴ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. *Les services à domicile de première ligne. Cadre de référence*. Québec: 1994.

³⁵ Dans leur introduction, les auteurs affirment que ce document a été rédigé dans le but d'informer les représentants régionaux des services de SAD des changements récents affectant les services d'aide, d'assistance et de répit-gardiennage à cause des nouvelles orientations ministérielles concernant l'allocation directe et le chèque emploi-service, ainsi que le développement des entreprises d'économie sociale.

pour les soins personnels aux usagers des « profils 1 et 2 (plus lourds); mais une personne embauchée à l'aide de l'allocation directe est autorisée à les donner à celles et ceux qui ont le « profil 3 », s'il y a une « *capacité d'autogestion à domicile* ». Les usagers correspondant aux « profils 4 et 5 » n'ont maintenant plus droit à ces services.

Le document de l'ACC contient également une grille de priorisation des soins et services « *Priorité d'évaluation - Outil prise de contact* ». Celle-ci définit des situations à risques d'hospitalisation et/ou de détérioration de l'état de santé des usagers auxquelles la grille attribue des points associés à la durée d'attente maximale de réponse jugée adéquate pour une intervention de la part du réseau de la santé. Cette grille fait partie du formulaire utilisé par les services d'accueil, d'évaluation et d'orientation (AEO) qui constituent la porte d'entrée au service de SAD. Les CLSC disposent de beaucoup d'autonomie quant aux modalités retenues dans le but de respecter les normes ministérielles.

8.1.2 L'application des normes par les services de SAD

Au CLSC 1, dont les pratiques de gestion et de SST sont les plus déficientes (voir les sections 9.3 et 9.4) il n'y a pas de politiques institutionnelles explicites au sujet de ces normes. Par contre, plusieurs moyens de réduire la demande sont utilisés en interprétant de façon plus restrictive qu'ailleurs les normes ministérielles, le plus souvent de manière *ad hoc*. Le recours au programme d'allocation directe, par lequel les usagers embauchent directement du personnel à des taux salariaux très inférieurs à ceux des auxiliaires de CLSC, était en progression (voir la section 9.1). Cela se traduisait par une réduction des services d'assistance et d'aide domestique de la part du SAD et par un transfert aux aidants de certaines tâches professionnelles. À la diminution de la demande, s'ajoutait donc la réduction du coût unitaire des services.

Ce service de SAD utilise aussi activement le service d'accueil-évaluation-orientation (AEO) pour réduire la demande. Lors des demandes téléphoniques, l'infirmière à ce poste, vérifie de façon très serrée la capacité des usagers à se déplacer ainsi que la disponibilité des aidants proches et transmet beaucoup d'informations factuelles sur les services hors SAD disponibles (gratuits ou payants). Ne pas disposer d'un moyen de transport privé n'est pas considéré comme un critère d'incapacité à se déplacer, par exemple. Lorsqu'en cours d'année les ressources financières se faisaient plus rares, l'infirmière à l'AEO recevait la consigne de resserrer l'acceptation de demandes et d'informer les personnes qui faisaient des demandes que certains services n'étaient plus disponibles. Au moment de l'enquête, le SAD était en train de réévaluer les dossiers des usagers en fonction de nouvelles grilles de priorisation visant à comprimer davantage la demande.

Au CLSC 2 par contre, dans un contexte de réorganisation, une procédure d'évaluation de l'aide au bain, exécutée par les ergothérapeutes, appelée « trajectoire d'aide au bain », a été implantée afin de réduire les coûts. Lorsqu'elle est complétée, cette évaluation permet de refuser un certain nombre de demandes d'aide pour les soins d'hygiène. Une fois assistées par les équipements requis selon l'évaluation, certaines personnes seront dorénavant considérées autonomes pour réaliser leur soin d'hygiène de façon sécuritaire, selon les critères du SAD. Il ne leur accorde donc pas ou plus ces services (voir la section 7.6.1). Les gestionnaires ont aussi présenté cette politique institutionnelle comme une façon d'assurer un environnement de travail plus sécuritaire

pour les auxiliaires, ce qui peut être le cas pour les usagers qui sont toujours desservis par des auxiliaires de SAD.

Au CLSC 3 les critères d'acceptation des demandes de services à domicile sont assez larges et assez peu contraignants. Le seul critère de base semble être le lieu de résidence (qui doit être à l'intérieur du territoire du CLSC). Les normes définies par le document de l'Association des CLSC/CHSLD sont connues mais n'ont pas été retenues comme critère de base. Le CLSC préfère utiliser ses propres critères qui répondent mieux à son organisation des services pour les usagers à domicile qui relèvent de deux programmes différents : le SAD et les services ambulatoires.

Deux caractéristiques distinguent le SAD du CLSC 4 en ce qui a trait à ses modes organisationnels de régulation de la demande. D'une part, les stratégies de ce CLSC, plus performant tant sur le plan organisationnel que sur celui de la SST, semblent davantage orientées par une recherche d'efficacité organisationnelle (rapport coût/efficacité et qualité) que par une approche de contrôle des coûts. D'autre part, la prise en charge du maintien à domicile à l'échelle régionale avec une approche préventive, par une implication importante des différents établissements et de la Régie régionale ainsi que par la création de plusieurs services et de modalités de continuité des services inédits, a des conséquences organisationnelles importantes.

L'application des critères d'admissibilité par le biais du guichet unique ainsi que l'homogénéisation des critères d'attribution des soins et services par le biais de l'outil multi-clientèles (OMC), constituent deux éléments très importants de la stratégie régionale de régulation à l'égard de la demande de soins et services à domicile³⁶, ce qui fait en sorte que certaines stratégies sont mises en oeuvre en amont du SAD.

Quatre-vingt-quinze pour cent des demandes soumises au SAD du CLSC 4 proviennent des autres établissements de santé qui partagent les normes d'équivalence générées par l'OMC. Le service d'accueil accepte donc toutes ces demandes sans discussion. Le service régional de planification des soins aux personnes assure par ailleurs un suivi téléphonique, à tous les trois mois, de toutes les personnes de 65 ans et plus identifiées par le réseau. La planification régionale vise à ce que les services de santé arrivent à rejoindre 15 % de plus de la population âgée en perte d'autonomie vivant encore à domicile.

Les différents objectifs et activités de ce processus régional de planification concertée, en vue de faciliter le maintien de personnes âgées en perte d'autonomie dans la communauté, prennent donc diverses formes. Les services de SAD des CLSC y ont un rôle clairement identifié et des responsabilités importantes à titre de portes d'entrée dans le réseau par l'intermédiaire du guichet unique. Dans ce cadre, le CLSC bénéficie d'un soutien organisationnel, clinique et administratif, dont on ne trouve pas l'équivalent dans les régions dont relèvent les autres services de SAD à l'étude, ce qui lui impose des contraintes organisationnelles inter-établissements plus serrées.

³⁶ Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Québec-région X (2004). *Un réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie de la région X. Planification opérationnelle.*

8.1.3 Les effets sur la légitimité de la demande

Différentes restrictions à la légitimité de la demande de soins et services à domicile découlent de ces différentes modalités de régulation. D'une part, au niveau des normes nationales ou régionales, ces mécanismes de régulation passent par les filtres des grilles d'évaluation et se présentent comme des critères d'accès aux services et non pas comme des décisions résultant du manque de ressources. Par ce processus de classification des usagers, les droits à des soins sont régulés et habituellement restreints (quantité, délais d'attente). Au niveau des services de SAD, l'application et l'interprétation de ces normes se fait avec une certaine latitude. Selon les établissements, ces normes sont adoptées et appliquées soit par des politiques institutionnelles, par des mécanismes de décision au sujet de chaque usager (par les comités d'allocation des ressources) ou des décisions individuelles. La qualité et le contrôle des prestations fournies sont aussi régulées par ces normes qui définissent la légitimité de la demande. Le droit ou non d'être desservi par le personnel régulier, plutôt que par du personnel occasionnel à l'emploi du SAD ou d'agences ou par du personnel payé par l'allocation directe, découle de certaines normes ministérielles ainsi que de décisions des services de SAD qui relèvent de la division du travail. Ainsi, alors que certains services de SAD desservent tous les usagers couverts par le programme POSILTH en leur versant l'allocation directe et en ne leur accordant qu'exceptionnellement des services d'auxiliaires, d'autres n'y recourent à peu près jamais et seulement à la demande insistante des usagers³⁷.

Les décisions organisationnelles concernant la demande de soins et services affectent également les personnels des SAD. D'une part, en ce qui a trait à la restriction et à la délégitimation de la demande, celles-ci sont considérées par une bonne partie des personnels, comme étant en contradiction avec la mission du service, telle que définie par la Loi, et comme une dévalorisation de la mission du service, donc comme un conflit de valeurs portant notamment sur l'équité. D'autre part, les modalités par lesquelles sont gérés les excès de demande, par rapport aux capacités des services de SAD, affectent beaucoup les conditions et la charge de travail des personnels ainsi que les marges de manœuvre dont ils disposent comme nous l'avons vu à la section 7.3. Ceci peut affecter leur état de santé comme le montreront les sections suivantes.

8.2 La régulation des ressources humaines

La régulation des ressources humaines au sein des SAD vise à répondre le mieux possible à la demande de soins et services, ainsi qu'à ses variations, dans le cadre des limites budgétaires et des consignes ministérielles établies; elle passe souvent par différentes modalités de

³⁷ Deux des quatre CLSC recourent davantage à l'attribution d'une allocation financière directe à certains usagers qui achètent eux-mêmes les services requis (le « chèque emploi-service »), ce qui réduit la demande en personnel et dégage presque totalement le service de la responsabilité de la qualité des soins auprès de ces usagers. Le nombre d'usagers qui reçoivent cette allocation varie de 25 à 150 d'un CLSC à l'autre, et le coût annuel, de 160 000 \$ à 450 000 \$ pour trois des quatre CLSC (données non disponibles pour un des CLSC à l'étude). Il est impossible de comparer les coûts de l'allocation aux usagers et les coûts des mêmes services offerts par le CLSC parce que nous ne disposons pas de l'information concernant les sommes globales, nous ne savons pas comment les usagers dépensent cet argent et de plus, le contexte, qui varie, affecte le sens à donner à ces statistiques (au CLSC 3, par exemple, cette somme est élevée entre autre car il n'y a pas de personnel d'agences privées). Mais la principale difficulté réside dans le fait que les types de clientèle desservie par l'allocation aux usagers ne sont pas les mêmes que celles qui sont desservies par le CLSC

l'organisation du travail. Compte tenu que les coûts de main-d'œuvre constituent les postes budgétaires les plus importants du service, le recours à la stratégie de réduction du coût unitaire des services est très fréquent. Elle comprend plusieurs variantes. Le SAD peut choisir de réduire ses coûts en recourant à du personnel moins dispendieux. Il peut aussi décider de modifier l'organisation du travail en augmentant la charge de travail de ses personnels (voir la section 8.3) ou, au contraire, à charge de travail égale pour les personnels, il peut recourir à des moyens techniques et organisationnels dans le but de devenir plus performant en termes de coûts unitaires des soins et services. Ces enjeux sont ceux qui opposent le plus souvent les salariées aux gestionnaires de façon formelle ou spontanée, individuelle ou collective.

8.2.1 Le recours à du personnel occasionnel

En l'absence de ressources financières et d'effectifs suffisants, certains gestionnaires recourent soit à du personnel occasionnel à l'emploi du CLSC, par des contrats à durée déterminée, soit à des agences privées qui se chargent de leur fournir le personnel requis. D'autres privilégient des modalités de régulation des ressources humaines différentes, telles que la hausse de la charge de travail du personnel régulier de manière formelle ou par des pressions *ad hoc*. Plusieurs recourent à plus d'une de ces modalités. Les choix organisationnels à ce sujet, qui varient d'un CLSC à l'autre, constituent ainsi un indicateur des contradictions induites par le manque de ressources pécuniaires qu'aiguise, dans certains cas, la pénurie de main-d'œuvre sur le marché du travail.

Bien que le recours à du personnel occasionnel soit un des principaux moyens de réduire les coûts en main-d'œuvre, ce n'est pas le cas pour tous les groupes professionnels. Ainsi, la pénurie actuelle d'infirmières, de même que les conditions de travail dans le réseau public des établissements de santé, ont pour effet que plusieurs services de SAD, s'avérant incapables de combler les postes réguliers, doivent embaucher des infirmières d'agence privées afin de répondre à la demande de soins et service. Compte tenu du coût chargé par les agences, cette modalité ne correspond aucunement à une réduction des coûts pour les SAD. Pour les gestionnaires de SAD, il s'agit d'un moindre mal et l'appartenance obligatoire des infirmières à leur ordre professionnel les assure d'un personnel infirmier qualifié et responsable (David et coll., 2003).

Par contre, le recours à du personnel occasionnel pour remplacer les auxiliaires régulières à l'emploi des SAD ou prolonger leurs heures de service (les soirs et les fins de semaine par exemple) ne relève pas de la même dynamique économique. Généralement, le budget récurrent du service ne permet pas de créer autant de postes d'auxiliaires régulières qu'il serait nécessaire. Pour répondre à la demande, les SAD peuvent alors avoir recours à des auxiliaires occasionnelles qui ont la formation de base requise (un diplôme d'études secondaires d'un an et la formation en PDSB). Elles sont à l'emploi du CLSC mais ne travaillent que sur appel et ne sont rémunérées, la plupart du temps, que pour les heures de services auprès des usagers et leur temps de déplacement; il s'agit donc d'une réduction du coût horaire importante³⁸. Les SAD peuvent également recourir aux services d'agences en soins d'hygiène. Leur personnel, qui est rarement

³⁸ Elles reçoivent aussi les avantages sociaux au prorata de leur temps de travail.

aussi qualifié que les auxiliaires de CLSC, ne coûte aux SAD qu'environ la moitié du salaire et des avantages sociaux qu'ils déboursent pour leurs auxiliaires³⁹.

Dans les quatre CLSC à l'étude, la proportion de personnel occasionnel (à l'emploi du CLSC) par rapport au personnel régulier (en ETC) varie de 32 % à 44 % pour les auxiliaires alors que leurs heures de travail en constituent de 19,5 % à 31,3%⁴⁰. La proportion de personnel occasionnel chez les infirmières varie encore plus d'un CLSC à l'autre (de 29 % à 104 %⁴¹), la proportion du volume d'heures équivalent variant de 22,5% à 48,2 %. Quant à la proportion des heures de travail confiées aux personnels d'agences privées, elle varie de zéro à 41,4 % selon les CLSC (voir le tableau 9.1).

Le recours à ces deux types différents de bassin de main-d'œuvre permet de moduler de façon assez serrée le volume de soins et services pour répondre à la demande immédiate, qui connaît des variations assez importantes (voir la section 8.1.1) ou d'assurer des remplacements à long terme. Les tâches et horaires des salariées précaires, les patients à desservir ainsi que les équipes auxquelles elles se joignent, sont donc très variables et il arrive souvent qu'elles n'en prennent souvent connaissance qu'à la dernière minute. Il s'agit là de conditions à l'extrême opposé d'une stabilité des routes qui importe beaucoup pour assurer une qualité de soin et service aux patients à cause des connaissances sur l'état de cette personne ainsi que sur son évolution que les auxiliaires et les infirmières accumulent au fil de leurs visites (voir la section 7.4). Ces stratégies d'ajustement de l'offre de service à la demande, par le biais d'une régulation des ressources humaines, bien qu'elles s'avèrent efficaces et parfois indispensables sur le plan quantitatif, n'en créent pas moins des difficultés en termes de qualité de service dont se plaignent tant les usagers que les salariées et les gestionnaires et de SST, comme on l'a vu au chapitre précédent.

Cette régulation des ressources humaines par le recours à du personnel à statut précaire est aussi lourde de conséquences sur les personnels tant précaires que réguliers. Ainsi, alors que la tenue de différents types de réunions (professionnelles, cliniques et d'équipes multidisciplinaires) s'avère être un facteur organisationnel soutenant majeur pour le personnel régulier, les personnels à statut précaire sont presque toujours exclus de ces réunions car seules leurs heures de soins auprès des usagers sont rémunérées. Les informations qui y sont données et surtout les discussions qui y ont lieu, permettent de partager les savoirs développés par chacune, de réduire les pertes de temps et de contribuer à la formation sur divers aspects du métier. Les salariées occasionnelles ont en outre rarement accès aux séances de formation organisées pour le personnel régulier. De plus, lorsque le manque de soutien nuit à l'exécution de leur travail, les précaires ont moins de marge de manœuvre pour le pallier, précisément à cause de leur marginalité et des caractéristiques de leur charge de travail (voir à la section 7.3).

Malgré les apparences à l'avantage des personnels réguliers, les conditions difficiles dans lesquelles les salariées précaires sont plongées pour accomplir leurs tâches se répercutent aussi sur le travail des salariées régulières. En effet, ces dernières doivent souvent pallier la

³⁹ Ce qui permet une économie encore plus considérable est le recours à l'allocation directe traitée précédemment dans la section sur la compression de la demande.

⁴⁰ Le volume d'heures de travail est moindre parce que les personnels occasionnels ne travaillent qu'exceptionnellement à temps plein.

⁴¹ Ce pourcentage de 104 % signifie qu'il y a plus de personnel occasionnel que de personnel régulier.

désorganisation et les lacunes dues aux difficultés d'intégrer des personnels marginaux qui ne travaillent que sur appel et dans des conditions très variables. Ces contraintes contribuent à alourdir leur propre charge de travail ainsi que celle de certains gestionnaires et/ou chefs d'équipe.

Ces choix organisationnels ne sont pas sans affecter également la santé et la sécurité au travail des personnels car le statut d'emploi affecte la réalisation de l'activité réelle de travail, et plus particulièrement l'élaboration et l'utilisation de stratégies protectrices de travail. La précarité accroît les risques, rendant plus difficile le recours aux stratégies protectrices. Le rôle de certains facteurs organisationnels spécifiques, qui entrent en jeu dans ces processus, permet de comprendre les rapports entre ces derniers et la santé et sécurité au travail, comme on l'a vu précédemment au chapitre 6 et à la section 7.2.

8.2.2 Les enjeux organisationnels de l'évolution des groupes professionnels

D'autres processus de régulation touchant les ressources humaines des SAD sont issus d'orientations décidées à une échelle plus élevée. Ainsi, certains aspects de la réorganisation du réseau de la santé, fondés sur des soucis d'économie et de performance, ne sont pas étrangers à l'évolution des groupes professionnels que constituent les infirmières et les auxiliaires. Deux processus principaux, qui ne sont pas propres aux SAD, se conjuguent pour affecter ces deux groupes professionnels. D'une part, l'intensification du travail accroît la charge de travail de ces salariées au point que nombre d'entre elles considèrent ne pas pouvoir continuer à faire ce travail jusqu'à l'âge « normal » de la retraite (voir la section 7.3). D'autre part, différents changements d'ordre professionnel s'inscrivent dans une dynamique de qualification accrue par des modifications à la division du travail entre groupes professionnels. Les effets simultanés de ces deux tendances soulèvent de nouveaux enjeux organisationnels dans les services de SAD et sont sources de tensions multiples, dont certaines entre les groupes professionnels.

Les infirmières

Avec le virage ambulatoire, les clientèles à domicile se sont diversifiées et les demandes de service ont augmenté encore davantage en lourdeur qu'en nombre. Les cas présentent de multiples pathologies avec des réalités psycho-sociales de plus en plus complexes auxquelles sont confrontées les infirmières de SAD. Elles ont également dû s'adapter à de nombreuses évolutions techniques et pharmacologiques. L'implantation de l'informatique a exigé également de nouveaux apprentissages. De plus, dans les services de SAD, la prise en charge des usagers repose maintenant sur la méthode de gestion de cas qui prévoit qu'une intervenante-pivot (souvent une infirmière), prenne en charge un certain nombre de cas afin d'assurer la continuité des soins et services pour l'utilisateur⁴². Les structures et les procédures institutionnelles nécessaires pour assurer la réalisation de cet idéal sont loin d'être complètement implantées. Dans ces conditions, ces nouvelles responsabilités constituent également une source importante de tension

⁴² Environ 40% du temps de travail de celles qui sont gestionnaires de cas (voir Ouellet F., Cloutier E., Ledoux É., David H., Teiger C., Bourdouxhe M., Gagnon I (2004). Temps d'intervention et temps réel de travail des infirmières en soins à domicile, *Objectif Prévention*, 27(3), 14-16).

et de surcharge pour les infirmières de SAD auxquels les autres établissements de santé transfèrent souvent leurs patients de plus en plus hâtivement.

Pour pallier les effets de cette intensification du travail, les infirmières tentent souvent de travailler à temps partiel. Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, cette flexibilité du temps du travail ne leur est plus accordée aussi facilement qu'avant. En partie pour ces raisons, certains services de SAD n'arrivent pas à combler des postes réguliers vacants et doivent recourir à des services d'agences privées pour lesquelles bien des infirmières préfèrent travailler parce qu'elles peuvent décider de leur disponibilité.⁴³

Les modifications apportées à la Loi des infirmières et des infirmiers ajoutent par ailleurs des actes que les infirmières peuvent maintenant poser de manière autonome, sans devoir être sous l'autorité d'un médecin, dans les soins à domicile, ce qui accroît leur qualification et accélère le traitement des patients. Les dispositions de la loi modifiant le code des professions (Loi 90), adoptée en 2002, permettent d'autre part de dégager les infirmières de certaines tâches exigeant moins de qualifications, qui leur étaient auparavant réservées, et de les faire exécuter dans certains contextes par des personnes, salariées ou non, qui ne sont pas infirmières. Ce changement permet d'optimiser l'utilisation de leurs compétences spécialisées, mais leur charge de travail ne s'en est pas trouvée allégée pour autant. Plusieurs se retrouvent en effet avec de nouvelles tâches d'enseignement ou de coordination (voir la section 7.3.2.). Ces transformations peuvent, par ailleurs, s'avérer être un fardeau excessif et à risque pour les personnels ou les aidants proches à qui sont dévolues ces tâches, si l'enseignement nécessaire n'est pas dispensée, la charge de travail globale n'est pas revue ou la supervision est insuffisante.

Les auxiliaires sociales et familiales

Chez les auxiliaires, l'intensification du travail résulte plutôt de tentatives d'éliminer de la vaste gamme de soins et services qu'elles offraient auparavant (notamment de la cuisine, du ménage, de l'accompagnement pour faire les courses, du gardiennage) tout ce qui n'a pas trait à l'hygiène corporelle, soit les bains. En réduisant les visites à domicile aux bains, les gestionnaires peuvent ainsi réduire la durée normale de chaque visite au minimum hygiénique. De telles mesures augmentent la charge quotidienne de travail des auxiliaires en permettant de hausser le nombre moyen de visites quotidiennes. Outre les conséquences sur la qualité du service pour les usagers, cette spécialisation en bain hausse considérablement les contraintes physiques des tâches des auxiliaires car cette activité est très exigeante physiquement et comporte plusieurs risques à la santé et à la sécurité, particulièrement pour des salariées vieillissantes (voir la section 7.3).

D'autre part, les réductions du temps de présence des auxiliaires chez les usagers au strict minimum rendent plus difficile aux auxiliaires de continuer à être « les yeux et les oreilles » du SAD dans les domiciles, c'est-à-dire de recueillir et de transmettre des informations sur les usagers avec lesquels leurs contacts sont plus réguliers, fréquents et longs que ceux des autres intervenantes. Rôle reconnu par les services de SAD et très valorisé par les auxiliaires elles-mêmes qui la considèrent comme une responsabilité professionnelle qualifiée.

⁴³ Cloutier E. et coll. Étude descriptive des conditions d'emploi, de travail et de santé et de sécurité du travail des infirmières d'agences privées dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre (recherche en cours, 2004-2005).

Simultanément à ces activités d'information, les auxiliaires, par leur contact personnel avec les usagers, font du travail affectif : il s'agit non seulement de soutenir affectivement des usagers fragilisés mais également de les mettre dans des dispositions appropriées pour recevoir les soins et services du SAD ou, encore, d'interagir avec les personnes proches de l'utilisateur afin de les mettre à contribution ou de les empêcher de nuire. Travail affectif très utile à l'ensemble du service de SAD, mais non reconnu dans le temps de travail, il se fait plus difficilement lorsque les tâches des auxiliaires sont réduites aux bains ou se réalise de façon concomitante aux activités physiques. Certaines de ces tâches à contenu relationnel, souvent considérées comme non qualifiées, telles que le gardiennage, sont de plus en plus confiées à la pièce à d'autres personnels sans formation spécialisée à l'emploi d'agences privées ou d'entreprises d'économie sociale axées sur les besoins d'entretien domestique. De plus, la gestion informatisée des horaires, qui se répand rapidement, permet de charger au maximum les horaires de chacune des auxiliaires, souvent au prix d'une diminution de la stabilité de sa liste d'utilisateurs habituels, ce qui réduit la possibilité de bien connaître l'utilisateur et son cas. Les auxiliaires sont souvent très inquiètes et/ou protestent vigoureusement contre les transformations de leur métier qu'elles considèrent comme une déqualification. Elles refusent de devenir que des « donneuses de bain » et considèrent que l'avenir de leur métier est menacé. Ces évolutions professionnelles, dans un contexte d'intensification du travail, attisent souvent les tensions intergénérationnelles.

Par ailleurs, les amendements au Code des professions évoqués précédemment peuvent affecter considérablement les auxiliaires. La responsabilité du transfert de ces actes aux auxiliaires relève de chaque CLSC. Cette modification législative est perçue avec ambivalence par les auxiliaires et leur association professionnelle. D'une part, le potentiel qualifiant et la polyvalence des tâches attirent car ils pourraient constituer des leviers intéressants pour revaloriser leur métier qui a rétréci comme une peau de chagrin. Les auxiliaires s'inquiètent toutefois des responsabilités accrues⁴⁴ et du risque d'une augmentation de la charge de travail que cela pourrait exiger. Elles se demandent également si elles bénéficieront d'un soutien approprié de la part de leur employeur, c'est-à-dire d'une formation et d'une supervision adéquates, ainsi que d'une rémunération équitable.

8.3 La division du travail entre sous-équipes spécialisées

Autre stratégie de régulation touchant l'organisation du travail, la division du travail entre sous-équipes recourt à des moyens techniques et organisationnels pour que les SAD deviennent plus performants en termes de coûts unitaires des soins et services plutôt que de réduire ses coûts en recourant à du personnel moins dispendieux ou d'augmenter la charge de travail de ses personnels. La division du travail en équipes spécialisées, selon les types de clientèle et de soins à donner (SAD, soins post-hospitalisation et post-opératoires, soins palliatifs), en est une modalité très importante.

Certains services de soutien à domicile accueillent sans distinction des cas de courte durée exigeant des soins intensifs, alors que d'autres s'en occupent au sein de programmes distincts. Ceux-ci peuvent relever du SAD ou être à l'extérieur de ce service, celui-ci demeurant centré sur

⁴⁴ Au sens juridique des responsabilités attribuées aux membres des ordres professionnels. Plusieurs estiment devoir se protéger contre d'éventuelles plaintes ou poursuites en refusant de poser tout acte professionnel qui ne figure pas au plan de service.

une clientèle en perte d'autonomie, âgée ou handicapée. Ces choix, qui varient selon les CLSC, sont lourds de conséquences puisque les contraintes organisationnelles et les tâches à accomplir sont très différentes selon ces types de cas. La coexistence de ces clientèles différentes au sein d'un même service (ou programme) de soutien à domicile peut être une source de contradictions et d'inefficacité. Cette situation peut aussi affecter la santé des personnels.

Au CLSC 1, de petite taille, le SAD dessert non seulement la clientèle « traditionnelle » de personnes âgées en perte d'autonomie mais également la clientèle de personnes handicapées physiques et celle des soins post-opératoires et post-hospitalisation. Aucune distinction n'est faite entre les clientèles, à l'exception de celle qui requiert des soins palliatifs, qui est desservie par une équipe multidisciplinaire autonome. La structure organisationnelle du SAD du CLSC 2 est identique à celle du CLSC 1 malgré sa très grande taille.

Par contre, les CLSC 3 et 4 ont mis sur pied des programmes distincts en fonction des types de clientèles desservies à domicile, c'est-à-dire selon les caractéristiques des soins qu'elles requièrent (et non selon leurs pathologies particulières). Ainsi au CLSC 3, c'est l'équipe multidisciplinaire de santé physique du programme ambulatoire (donc à l'extérieur du SAD) qui dessert la clientèle post-hospitalisée ou post-opérée (une autre équipe de ce programme dessert à domicile la clientèle en santé mentale). Les équipes multidisciplinaires du programme SAD, quant à elles, desservent surtout la clientèle constituée de personnes âgées en perte d'autonomie et, dans une moindre mesure, les personnes présentant un handicap physique. Les usagers sont pris en charge par l'un ou l'autre des programmes selon leur situation de santé et une série de critères ayant trait aux soins requis tels que la rapidité et l'intensité des interventions ou la stabilité des soins. Les usagers peuvent donc, selon le cas, être transférés temporairement d'un programme à l'autre. Par exemple, une personne âgée suivie par le programme SAD peut, à la suite d'une intervention chirurgicale, être prise en charge par l'équipe de santé physique le temps nécessaire à la stabilisation de sa condition et, ensuite, être à nouveau desservie par le SAD. Le CLSC a mis sur pied un comité inter-programmes afin de clarifier les critères retenus et régler les incidents.

Au CLSC 4, la clientèle à domicile est aussi desservie par différents programmes en fonction de la nature des soins requis mais ceux-ci sont tous chapeautés par le service de SAD. Celui-ci est constitué d'une part d'équipes multidisciplinaires divisées en territoires qui desservent la clientèle de personnes âgées en perte d'autonomie au programme « moyen-long terme ». S'y ajoute le programme « d'intervention précoce » qui dessert la clientèle post-hospitalisée et post-opérée nécessitant une prise en charge rapide et souvent intensive mais brève. Un programme « court terme » s'occupe de la clientèle déjà inscrite au moyen-long terme qui exige temporairement des soins infirmiers plus intensifs. Par ailleurs, c'est le personnel rattaché à chaque programme qui s'occupe des soins palliatifs aux usagers qui en ont besoin, là où ils sont déjà pris en charge.

La division en sous-équipes spécialisées a donc pour effet, d'une part, de permettre la spécialisation individuelle du personnel (formation, acquisition d'expérience, transmission des savoir-faire) et d'offrir ainsi des soins de meilleure qualité aux usagers. Par ailleurs, compte tenu des caractéristiques organisationnelles des parcours cliniques de certains usagers, les SAD qui créent des équipes spécialisées le font également afin d'éliminer de leur programme moyen-long terme, les perturbations de rythme qu'imposent les soins requis pour certains patients (délais de

réponse très courts, exigences cliniques très contraignantes). Cela a souvent pour effet de faire passer les usagers chroniques après les cas exigeant des soins urgents et intensifs. Si cette décision est efficace pour les programmes de soutien à domicile à moyen ou long terme, il n'en demeure pas moins que les équipes spécialisées en clientèle post-hospitalisées ou post-opérées écotent d'une charge très lourde qui affecte leur santé.

Ces choix organisationnels ne semblent pas découler de façon automatique de la taille des services de SAD, mais être plutôt associés à des approches organisationnelles qui s'avèrent plus sensibles aux dysfonctionnements de certaines modalités organisationnelles. Ces services semblent chercher davantage à les corriger ou à en implanter d'autres plus efficaces à plusieurs points de vue.

8.4 La régulation de certains processus de transmission de l'information de services de SAD

La croissance des services de SAD qui sont déjà de grande taille leur pose des problèmes inédits dans leurs processus de transmission de l'information. Du point de vue de l'organisation du travail, l'enjeu a trait à la recherche d'efficacité en regard d'une des fonctions majeures d'un service de SAD, celle d'assurer la circulation d'information à jour tant sur les usagers desservis à domicile, dont l'état est souvent variable, que sur les pratiques professionnelles des différents intervenants. Comment y consacrer une proportion de leur temps appropriée aux avantages qui en découlent ? Contrairement au CLSC 2, qui invoque la grande taille du service pour ne pas établir de réunions multidisciplinaires dans un de ses secteurs (voir la section 7.5.2), les gestionnaires du CLSC 3 et du CLSC 4 soutiennent très fermement le travail de leurs personnels en équipe multidisciplinaire, ce qui implique la tenue de rencontres régulières de l'ensemble des personnels de sous-territoires, temps que d'autres SAD estiment inutiles à cause de la pression de la demande de soins et services qui augmente.

8.4.1 Du temps de réunion qui en vaut la peine

Au SAD du CLSC 3, où se retrouvent 24,9 infirmières et 19,8 auxiliaires (ETC), les réunions multidisciplinaires qu'anime la chef de programme ont lieu aux deux semaines dans chacune des trois zones géographiques; elles durent environ une heure⁴⁵. Les auxiliaires sont très sollicitées par les autres intervenantes pour partager leurs connaissances au sujet de l'état des usagers, de leur situation familiale et des équipements du domicile ; elles participent tant à la discussion qu'à la recherche de solutions. Ces discussions ont des effets positifs sur la prévention (voir le rapport de l'étude de cas 3 à l'annexe C). Elles permettent d'aborder les problèmes sous tous leurs aspects et d'élaborer des stratégies collectives pour y faire face. Elles servent aussi à partager les tâches requises à la suite des décisions prises en commun. Les relations avec les usagers difficiles, ainsi qu'avec les aidants, occupent une grande partie de ces discussions. Dans tous ces cas, la chef de programme prend clairement la défense des intervenantes aux prises, par exemple, avec des exigences abusives de la part des usagers, des gestes de violence, de manipulation ou de manque de respect.

⁴⁵ Au cours des six réunions observées 50 cas problématiques ont été discutés.

L'analyse de la discussion au sujet d'une usagère difficile, en réunion multidisciplinaire, qu'une auxiliaire a initiée, montre qu'elle a conduit à l'élaboration collective d'une stratégie pour faire face aux manipulations de l'usagère qui tentait de dresser les auxiliaires les uns contre les autres (hommes contre femmes) et qui a eu un comportement humiliant envers l'auxiliaire. Après une longue discussion au cours de laquelle sont intervenus le médecin, l'infirmière responsable de cette usagère, les autres auxiliaires, la chef de programme, la nutritionniste, l'intervenant social et l'ergothérapeute, pour comprendre la problématique de l'usagère et estimer ses besoins réels, l'équipe s'est rendu compte qu'elle était toujours insatisfaite et surveillait les faits et gestes des auxiliaires de façon tatillonne. L'auxiliaire de liaison a aussi révélé que cette usagère annulait souvent les visites. L'équipe de soins a décidé, malgré ce contexte difficile, de maintenir le contact avec l'usagère afin de surveiller l'évolution de son état mental et d'imposer avec fermeté des limites aux exigences de cette cliente à l'aide du contrat de service. L'ergothérapeute suggéra de faire la liste des services réellement donnés par les auxiliaires au cours des semaines suivantes dans le but de pouvoir réévaluer le plan de service alors que l'intervenant social a proposé de réévaluer les services à tous les mois. Ces stratégies collectives comportent donc des éléments organisationnels et relationnels, en lien avec le diagnostic médico-social. À la suite de cette discussion tous les intervenants savaient exactement ce qu'ils avaient à faire. L'auxiliaire qui a fait part de cette situation problématique s'est sentie soutenue par le groupe; ses difficultés avec l'usagère ayant été prise en charge par l'équipe, elle ont été abordées avec une approche systémique et non plus individuelle. La chef de programme a formulé publiquement des consignes claires aux auxiliaires, les enjoignant de quitter les lieux dès que le contrat de service n'était pas respecté. À la fin de la rencontre, la chef de programme a aussi félicité l'auxiliaire d'avoir soumis ce cas à la discussion et référé à ce cas en évoquant les « bons coups de la quinzaine ». Ce type de fonctionnement du collectif joue un rôle protecteur de la « santé psychique » des individus qui le composent.

Dans plusieurs autres cas, l'équipe multidisciplinaire a aussi fait appel au contrat de service entre le SAD et l'usager, qui sert de base à la définition du soin, de l'horaire et des conditions à respecter par l'usager sous peine d'interruption des soins et services. Par exemple, à la fin d'une discussion entre le médecin, les auxiliaires, la chef de programme et l'ergothérapeute sur le manque de collaboration aux soins d'une usagère très réticente à quitter son lit, la proposition de l'ergothérapeute d'inclure une nouvelle clause dans le contrat stipulant que l'usagère devra se lever une fois par jour et s'asseoir sur la chaise d'aisance a été acceptée. Cette prise de position ferme de la part du SAD est d'autant plus importante que le comportement de l'usagère est encouragé par son fils alors que son état ne le justifie pas. La décision de l'équipe multidisciplinaire a soutenu l'auxiliaire et lui a facilité du même coup la tâche de changer les draps. Cette politique est particulièrement efficace et soutenante pour les auxiliaires, plus exposées que les autres intervenantes aux difficultés relationnelles avec les usagers et leur entourage; elle contribue directement à la prévention des risques.

Plusieurs autres discussions multidisciplinaires au CLSC 3 ont porté sur des questions matérielles qui peuvent avoir des incidences sur les procédures de soin qu'utilisent les auxiliaires et donc sur les possibilités de déployer des stratégies protectrices. Ce fut le cas, notamment, au sujet des difficultés des auxiliaires à donner un soin d'hygiène à la douche. La question a été abordée de façon systémique et des solutions matérielles, organisationnelles et procédurales ont été apportées par différents membres de l'équipe.

Ces exemples indiquent comment, au CLSC 3, le temps consacré par ses salariés à ces réunions multidisciplinaires (une vingtaine d'heures/personne aux deux semaines pour chacune des trois réunions de zone), permet en effet d'éviter l'aggravation de situations problématiques chez certains usagers ainsi que de leur état de santé et de minimiser les risques de lésions professionnelles ou de violence physique ou psychologique pour les personnels. Elles permettent ainsi d'éviter la perte d'un nombre considérable d'heures de travail à tenter de régler plus tard une situation encore plus problématique, comme on l'a vu dans le cas de la dame aux bas au chapitre 5. Le CLSC 3 considère donc que le temps investi pour discuter de cas problématiques avec un nombre élevé d'intervenants en réunion multidisciplinaire constitue un investissement qui en vaut la peine et porte fruit.

8.4.2 La recherche de modalités de réunion efficaces

Le CLSC 4, qui regroupe au SAD 17,2 infirmières et 36 auxiliaires (ETC) réparties en trois territoires, a adopté le fonctionnement en équipes multidisciplinaires depuis les débuts du SAD. Les gestionnaires tiennent à préserver ce mode de fonctionnement tout en se questionnant sur l'efficacité de ces réunions de grande taille. L'essai de diverses formes de discussion de cas en rencontres de tailles variées est actuellement à l'essai lors des réunions bimensuelles.

À ce CLSC, les discussions du SAD peuvent, en effet, avoir lieu en petits ou en grand groupes pendant les réunions bimensuelles. Les discussions en petits groupes portent généralement sur des problématiques moins complexes, qui demandent un suivi à court terme sans remise en question de la prestation de service. Par exemple, une auxiliaire peut souhaiter faire part à ses collègues et à l'intervenante-pivot d'une situation inédite observée à domicile. Les intervenantes impliquées au dossier sont la plupart du temps les cinq ou six auxiliaires affectées à un usager. Ces discussions leur permettent de pallier le manque d'échange avec les professionnelles qu'elles ne rencontrent que rarement en dehors des réunions puisqu'elles ont rarement affaire au CLSC pour leur travail. Le fait de réunir régulièrement toutes les intervenantes d'un secteur, voire d'une équipe ou de plusieurs secteurs, permet une circulation plus rapide et plus fluide de l'information entre les personnes impliquées dans un dossier. Lors de ces échanges en petits groupes, les auxiliaires échangent, partagent et développent des savoir-faire pour réduire ou éviter le poids de certaines contraintes lors des services. Ces partages outillent principalement les auxiliaires et les protègent très concrètement lors de la réalisation du soin.

Par ailleurs, les observations révèlent que lors de ces discussions en petits groupes, les intervenantes-pivots offrent un soutien technique sur certaines questions ainsi qu'un soutien affectif aux auxiliaires plus expérimentées qui mettent à contribution leurs connaissances dans la recherche de solutions afin d'aider leurs collègues plus novices. Contrairement aux auxiliaires, les professionnelles du CLSC 4 font peu appel aux discussions de cas afin d'obtenir des informations au sujet d'un usager. Le fait qu'elles disposent de périodes de travail en CLSC à chaque jour leur permet probablement de communiquer rapidement avec d'autres intervenantes en cas de besoin sans avoir à attendre les réunions aux deux semaines.

En grand groupe, les enjeux semblent différents. Lors des réunions observées au CLSC 4, des situations d'urgence ou des points critiques nécessitant une intervention plus concertée de l'ensemble des intervenants impliqués, semblaient être à l'origine des discussions. Plusieurs facteurs contribuaient à l'urgence d'intervenir dont, notamment, des risques d'accident en raison

de l'absence de certains équipements, l'impuissance des auxiliaires à faire évoluer la situation, la complexité d'un plan de service qui exigeait des réajustements fréquents impliquant plusieurs intervenantes ou, encore, des comportements problématiques de la part des usagers.

Il s'agit de problèmes auxquels les intervenantes impliquées au dossier ne peuvent trouver de solution immédiate isolément. Les discussions observées ont très souvent permis de les régler. Dans certains cas, les problèmes dépassaient la relation individuelle de service entre un intervenant et un usager et étaient liés à des facteurs organisationnels plus larges comme la disponibilité de budgets et de ressources ou le recours à des ressources externes en complément aux services offerts par le SAD. Ainsi, une des discussions de cas a porté sur le respect du plan de service chez un usager desservi uniquement la fin de semaine par le personnel du SAD. Le respect du plan de service imposait aux auxiliaires des choix complexes qui étaient parfois pénibles et dangereux pour elles. Toutes les auxiliaires pouvaient être appelées à dispenser des services chez cet usager alors qu'elles n'avaient pas toutes le même niveau de connaissances du cas et ne les interprétaient pas de la même façon. La discussion a permis de mettre en lumière des dysfonctionnements organisationnels qui amplifiaient la situation déjà problématique à domicile et a permis de développer une position commune. L'analyse plus fine des discussions en grand groupe à l'aide du modèle théorique (voir en annexe D le cas 4) a révélé l'efficacité de ce type de discussions. Celles-ci mettent au jour, avant qu'un événement accidentel ne se produise, les déterminants techniques ou organisationnels de l'activité sur lesquels il est possible d'agir à titre préventif.

Ces différents exemples dans deux services de SAD de grande taille montrent les effets positifs du fonctionnement en équipe multidisciplinaire sur la construction des stratégies protectrices qui constituent l'un des objets particuliers de cette recherche, et son efficacité sur le plan organisationnel, qui peut être évalué en temps gagné et en réduction de risques. L'augmentation prévisible de la taille des CLSC pose cependant des défis importants aux gestionnaires qui veulent maintenir ce mode de fonctionnement. Même si le modèle de fonctionnement des discussions de cas observé au CLSC 4 s'avère fructueux, les analyses mettent au jour la présence d'enjeux relatifs à la perte d'informations. En effet, il n'est pas évident de trouver une façon de ramener en grands groupes les résultats des discussions de cas qui ont été faites en petits groupes ou de conserver certaines discussions de cas plus exemplaires que pour le grand groupe. Les réflexions sont à poursuivre sur les critères pertinents qui conduisent au choix de discuter de certains cas en petits ou en grand groupes.

8.5 Modalités d'implantation de certains changements organisationnels

Puisque les divers mécanismes de régulation observés dans les SAD à l'étude constituent des processus d'ajustement à des réalités changeantes, tant institutionnelles que populationnelles, ils impliquent très souvent l'implantation de changements organisationnels et techniques. Il importe donc de mettre ces processus au jour et d'en analyser les effets sur les auxiliaires et les infirmières. Plusieurs sources de données révèlent qu'une des faiblesses principales des processus d'implantation de changements organisationnels ou des nouveaux outils de gestion observés dans les services de SAD a trait à la façon dont les gestionnaires mettent en œuvre ces changements. Deux exemples particulièrement frappants, à cause de leurs effets sur l'activité de

travail des infirmières et des auxiliaires et, par le fait même, sur leur SST l'illustrent dans les paragraphes qui suivent. Ils permettent de mettre en relief deux aspects des modalités de ces implantations : les effets de ces nouvelles façons de faire et de s'organiser sur les relations entre les gestionnaires et leurs personnels ainsi que certaines de leurs caractéristiques qui affectent directement l'activité de travail des personnels.

Au CLSC 2 la fusion de deux anciens CLSC, en 1999, a amené à réorganiser l'ensemble des services. Plusieurs équipes de gestion se sont succédées. L'équipe actuelle (en place depuis un an au moment de l'étude) a modifié le fonctionnement organisationnel à partir d'une approche qui privilégie une certaine conception de « l'efficacité, l'objectivité et la rationalisation des soins », tout en visant à maintenir la qualité des services. À cette fin, elle a implanté simultanément plusieurs réformes organisationnelles et introduit différents outils de gestion afin d'homogénéiser et de « rationaliser » la dispensation des soins et services.

La coordination des soins et services pour les usagers par la méthode de gestion de cas et l'informatisation des laboratoires pour les infirmières faisaient partie de ces nombreuses réformes organisationnelles. L'augmentation de la charge de cas, la répartition des équipes en territoires et sous-territoires géographiques, les réunions professionnelles bi-hebdomadaires touchaient les deux groupes professionnels. L'implantation de nouveaux outils comprenait l'outil multientèle (OMC)⁴⁶, un nouveau modèle de dossier de clients et le logiciel du Suivi systématique des clientèles (SSC)⁴⁷, utilisés par les infirmières, ainsi que le logiciel Horaire+ et la « trajectoire d'aide au bain » (voir supra à 8.1) pour les auxiliaires. La direction du SAD a mis en œuvre ces nombreux changements en ne procédant à presque aucune consultation auprès de personnels affectés. Le CLSC n'a cependant pas opté pour une séparation des clientèles âgées en perte d'autonomie des patients post-hospitalisés ou opérés, ce qui a une répercussion sur la désorganisation des routes et des horaires du personnel du SAD et plus particulièrement pour les infirmières (voir Annexe B).

À l'analyse des données recueillies, il s'avère que ces mesures constituent soit des mécanismes de compression de la demande de soins et services, soit une réduction des coûts de l'offre des soins et services. Ces modalités de régulation ne sont pas sans améliorer certains aspects du travail des personnels mais elles ont en commun d'augmenter considérablement la charge de travail des auxiliaires et des infirmières, ce qui se répercute sur leur SST. Il arrive souvent, en effet, qu'une mesure qui élimine certains dysfonctionnements dispendieux en réorganisant certaines tâches, réduise simultanément les coûts par le biais d'une augmentation de la charge de travail des salariées.

Par exemple, l'introduction rapide de plusieurs protocoles du SSC pour les infirmières que quelques mois après l'introduction de l'outil multientèle, (formulaire sur les usagers qui est long à compléter) a eu plusieurs effets sur leur activité de travail. Les infirmières considèrent que l'utilisation du SSC améliore la qualité des soins. À leur avis, il assure une meilleure continuité

⁴⁶ L'outil multi-clientèle (OMC) sert à faire une collecte des données la plus exhaustive possible chez l'utilisateur et à rendre disponibles ces informations à l'ensemble des intervenants au dossier.

⁴⁷ Le Suivi systématique des clientèles est constitué d'un ensemble d'outils (cheminements cliniques et protocoles de soins) servant à systématiser le suivi des visites à domicile. Il a été introduit au CLSC 2 dans le but de réduire de 30 à 40% le nombre d'interventions et de fournir un plan d'intervention pour chaque usager. Dans un premier temps, les gestionnaires ont décidé de n'implanter que 13 des 40 protocoles possibles.

dans le suivi, permettant de mieux informer les usagers, ainsi qu'une meilleure transmission des informations entre infirmières. Elles considèrent toutefois que l'utilisation de cet outil augmente leur charge de travail. Le SCC ne serait pas bien adapté à leur travail car il les contraint à recueillir les mêmes données plus d'une fois notamment. La direction a tenu compte de certaines de leurs insatisfactions; un an après leur implantation, l'infirmière clinicienne a révisé les 13 protocoles mis en oeuvre. Par ailleurs, elles ont reçu une formation, qu'elles estiment insuffisante, et qu'elles ont dû mettre en pratique dans un contexte de contraintes temporelles excessives et d'intensification de leur travail qui leur laissait très peu de marge de manoeuvre pour se familiariser avec ce nouvel outil. Simultanément, en effet, les gestionnaires ont augmenté leur charge de cas⁴⁸ plutôt que la réduire afin de tenir compte du travail supplémentaire requis pour utiliser le nouvel outil.

N'ayant guère consulté les infirmières, les gestionnaires n'ont pu prendre en compte plusieurs aspects invisibles ou non reconnus de leur travail qui affectent les conditions de réussite d'un tel changement. Selon les gestionnaires, le grand nombre de changements organisationnels auxquels ont été soumises les infirmières au cours des dernières années, tels que la fusion des deux CLSC, le déménagement, l'implantation du Suivi systématique des clientèles, de l'outil multi-clientèles et de la gestion de cas, l'ajustement des modèles de soin, l'augmentation de la demande auraient contribué à ce que le climat de travail se soit dégradé. C'est l'aspect du travail le moins apprécié par les salariées d'après un récent sondage interne.

Cependant un certain nombre de facteurs, souvent évoqués par les infirmières et qui pourraient expliquer cette situation ont plutôt trait aux modalités de mise en oeuvre de ces changements au CLSC 2. Il s'agit notamment du manque de consultation et d'écoute, des pratiques de contrôle tâtilonnes qui sont perçues comme un manque de respect et de reconnaissance et une remise en cause du professionnalisme des infirmières. Cette façon d'implanter des changements se répercute sur leur état de SST : les problèmes de santé qu'elles mentionnent dans les questionnaires touchent principalement l'épuisement au travail et la charge de travail qui demeurent au centre de leurs préoccupations.

Au CLSC 3 les observations révèlent que les gestionnaires de programme semblent plus sensibles qu'auparavant à l'importance de consulter leurs personnels bien qu'ils procèdent encore à des changements sans consultation ni préavis. Ainsi, dans le but de faciliter la participation des auxiliaires aux séances de ventilation, les gestionnaires ont fait un sondage avant d'établir le nouvel horaire. Au programme ambulatoire, la gestionnaire a acquiescé à la demande des auxiliaires d'assister à une formation qui portait sur les critères d'évaluation de l'aide au bain. Elle a reconnu par ce geste leur rôle dans la prestation du service et dans le suivi de l'évolution des clients.

Par contre, les observations de l'activité de travail et des réunions ont mis au jour certains changements organisationnels avec lesquels les personnels du SAD sont en désaccord car ils estiment que ces changements ne tiennent pas compte de leur réalité de travail. Les changements d'affectation d'auxiliaires d'une zone géographique à une autre⁴⁹, que celles-ci remettent en question en sont un exemple. Elles contestent la légitimité de les changer de zone lorsqu'elles ont

⁴⁸ La plus élevée des quatre CLSC à l'étude (voir la section 9.1).

⁴⁹ Sous-territoire géographique.

développé une relation de confiance, souvent longue à établir, avec les usagers de leur zone et qu'il n'y a rien de problématique à régler selon l'utilisateur et l'auxiliaire. Elles contestent aussi les modalités de changement de zone des auxiliaires qui ont lieu sans consultation ni même de préavis aux auxiliaires, aux intervenantes-pivots ni aux usagers concernés. Elles remettent également en cause le but invoqué, qui est d'éviter le développement d'une relation trop familière des auxiliaires avec les usagers. Les auxiliaires perçoivent cette mesure comme une procédure infantilissante qui nie leur professionnalisme. D'après nos observations, une meilleure connaissance des cas, facilitée par le rattachement stable à un territoire a plusieurs avantages. Elle permet notamment aux travailleuses d'anticiper la charge de travail et d'être mieux préparées pour réagir aux imprévus car elles disposent de plus d'information pertinente sur les usagers et l'environnement de travail. La connaissance des cas contribue également à la qualité des services lorsque les travailleuses peuvent utiliser leurs connaissances pour réguler, dans leur horaire quotidien, le temps consacré aux soins (voir la section 7.4). Un changement qui vise à réguler la charge de cas des auxiliaires à partir de principes d'équité ou d'efficacité peut facilement avoir des retombées opposées, comme dans ce cas; ainsi, plutôt que de sauver du temps en évitant que les auxiliaires prolongent indûment leurs visites chez des usagers connus, comme le supposent les gestionnaires, il est fort probable que les auxiliaires qu'on aura affectées à d'autres routes seront moins efficaces avec de nouveaux usagers dont elles ne connaissent ni l'état ni l'environnement.

8.6 Synthèse

Au cours de ce chapitre, différents types de régulation des activités des services de SAD ont été présentés. À partir d'exemples recueillis sur le terrain, nous avons pu voir comment la régulation de la demande de soins et services de la part d'utilisateurs actuels ou potentiels est fortement induite par des normes ministérielles que les différents SAD appliquent avec une diversité de moyens. Quant à la régulation de l'offre de soins et services, les exemples nous ont montré toute son importance. Que ce soit au sujet de la régulation des ressources humaines, par le recours à du personnel à statut occasionnel, de celle de l'organisation du travail, par la division du travail entre sous-équipes spécialisées, de la régulation de modalités de transmission de l'information, par l'intermédiaire de discussions de cas, ou encore de celle de certaines modalités d'implantation de changements organisationnels, elles révèlent toutes leurs conséquences considérables sur l'activité de travail des auxiliaires et des infirmières, personnels observés, et donc sur la possibilité dont elles disposent pour développer des stratégies de protection à l'égard des risques à leur santé. Considérer ces différents choix organisationnels comme des modalités régulatrices permet de mieux saisir leur nature systémique, c'est-à-dire les liens structurels par lesquels ils se consolident les uns les autres pour exprimer la réalité sous forme d'un problème spécifique (l'écart entre l'offre de soins et services en maintien à domicile et la demande croissante) et d'une approche fondée implicitement sur une voie de solution (de Terssac et coll., 2004) (le plus souvent réduire les coûts comptables).

9. COMPARAISON DE LA PERFORMANCE SST DES SAD SELON LEURS MODES D'ORGANISATION DU TRAVAIL

Après avoir présenté, dans les chapitres 7 et 8, l'effet de certains facteurs organisationnels et mécanismes de régulation, pris individuellement, sur la SST des quatre CLSC à l'étude, nous examinons ici l'influence de leurs interrelations sur leur performance en SST.

Bien que partageant une mission commune, les quatre CLSC présentent des différences de fonctionnement qui s'observent tant au niveau des structures mises en place, que de la répartition des tâches et fonctions ou de la répartition des effectifs. Bien que les pratiques de soins réalisés par les infirmières et les auxiliaires se ressemblent, le contexte organisationnel et les conditions d'exercice du travail dans chacun CLSC diffèrent. De la même façon, la performance SST des CLSC est contrastée.

Dans une première partie, nous exposons les caractéristiques structurelles des quatre CLSC et de leur main-d'œuvre. Par la suite, nous comparons les modes d'organisation du travail de chaque SAD et les pratiques de gestion des changements ayant une influence sur le développement de stratégies protectrices. Et à partir des résultats des chapitres 7 et 8, nous identifions les facteurs qui agissent positivement ou négativement sur le travail ou la préservation de la santé, de même que ceux ayant un effet inverse.

En troisième partie, la performance en SST des quatre SAD à l'étude est caractérisée et comparée à partir d'indicateurs de résultats, d'indicateurs d'état et d'indicateurs prospectifs.

Enfin, nous soulignerons le parallèle entre la présence de différents modes d'organisation du travail qui semblent soutenir positivement ou négativement le développement de stratégies protectrices et la performance SST.

9.1 Les caractéristiques structurelles et de main-d'œuvre des quatre CLSC

Voyons d'abord les similitudes et les différences existantes au niveau du type d'entité légale, des effectifs et de leur statut, du nombre d'interventions réalisées et du recours à la sous-traitance.

Les SAD sont rattachés à des entités légales différentes (tableau 9.1). Deux des quatre CLSC sont le fruit d'une fusion. Le CLSC 2 origine de la « fusion volontaire » de deux CLSC, en 1999, fusion qui aurait de toute façon été imposée par la Régie régionale de l'époque. Or cette fusion a eu de nombreux impacts sur le climat de travail, lesquels se faisaient encore ressentir quatre ans plus tard. Ces deux CLSC différaient en effet tant par leur type de territoire, que par la population desservie, leur fonctionnement et leur culture interne (annexe B). L'équipe de gestion de la nouvelle entité a donc tenté d'y introduire une nouvelle culture par le biais de nouveaux outils de travail visant théoriquement à améliorer le service, augmenter son efficacité et harmoniser les pratiques. Le CLSC 4 origine également d'une fusion mais entre deux types d'établissements de nature différente, soit un CLSC et un CHSLD. Dans ce cas, chaque entité a conservé sa mission spécifique. La fusion s'est traduite par le regroupement des conseils d'administration et des différentes directions, avec relativement peu d'impact sur le

fonctionnement des différents services et pratiques. Les CLSC 1 et 3 sont des entités autonomes qui n'avaient pas subi de changements structurels de ce type au moment de l'étude.

Quant à leur taille, les CLSC 2 et 4 sont comparables pour le nombre d'auxiliaires en équivalent temps complet (ETC) bien que différents en nombre d'interventions. Ainsi, le CLSC 4 a plus fréquemment recours à du personnel d'agences privées que le CLSC 2 pour répondre à la demande de service. Ce recours équivalait à 15 auxiliaires en ETC et à 3,8 infirmières. Cette externalisation a un effet sur les exigences de production des auxiliaires du CLSC 4 qui assurent moins d'interventions (930) par ETC que les auxiliaires du CLSC 2 (1108). Sans cette externalisation, les auxiliaires de ce CLSC devraient à elles seules assurer plus de 1318 interventions par ETC, ce qui est beaucoup plus élevé que ce qui a été observé dans les trois autres CLSC. Ce sont également les deux CLSC qui recourent le moins au programme d'allocation directe⁵⁰

Les CLSC 1 et 3 sont eux aussi comparables pour le nombre d'auxiliaires bien que le nombre d'interventions réalisées au CLSC 3 soit beaucoup plus élevé (+ 7646) que ni l'un ni l'autre ne confie d'interventions d'aide à domicile aux agences privées. Par contre, ils ont tous les deux recours au programme d'allocation directe pour externaliser une partie des soins personnels assurés habituellement par les auxiliaires. Ces données indiquent que les exigences de production sont plus élevées pour les auxiliaires du CLSC 3, soit 1062 interventions par auxiliaires en équivalent temps complet par rapport à 617 pour le CLSC 1. Le portrait est différent pour les infirmières. Le CLSC 1 compte beaucoup moins d'infirmières que le CLSC 3 et il confie environ 900 heures, soit l'équivalent de 0,5 infirmières en ETC, aux agences privées. Malgré cette externalisation d'une partie de la demande, les infirmières du CLSC 1 doivent assurer plus d'interventions (1326) que celles du CLSC 3 (1206).

Ces exigences de production touchent une main-d'œuvre présentant une structure d'âge relativement élevée. En effet, l'âge moyen des auxiliaires de trois CLSC sur quatre se situe au début de la quarantaine. Les auxiliaires du CLSC 1 se distinguent des trois autres avec un âge moyen de 50 ans. Or l'âge moyen et médian de la population active au Québec est de 39 ans. Au CLSC 2 et 3, la proportion d'infirmières de moins de 35 ans a diminué au cours des dernières années (annexes B et C) indiquant un vieillissement de la structure d'âge. Cette tendance est beaucoup moins marquée chez les auxiliaires. La proportion d'auxiliaires de moins de 35 ans n'ayant diminué que de 2 % au CLSC 2 au cours des deux dernières années (annexe B). Dans les autres CLSC, cette proportion est restée stable (annexes A et D). Le fait que l'âge moyen des auxiliaires et des infirmières de trois CLSC sur quatre soit comparable permet de limiter, en partie, l'effet de l'âge des travailleuses sur les performances SST des CLSC à l'étude et de se concentrer sur les différences en termes d'organisation du travail et de gestion de la SST.

Retenons, pour la suite des analyses, que les CLSC 2 et 4 sont comparables au niveau de la taille et du nombre d'interventions ainsi que de l'âge moyen de leur main-d'œuvre. Par contre, le CLSC 4 recourt aux agences privées de façon beaucoup plus importante que le CLSC 2 pour répondre à la demande de service. Dans leur cas, les CLSC 1 et 3 sont de taille moins importante

⁵⁰ Un usager en perte d'autonomie peut embaucher une personne de son choix pour ses soins personnels, à l'aide du programme d'allocation directe, s'il possède une capacité d'autogestion (cf. chapitre 8).

et réalisent globalement moins d'interventions. De plus, ils utilisent davantage le programme d'allocation directe comme mode d'externalisation des services.

Tableau 9.1 : Les caractéristiques structurelles et de main-d'œuvre des quatre CLSC

	CLSC 1	CLSC 2	CLSC 3	CLSC 4
Entité légale	1 CLSC	Fusion de 2 CLSC	1 CLSC	Fusion CLSC et CHSLD
Taille du service (ETC)	AFS : (21,7) INF (8,5)	AFS (35) INF (28)	AFS (19,8) INF (24,9 ⁵¹)	AFS (36) INF (17,2)
Répartition selon l'âge	> 45 ans AFS 68% ;INF 50% < 35 ans AFS INF (à compléter)	> 45 ans AFS 40% ;INF 45% < 35 ans AFS 27%; INF 22%	> 45 ans AFS 24 % ;INF 33% < 35 ans AFS 24%; INF 25%	> 45 ans AFS 45% ;INF 66% < 35 ans AFS 15%; INF 11%
Nombre d'interventions⁵²	AFS : 13 391 INF : 11 939	AFS : 40 738 INF : 31 791	AFS : 21 037 INF : 21 717	AFS : 47 476 INF : 26 667
Nombre d'interventions / ETC⁵³	AFS : 617 INF : 1326	AFS : 1108 INF : 1103	AFS : 1062 INF : 1206 ⁵⁴	AFS : 930 INF : 1269
Nombre d'heures confiées aux agences privées	AFS : 0 INF : 0,5 (ETC)	AFS : 1,75 (ETC) INF : 0,8 (ETC)	AFS : 0 INF : 0	AFS : 15 (ETC) INF : 3,8 (ETC)
Programme d'allocation directe Nb de cas Coût total	145 434 000\$	ND 117 000\$	184 948 500\$	27 200 500\$

Ces similitudes et différences entre les SAD nous amènent à comparer les multiples dimensions de l'organisation du travail de chaque SAD qui ont une influence sur le développement de stratégies protectrices

9.2 Comparaison des modes d'organisation du travail et des pratiques de gestion des quatre SAD

Les modes d'organisation du travail et les pratiques de gestion des changements soutenant, plus que d'autres, le développement des stratégies protectrices sont comparées dans ce qui suit au

⁵¹ Ce nombre d'infirmières comprend les infirmières de l'ambulatorio qui ne vont pas à domicile, soit environ 6 infirmières ETC. Ceci veut dire que le nombre d'infirmières qui va à domicile se situe autour de 18,9 ETC. Il n'a pas été possible d'obtenir les données d'effectifs infirmiers de l'ambulatorio qui vont à domicile. Nous avons conservé cet effectif global car les taux de fréquence et quotidien d'absence ont été calculé avec ces effectifs, ce qui peut entraîner une sous-estimation.

⁵² Le nombre d'interventions comprend celles réalisées par le personnel du CLSC et par le personnel d'agence, mais il exclut les interventions transférées au chèque emploi-service

⁵³ Les heures confiées aux agences privées sont converties en ETC et ajoutées au dénominateur

⁵⁴ Le nombre d'interventions par infirmière a été calculé à partir de l'estimation d'effectif de 18,9 infirmières en ETC (cf note no 49)

niveau des effectifs et statuts d'emploi, des choix de répartition des clientèles et des charge de cas, de gestion des routes, des mécanismes formels de transmission des informations et des modalités de reconnaissance.

En s'appuyant sur les résultats de l'analyse par convergence des données d'entrevues et d'observation du travail, les modes d'organisation du travail et les pratiques de gestion qui semblent soutenir **le plus** le développement des stratégies protectrices sont identifiées par un symbole « + » dans les tableaux comparatifs des sections suivantes. Celles soutenant **le moins** ce développement sont identifiées par un symbole « - ». Dans certains cas, les données recueillies n'ont pas permis de caractériser dans quel sens agissent certains de ces facteurs.

9.2.1 Comparaison des modes d'organisation du travail

Le tableau 9.2 présente les différentes caractéristiques de l'organisation du travail propre à chaque SAD lesquelles sont successivement décrites dans les points qui suivent, tout autant que leurs effets sur le développement de stratégies protectrices des AFS et des infirmières.

9.2.1.1 Les effectifs et les statuts d'emploi

Les emplois d'auxiliaires familiales et sociales et d'infirmières sont les deux emplois les plus nombreux en termes d'effectifs dans les CLSC au Québec, dont ils représentent plus de 51,4 % de la main-d'œuvre soit 47,2% des effectifs rapportés en ETC. L'importance de ces emplois ira d'ailleurs en s'accroissant étant donné que la réforme du secteur de la santé et des services sociaux met de plus en plus l'accent sur les soins à domicile qui sont essentiellement dispensés par les CLSC. Le portrait des quatre SAD à l'étude s'inscrit pleinement dans cette tendance. Trois d'entre eux ont vu leur effectif croître, au cours des trois dernières années, afin de répondre à l'augmentation de la demande de service. Dans le cas du CLSC 2, l'accroissement s'explique surtout par la fusion de deux établissements tandis que pour les deux autres, il s'agit d'une augmentation due à l'embauche. Au SAD 4, par exemple, le nombre d'AFS a pratiquement doublé en trois ans (annexe D). La plupart des CLSC sont d'ailleurs préoccupés par l'impact de cet accroissement sur leur mode de fonctionnement et sur l'organisation des réunions multidisciplinaires, notamment. (chapitre 8).

Tableau 9.2 : Comparaison des modes d'organisation du travail des quatre SAD

	SAD 1	SAD 2	SAD 3	SAD 4
Effectifs	27 AFS rég ; 9 occ 12 INF rég ; 9 occ	34 AFS rég ; 11 occ. 24 INF rég; 25 occ	20 AFS rég ; 9 occ. 27 INF rég;; 18 occ	30 AFS rég ; 10 occ. 14 INF rég; 4 occ ;
Évolution des effectifs	Accroissement interne	Accroissement suite à la fusion	Stable	Accroissement interne
Importance du personnel occasionnel	33% AFS occ. 75% INF occ.	32% AFS occ. 104% INF occ.	AFS : 44 % occ. INF : 75 % occ.	33% AFS occ. 29% INF occ. ;
Répartition des clientèles	Regroupement des clientèles MAD et post-hosp	Regroupement des clientèles MAD et post-hosp	Séparation des clientèle MAD et post-hosp.	Séparation des clientèle MAD et post-hosp
Charge quotidienne de cas	AFS : 5 cas/jour INF : 6-7 cas/jour	AFS : 6-7 cas/jour INF : 7-8 cas/jour	AFS 6 cas/jour SAD 4-5 cas/jour Amb INF : 6-8 cas/jour	AFS : 6 cas/jour INF : 7 cas /jour
Interventions/ ETC¹	AFS : 617 INF : 1326	AFS : 1108 INF : 1103	AFS : 1062 INF : 1206 ²	AFS : 930 INF : 1269
Gestion des routes	INF : Pression pour ajouter des cas aux infirmières AFS : Possibilité de changer l'ordre des visites Pression de la part des AFS pour contrecarrer toute tentative d'augmentation de la charge de cas quotidienne	INF : Pression sur le personnel pour ajouter des cas AFS : Possibilité de changer l'ordre des visites Rationalisation maximum du temps des AFS et éparpillement des remplacements	INF : Pression sur l'ambulatorio pour ajouter des cas AFS : Changement de zone Éparpillement des remplacements Pas de possibilité de changer l'ordre des visites	INF : Entente sur un nb de cas max/jour au court-terme AFS : Distribution des routes par chef d'équipe AFS et réajustement au besoin Stabilité des routes Possibilité de changer l'ordre des visites
Réunion professionnelle	AFS : variable INF : variable	AFS : mensuelle INF : bimensuelle	AFS : bimensuelle INF : bimensuelle	AFS : 2 /an INF 1: 4 / an INF 2 : bimensuelle
Réunion multi	Non	MAD (1 équipe/2) hebdomadaire	MAD : bimensuelle Ambu : hebdo	MAD : Bimensuelle Précoce : 6fois/an
Reconnaissance du travail de pivot (INF)	Oui Responsabilité individuelle	En discussion Responsabilité individuelle dans une équipe et partagée dans l'autre	En implantation Responsabilité partagée	Oui Responsabilité partagée au SAD mais individuelle au précoce
Mécanisme de soutien des infirmières	Faible présence de l'IBASI	Infirmière clinicienne	Infirmière de liaison avec le CH Commis en soutien	Infirmières de liaison avec les agences privées Commis en soutien
Reconnaissance AFS	Faible	Dépend des équipes	Élevé	Très élevé surtout pour les gestionnaires

¹ Les heures confiées aux agences privées sont converties en ETC et ajoutées au dénominateur

² Le nombre d'interventions par infirmière a été calculé à partir de l'estimation d'effectif de 18,9 infirmières en ETC (cf note no 49)

Légende : Les + et les - indiquent les CLSC qui s'opposent le plus en regard de la variable considérée.

Une proportion considérable de l'augmentation de la demande est compensée par l'embauche de personnel occasionnel. Ce taux s'élève à plus de 75% pour les infirmières, dans trois CLSC sur quatre. Le SAD 4 se distingue des trois autres avec seulement 29% d'infirmières occasionnelles. Il faut préciser que ce CLSC fait partie d'une région qui a développé une programmation régionale de soins ambulatoires. Une part du budget de l'établissement hospitalier a donc, dans ce cadre, été versé au CLSC afin de créer de nouveaux postes. De plus, ce CLSC embauche deux infirmières d'agence à temps complet qu'il intègre aux équipes régulières et c'est le CLSC qui a le plus recours à des infirmières d'agences privées. La proportion d'auxiliaires occasionnelles s'élève à un peu plus de 30% dans trois CLSC sur quatre. Le CLSC 3 se distingue des trois autres avec une proportion de plus de 44%. Les observations ont mis en évidence que le personnel occasionnel est plus souvent appelé à travailler auprès de clientèles moins connues, qu'il comble souvent les routes des régulières et a donc moins l'occasion de tirer profit de la connaissance du cas et de l'acquis d'expérience, lesquels ont un effet protecteur et de préservation de la santé et de la sécurité (chapitre 7). Ainsi, les SAD ayant une plus forte proportion d'employées occasionnelles favorisent moins le développement de stratégies protectrices (particulièrement chez les auxiliaires). Globalement, les auxiliaires du CLSC 3 et les infirmières du CLSC 2 sont davantage exposées à des conditions d'exercice du travail plus à risque que celles du CLSC 4.

9.2.1.2 La répartition des clientèles

Les types de clientèles se répartissent différemment d'un CLSC à l'autre. Deux CLSC (3 et 4) sur quatre ont choisi de dissocier leur clientèle traditionnelle de personnes âgées, en perte d'autonomie, de leur nouvelle clientèle issue du virage ambulatoire. Ce choix se répercute sur la structure des équipes de travail. Aux CLSC 1 et 2, ces deux types de clientèles sont desservis par les mêmes équipes tandis qu'aux CLSC 3 et 4, la clientèle post-hospitalisation et post-opératoire est prise en charge par des équipes distinctes : l'équipe ambulatoire au CLSC 3 et l'équipe précoce ou court-terme au CLSC 4. Ce dernier a choisi de spécialiser davantage ses équipes : il distingue les clients nécessitant uniquement des interventions nursing, qu'il dédie aux infirmières de l'équipe court-terme (équipe ne regroupant que des infirmières), de ceux ayant besoin d'un soutien multidisciplinaire, pris en charge par l'équipe du précoce.

Tel qu'exposé au chapitre 8, cette pratique joue un rôle majeur au niveau du travail, et fort probablement de la SST, puisqu'elle préserve le personnel des équipes affectées à la clientèle âgée en perte d'autonomie des désorganisations fréquentes de son horaire de travail. Elle favorise donc sa connaissance des clientèles et des environnements de travail et permet de stabiliser l'équipe de soignants à domicile facilitant les relations avec les usagers et, par le fait même, la qualité du service. Cette spécialisation d'équipe traduit également une forme de reconnaissance de la part de l'encadrement de la diversité des approches en fonction de clientèles particulières et encourage la mise en place de formations qui favoriseront le développement de compétences spécifiques.

Les équipes dédiées aux nouvelles clientèles sont par contre plus souvent soumises au remaniement des routes et des horaires et donc exposées à une plus grande variabilité. Cela exige de leur part une grande capacité d'adaptation aux changements. Aux CLSC 3 et 4, le personnel

de ces équipes rapportent davantage de pressions de la part de l'encadrement pour ajouter des cas à leur route. Au CLSC 4, l'infirmière du précoce s'est absentée plus de 16 mois pour épuisement professionnel et parmi les accidents documentés, deux se sont produits chez les auxiliaires de cette équipe lors d'un remplacement (annexe D).

Ainsi une séparation des clientèles traditionnelles des SAD des nouvelles clientèles issues du virage ambulatoire semble avoir un effet sur la stabilité des routes d'une partie du personnel et peut donc davantage soutenir dans ces équipes le développement de stratégies protectrices. Ce choix organisationnel préserve donc une partie du personnel. Par contre, les contraintes liées à la gestion des demandes de dernière minute et au remaniement des routes se concentrent sur un plus petit nombre de personnes.

9.2.1.3 La charge de cas

Nous avons décrit, à la section 7.3, l'effet de l'ajout d'un soin de plus par jour pour les AFS sur le niveau de fatigue, la pénibilité perçue et les douleurs rapportées au dos et aux membres supérieurs. Parmi les quatre CLSC, seul le CLSC 2 a augmenté de six à sept soins la charge de cas quotidienne. Pour les CLSC 3 et 4, cette charge est limitée à six par jour. Au CLSC 1 elle est toujours à cinq cas par jour et nous avons observé une mobilisation des AFS pour contrecarrer toute tentative d'augmentation de cette charge de cas.

En plus d'assurer une charge quotidienne de cas plus lourde, les AFS du CLSC 2 font face également à une pression à la production plus élevée puisqu'elles réalisent 1108 interventions par ETC, soit 491 interventions de plus que leurs collègues du CLSC 1. Les résultats des analyses par convergence ont permis d'éclairer l'effet négatif de cette intensification sur la SST, notamment l'accroissement de la durée d'exposition à des contraintes posturales. L'augmentation de leur charge de cas peut avoir un impact négatif sur le développement des stratégies protectrices en réduisant les marges de manœuvre. Une charge quotidienne de cas de moins de six soins, comme au CLSC 1, offre à ce niveau plus de marge de manœuvre.

La charge quotidienne de cas des infirmières du CLSC 2 est la plus élevée des quatre CLSC. En effet, elles effectuent entre sept et huit visites par jour comparativement à six ou sept visites par jour pour les infirmières des trois autres CLSC. En plus de cette charge, nous avons montré que les infirmières régulières assurent le suivi de cinq clients de plus, en moyenne, une fois de retour au CLSC (section 7.3.2), travail non reconnu dans les statistiques officielles. À la longue, cette charge quotidienne de cas plus élevée peut avoir un impact négatif sur la santé des infirmières.

Les infirmières du CLSC 1, par contre, font face à une pression à la productivité plus importante car elles assurent plus de 120 interventions supplémentaires, par équivalent temps complet, que les infirmières des trois autres CLSC. Les observations réalisées au CLSC 1 ont mis en évidence un écart entre la charge quotidienne de cas prescrite et la charge réelle (annexe A). En effet, une pression importante de la part de l'IBASI, s'exerce sur les infirmières pour qu'elles ajoutent des cas à leur route. Les infirmières visitent parfois jusqu'à neuf clients par jour. Ce contexte d'intensification n'est donc pas propice au partage des stratégies protectrices.

9.2.1.4 La gestion des routes

Les infirmières des quatre CLSC ont rapporté subir une certaine pression de la part de l'encadrement pour augmenter le nombre de cas visités par jour. Cette pression semblait toucher plus nettement les infirmières des CLSC 1 et 2 et celles desservant les clientèles post-opératoire et post-hospitalisation aux CLSC 3 et 4. Par contre, au moment de l'étude, l'encadrement du SAD 4 venait de reconnaître avec les infirmières du court-terme qu'une charge quotidienne maximale de cas ne devait pas dépasser sept clients. Au delà de ce maximum, les nouvelles demandes étaient attribuées à des infirmières d'agence privée.

La pression exercée sur les infirmières peut avoir un effet négatif sur la transmission et le partage des savoir-faire de prudence. Par contre, le fait qu'une entente soit intervenue, au CLSC 4, entre les infirmières et l'encadrement et qu'elles aient retrouvé ainsi un certain contrôle sur la gestion de leur charge de travail ne peut avoir, au contraire, qu'un effet bénéfique sur leur santé.

Chez les AFS, ce sont plutôt les règles de gestion des routes qui diffèrent. Par souci de rationalisation maximum du temps de travail des auxiliaires régulières, les remplacements au CLSC 2 sont répartis entre plusieurs auxiliaires, ce qui nuit à la prévention des postures critiques et à l'élaboration de stratégies de protection. Cette façon de faire nuit également à la transmission des savoirs de prudence des expérimentées vers les novices, étant donné que l'auxiliaire régulière doit transmettre l'information à plusieurs personnes plutôt qu'à une seule, nécessitant de sa part beaucoup de disponibilité et d'énergie (annexe E).

Au CLSC 3, on propose de changer les auxiliaires de zone, après un certain temps, afin d'éviter le développement d'une relation trop familière avec les clients. Ce choix de gestion des routes ne tient pas compte de l'énergie investie pour construire une relation de confiance avec les clients et du rôle de la connaissance du cas sur la sécurité du personnel. De plus, comme au CLSC 2, les remplacements sont éparpillées entre plusieurs auxiliaires occasionnelles, souvent en demi-journée, court-circuitant tous les acquis liés aux savoir-faire accumulés chez les clients. Les auxiliaires ont par contre davantage de temps d'échange entre elles, au moment de ces changements de zones (ou des remplacements de plusieurs jours) afin de se transmettre l'information nécessaire sur les clients. Le CLSC 3 est également le seul CLSC qui limite pour les auxiliaires les possibilités de changer l'ordre quotidien des visites. Nous avons pu démontrer, à la section 7.1, l'impact positif d'une telle marge de manœuvre en regard de la charge quotidienne de travail. C'est donc au CLSC 3 que les choix en matière de gestion des routes semblent nuire le plus au développement et au partage des stratégies protectrices.

Au CLSC 4, les routes sont remises au AFS par une chef d'équipe et des réaménagement possibles sont discutés sur place, selon la connaissance du cas. De plus, une enquête portant sur la qualité des services, menée auprès des clients desservis, a renforcé le choix de la stabilité des routes, les clients ayant rapporté des difficultés à s'adapter à des intervenants divers. La gestion des routes tente maintenant de tenir compte le plus possible de ce critère. Ce CLSC 4 présente donc le mode de gestion des routes le plus propice au développement de stratégies protectrices par les AFS.

9.2.1.5 Les mécanismes formels de transmission et de circulation de l'information

L'enjeu de la transmission des informations a été soulevé dans tous les CLSC étudiés. Les CLSC diffèrent dans les moyens mis en place pour répondre au défi de la circulation de l'information dans un contexte où une partie appréciable du travail se réalise à l'extérieur des murs de l'organisation et où les effectifs sont dispersés sur un vaste territoire. L'augmentation du nombre de personnes au sein des équipes soulève de surcroît de nouvelles difficultés sur ce plan et plusieurs chefs de programme sont préoccupés par la question. Compte tenu des limites budgétaires et de l'accroissement de la demande de services, il devient de plus en plus difficile pour certains de justifier le maintien de réunions mobilisant un nombre important de personnes devant être remplacées par du personnel occasionnel ou d'agence pour ne pas nuire à la prestation de service.

Outre toutes les stratégies informelles de circulation d'information documentées dans les quatre études de cas, les CLSC mettent en place différentes formes de réunions pour la favoriser. Trois CLSC sur quatre organisent des réunions professionnelles à fréquence régulière. Mais c'est aux CLSC 2 et 4 qu'elles sont les plus fréquentes; le CLSC 1 ne propose pas d'horaire régulier pour les réunions professionnelles. Les observations réalisées dans ce dernier ont d'ailleurs révélé que les infirmières participent peu aux réunions par manque de temps, alors que celles des auxiliaires ont repris après un arrêt d'environ deux ans. L'analyse des réunions professionnelles a mis en évidence le rôle qu'elles jouent dans la transmission des savoirs de métier et particulièrement la transmission intergénérationnelle. La planification régulière de ce type de réunions est donc un soutien au développement et au partage de stratégies protectrices, tant pour les infirmières que pour les auxiliaires.

Les réunions multidisciplinaires sont un autre espace formel d'échange d'information sur les clients et les interventions. Ce travail en équipe multidisciplinaire est mis de l'avant comme une caractéristique propre au CLSC pour approcher la complexité des enjeux de la santé communautaire. Ceux-ci poussent notamment à la mise en place d'une structure multidisciplinaire regroupant un ensemble de professionnels de la santé desservant un territoire commun. Trois CLSC sur quatre ont implanté de telles réunions. Mais le CLSC 2 présente un cas particulier. Rappelons qu'il est le fruit d'une fusion volontaire de deux CLSC correspondant aujourd'hui aux deux territoires desservis par la nouvelle entité. L'un des deux CLSC utilisait déjà les réunions multidisciplinaires comme mode de circulation de l'information et les intervenants ont décidé de maintenir cette structure dans un des territoires. Par contre, dans l'autre territoire, ces réunions n'existent pas. Les échanges entre professionnels de disciplines diverses se font selon la disponibilité de chacun : on les appelle « des réunions de secteur ». Au CLSC 3 et 4, des réunions multi se tiennent à toutes les deux semaines dans les équipes de MAD. Au CLSC 3, notamment, tous les cas sont discutés avec l'ensemble des intervenants d'un territoire, ce qui favorise le partage de savoir-faire et le développement de stratégies communes d'intervention (section 7.5). D'après les chefs de programmes du CLSC 4, le nombre important d'intervenants par équipe rend difficile ces discussions en grand groupe, plusieurs intervenants se sentant moins concernés par certains cas. La formule des petits groupes a donc été implantée dernièrement pour tenter de pallier à ces difficultés, tout en reconnaissant l'importance des échanges multidisciplinaires. L'exemple de la « dame au bas » (chapitre 5) a permis d'illustrer le rôle protecteur que peut jouer ce type de réunions. La planification de réunions multidisciplinaires

régulières est une caractéristique de l'organisation du travail qui agit comme soutien au développement et à la transmission de stratégies protectrices. Et leur absence a un effet inverse.

9.2.1.6 Reconnaissance du travail de pivot des infirmières et soutien clinique et administratif

C'est seulement au CLSC 2 que les infirmières n'ont pas de statut d'intervenante-pivot bien qu'il s'agisse du seul CLSC ayant implanté le suivi systématique de la clientèle, un outil qui confirme l'importance du rôle de l'infirmière dans le suivi des clientèles. La reconnaissance du statut de pivot par les CLSC est un des moyens structurels pour reconnaître tout le temps consacré à l'organisation du plan d'intervention et au suivi des dossiers par les infirmières. Ce temps représente près de 50 % du temps de travail des infirmières au CLSC. Or, rappelons, que d'après les outils de gestion du MSSS, seul le temps consacré aux interventions directes, c'est-à-dire le temps passé à domicile, est comptabilisé pour rendre compte du travail des infirmières. Il y a donc un écart important entre la part du travail rendu visible par ces outils et le travail réel des infirmières. La reconnaissance du statut de pivot lève le voile, du moins en partie, sur cette part cachée du travail bien qu'il ne garantisse pas que l'ensemble du travail invisible soit réellement reconnu, comme nous avons pu le constater au CLSC 1.

Par contre, une responsabilité accompagne ce statut. La structure des équipes, ainsi que leur mode de fonctionnement, font en sorte que cette responsabilité puisse être ou non partagée et soutenue par le collectif d'infirmières. Au CLSC 1, dans une équipe du CLSC 2 et dans l'équipe du précoce du CLSC 4, cette responsabilité est plus difficile à partager et elle repose sur une seule infirmière. Ce fait limite l'entraide entre les infirmières et peut être une contrainte sérieuse surtout lorsque la santé de plusieurs clients se détériorent en même temps. Ainsi, d'après nos résultats, le fait qu'un CLSC reconnaisse le statut d'intervenante-pivot et que la composition des équipes permette le partage de cette responsabilité a plus de chance d'avoir un effet positif sur la préservation de la santé des infirmières et le partage des stratégies protectrices.

En plus de la reconnaissance du statut de pivot, les CLSC ont mis plus ou moins en place, pour les infirmières, des mécanismes de soutien clinique particulier pour les infirmières et de soutien administratif afin de les décharger de certaines tâches. Le CLSC 1 est celui qui semble prêter le moins d'attention à l'importance du soutien clinique, l'infirmière bachelière en poste ne pouvant consacrer qu'environ 25 % de son temps au SAD (Annexe A). En outre, aucun soutien administratif particulier n'a été mis en place. Au CLSC 2, l'infirmière clinicienne joue un rôle déterminant de soutien et d'encadrement apprécié par le collectif d'infirmières. Elle n'a pas pu néanmoins apporter son soutien aux infirmières lors de l'implantation du SSC puisqu'elle était elle-même absente du travail pour problème de santé. Aux CLSC 3 et 4, des mécanismes de soutien ont été mis en place afin d'assurer d'une part, une meilleure coordination avec les centres hospitaliers ou les agences privées et de réduire, d'autre part, le temps consacré à des tâches comme la commande du matériel, la préparation des sacs de soins, etc. (en créant un poste de commis). L'objectif est de tenter d'agir sur une partie des contraintes de temps pesant sur les infirmières. Ces différents mécanismes de soutien sont appréciés par les infirmières et celles-ci confirment qu'ils atténuent une partie de ces contraintes. Ils jouent donc un rôle protecteur en agissant à la fois sur le développement de compétence et sur les marges de manœuvre. L'absence de tels mécanismes a un effet inverse.

9.2.1.7 Reconnaissance du travail des AFS







La reconnaissance des auxiliaires par les cadres et les professionnels est également un enjeu important. Elle se traduit dans les interactions quotidiennes, au sein des équipes, mais également par la place accordée aux auxiliaires au sein des différentes structures. Cette reconnaissance semble plus élevée aux CLSC 3 et 4 où les auxiliaires participent activement aux réunions multidisciplinaires et où leur apport est reconnu. Le CLSC 4 se distingue notamment des trois autres par les différentes structures mises en place spécifiquement pour les auxiliaires et visant l'élargissement de leur responsabilité. Tel que décrit à la section 7.8, ce CLSC a créé un conseil professionnel des auxiliaires dont la mission est de débattre des différents enjeux de la transformation du métier, dans le contexte entre autres de la loi 90 sur la réforme du code des professions. De plus, bon nombre d'auxiliaires ont été formées pour assurer elles-mêmes certaines évaluations de salles de bain à domicile et s'occuper de l'installation d'équipements d'aide aux soins d'hygiène. Cette tâche est assurée en totalité par les ergothérapeutes dans les trois autres CLSC. Au CLSC 2, la reconnaissance des auxiliaires n'est pas la même d'une équipe à l'autre et doit être interprétée au travers de la culture antérieure à la fusion des CLSC. Au CLSC 1, les auxiliaires déplorent le manque de reconnaissance de l'importance de leur travail, le double discours à ce sujet et un manque de respect pour leur fonction, leur rôle et leur statut. Les divers modes de reconnaissance mis en place par les organisations ont un impact positif, entre autres, sur la santé psychologique, ainsi que d'autres études l'ont déjà démontrées (chapitre 2).

9.2.2 Comparaison des pratiques de gestion des changements

Ce sont des pratiques de gestion qui fondent l'organisation formelle du travail. Un exemple de pratique en question a pu être observé ces dernières années dans les SAD qui ont piloté un certain nombre de changements (tableau 9.3). Il en ressort que dans tous les CLSC, ces changements se sont faits sans réelle consultation des employés. On peut même dire que dans certains cas, ils ont eu lieu en l'absence de personnes-clé agissant au sein des collectifs. Il en est ainsi du CLSC 4 qui a implanté le travail de fin de semaine pour les auxiliaires et la gestion informatisée des horaires alors même que la principale chef d'équipe était en congé (aménagement de pré-retraite). Le climat de tension qui s'en est suivi a provoqué l'absence de trois AFS remplaçantes (de la chef d'équipe) pendant plus de trois mois, pour troubles psychologiques (Annexe D). Même chose au CLSC 2 qui a implanté le suivi systématique des clientèles au moment où l'infirmière clinicienne était absente pour problème de santé.

Dans ce dernier CLSC, l'arrivée de la nouvelle équipe de direction, après la fusion, a conduit à une série de changements en cascade autorisant peu de temps pour l'adaptation et pas davantage pour l'évaluation des impacts et ce, malgré un niveau élevé d'insatisfaction de la part du personnel. Au CLSC 3, les pratiques de gestion étaient en mutation. Par exemple, la pratique de consultation du personnel semblait s'implanter lentement, du moins pour les changements mineurs. Par contre, d'importants changements organisationnels, tel que le changement de zone des équipes, étaient imposé par la direction du SAD malgré une forte réticence de la part des auxiliaires et autres professionnels. Au CLSC 1, finalement, le personnel a également été peu consulté à propos des changements à venir.

Tableau 9.3 : Caractéristiques des pratiques de gestion des changements

	CLSC 1	CLSC 2	CLSC 3	CLSC4
Implantation et gestion des changements	Implantation Horaire + discuter lors de l'absence de la chef d'équipe AFS 	Implantation en cascade de plusieurs changements sans consultation - Horaire + - OMC, SSC, lors de l'absence de l'infirmière clinicienne - Informatisation des prélèvements 	Implantation sans consultation - Changement de zone - Nouveaux horaires de travail 	Allongement de la plage de service et introduction du travail de fin de semaine Implanté lors de l'absence d'une des principales chefs d'équipe des AFS 
Participation aux décisions	En progression mais pas de structure formalisée 	Mise en place d'un comité pour corriger les erreurs de l'implantation du suivi systématique de clientèle	Mise en place de comités pour solutionner des problèmes de fonctionnement	Nouvelle pratique de cercle de qualité visant un processus d'amélioration continue 

Légende : Les + et les – indiquent les CLSC qui s'opposent le plus en regard de la variable considérée.

Dans les quatre CLSC, le contexte de changement semble avoir eu des effets négatifs sur le climat de travail et parfois sur la santé des personnels. Ces changements imposés, sans tenir compte des exigences réelles de l'activité de travail, semblent avoir en définitive un effet négatif sur la mise en œuvre des stratégies protectrices, en transformant les conditions de leur mise en œuvre.

Le contexte de changement et les difficultés d'implantation rencontrées par les SAD ont amené certains établissements à mettre en place des comités de travail pour tenter d'améliorer la situation ou prévenir les problèmes. Au CLSC 2, la participation des travailleurs est sollicitée lors de difficultés mais elle ne s'intègre pas dans les pratiques courantes de gestion. Au CLSC 3, un comité inter-programmes a été mis en place pour solutionner différents problèmes de fonctionnement; mais aux dires des employés, il n'assure pas vraiment le suivi des décisions. Par contre, au SAD, les suggestions du comité de l'organisation du travail ont été appliquées et sont appréciées des intervenants. Au CLSC 1, les employés semblent un peu plus consultés mais aucune structure particulière n'a été mise en place. Enfin, le CLSC 4 expérimentait depuis une année environ, avant le début de cette étude, la mise en place de cercles de qualité visant l'amélioration continue de la qualité des services au SAD. Cette expérience laisse croire à une transformation progressive des pratiques de gestion privilégiant davantage une conduite participative des changements, mieux intégrée au fonctionnement du service. Les pistes de solutions explorées à ce niveau semblent tout à fait s'orienter vers une convergence des enjeux de qualité et de SST. L'amélioration de la stabilité des routes, par exemple, favorisant à la fois une meilleure continuité de service pour les clientèles et une meilleure connaissance des cas par les auxiliaires faisait partie d'une des pistes priorisées par les cercles de qualité (Annexe D). Ainsi, le développement de pratiques de gestion des changements, s'appuyant sur une démarche

participative, semble avoir un effet positif sur la mise en place de conditions favorisant le développement et la transmission de stratégies protectrices.

9.3 Comparaison de la performance SST des quatre SAD

Les modes d'organisation du travail et les pratiques de gestion des changements déterminent, en partie, le contexte organisationnel dans lequel l'activité de travail des auxiliaires et des infirmières est mise en œuvre. Ces conditions d'exercice du travail ont un impact sur la SST des personnels. Dans cette section, nous comparons la performance SST des quatre SAD. Pour ce faire, nous avons retenu trois types d'indicateurs : des d'indicateurs rétrospectifs ou de mesure de résultats, des indicateurs d'état et enfin des indicateurs prospectifs.

9.3.1 La performance en SST selon les indicateurs de mesure de résultats

Rappelons que trois indicateurs de mesure ont été développés pour comparer chacun des SAD : le taux de fréquence, la durée moyenne d'absence et le taux quotidien d'absence qui combine ces deux derniers (tableau 9.4). Ces indicateurs ne tiennent pas compte seulement du nombre de lésions compensées par la SST mais incluent également le nombre d'assignations temporaires ainsi que le nombre d'absences potentiellement reliées au travail (APRT). Les APRT réfèrent aux absences pour problèmes de santé compensés par l'assurance salaire, d'une durée de plus de trois jours, présentant des diagnostics de troubles musculo-squelettiques ou de troubles psychologiques. Pour les quatre SAD, le taux de fréquence combiné d'absence est plus élevé que le taux de fréquence calculé seulement à partir des lésions compensées par la CSST (annexes A, B, C et D)

Des quatre CLSC, le CLSC 2, présente le taux de fréquence d'absence le plus élevé tant pour les auxiliaires que pour les infirmières. Lorsqu'on le compare au CLSC 4, de taille semblable, on constate une différence importante du taux de fréquence d'absence chez les auxiliaires. Mais cette différence est moins grande pour les infirmières. Trois des quatre CLSC présentent un taux de fréquence d'absence comparable pour les auxiliaires tandis que celui des infirmières varient beaucoup plus d'un CLSC à l'autre.

Tableau 9.4 : Comparaison des indicateurs de résultats des quatre SAD

	SAD 1	SAD 2	SAD 3	SAD 4
Taux de fréquence	AFS : 21,5 % INF : 7,1 %	AFS : 51,8 % INF : 51,1 %	AFS : 20,2 % INF : 18,5 % ¹	AFS : 19 % INF : 31,5 %
Durée moyenne	AFS : 52,5 INF : 76,2	AFS : 41,1 INF : 32,4	AFS : 43,3 INF : 47,7	AFS : 63,2 INF : 146,1
Taux quotidien d'absence	AFS : 5,1 INF : 0,6	AFS : 9,7 INF : 7,7	AFS : 4 INF : 5,5	AFS : 5,6 INF : 22,4

¹ Le taux de fréquence, la durée moyenne d'absence ainsi que le taux quotidien d'absence des infirmières du CLSC 3 peut être sous-estimé puisque les effectifs considérés concernent l'ensemble des infirmières de l'ambulatorio et non seulement celles qui vont à domicile

Légende : Les + et les – indiquent les CLSC qui s'opposent le plus en regard de la variable considérée.

La distribution de la durée moyenne d'absence suit une autre tendance. C'est au CLSC 4 qu'elle est la plus élevée tant au niveau des auxiliaires que des infirmières. La durée moyenne d'absence pour les infirmières est plus de deux fois plus longue que celle des autres CLSC. Cette différence inverse entre le CLSC 2 et 4 peut s'expliquer, en partie, par des choix de pratique de gestion de la SST. Alors que le CLSC 2 recourt systématiquement à l'assignation temporaire, le CLSC 4 n'utilise pas ce mode de gestion. Nous faisons l'hypothèse que cette pratique permet de réduire artificiellement la durée moyenne d'absence et qu'elle laisse croire à une gravité moindre des accidents de travail.

Le taux quotidien d'absence correspond au nombre d'individus sur 100 absents chaque jour. Il est beaucoup plus élevé pour les infirmières du CLSC 4. Si on rapporte ce taux aux effectifs du SAD 4, celui-ci correspond à 3,8 infirmières par jour qui sont absentes pour cause de problèmes de santé et de sécurité reliés au travail. Ces chiffres sont préoccupants puisqu'ils constituent un défi pour les gestionnaires responsables des remplacements, dans un contexte budgétaire serré et de pénurie de main-d'œuvre, de même que pour les collègues responsables d'assurer la permanence et la qualité des services. Bien que le CLSC 1 présente le taux le plus bas, les données obtenues font ressortir ici aussi que les pratiques d'assignation temporaires sont significatives et que les infirmières semblent davantage qu'ailleurs changer de programme lorsqu'elles sentent leur limite atteinte.

Nous pouvons donc constater qu'en fonction du type d'indicateur de résultat retenu, la performance en SST des quatre SAD varie. En retenant le taux de fréquence, c'est le CLSC 2 qui présente la performance la plus faible tant pour les AFS que pour les infirmières. Si on retient plutôt la durée moyenne d'absence ainsi que le taux quotidien d'absence, c'est le CLSC 4 qui présente la moins bonne performance, particulièrement chez les infirmières. Or ces deux derniers indicateurs sont plus sensibles aux pratiques de gestion de la SST tels que l'assignation temporaire et le suivi serré des absences pour problème de santé qui diffèrent d'un CLSC à l'autre. Dans ce contexte, il nous semble plus approprié de retenir le taux de fréquence comme indicateur de résultat de la performance en SST dans nos analyses subséquentes (section 4), bien qu'il ne puisse rendre compte de l'effet du roulement du personnel.

9.3.2 La performance en SST selon des indicateurs d'état

Les indicateurs de résultats rendent compte d'événements passés ayant eu un impact sur la santé et la sécurité. Afin de dresser un portrait de la SST dans chaque SAD, au moment de l'étude, un questionnaire visant à caractériser la santé psychologique et la prévalence de douleurs musculo-squelettiques a été administré à l'ensemble des auxiliaires et des infirmières.

Bien que le taux de réponse au questionnaire soit relativement faible, les données recueillies permettent, malgré tout, de dégager certaines tendances fort instructives. Ainsi, la santé psychologique des auxiliaires et des infirmières, pour chaque SAD a été caractérisée selon deux critères : le niveau d'épuisement émotionnel et le degré d'accomplissement personnel. De même, un portrait de la prévalence des douleurs musculo-squelettiques a été établi à partir du pourcentage de répondants associant ces douleurs à leur travail.

Contrairement aux autres CLSC, aucun résultat des auxiliaires du CLSC 4 ne présente une cote élevée sur l'échelle d'épuisement émotionnel tandis que les trois autres CLSC sont comparables

et se situent à un niveau moyen de risque (tableau 9.5). Ce qui surprend avant tout, c'est le nombre important d'auxiliaires et d'infirmières dans chaque CLSC qui disent ne pas se réaliser dans leur travail. Or plusieurs travaux identifient l'accomplissement professionnel comme un facteur de préservation de santé mentale. Ce sont les infirmières du CLSC 4 qui rapportent le plus s'accomplir dans leur travail.

Tableau 9.5 : Indicateurs de santé psychologique des quatre SAD

	SAD 1	SAD 2	SAD 3	SAD 4
<i>Épuisement émotionnel</i>	AFS : moyen INF: faible	AFS : moyen INF : moyen	AFS moyen INF : moyen	AFS : aucune INF :moyen
<i>Ne s'accomplit pas dans son travail</i>	AFS très élevé INF: élevé	AFS : très élevé INF: élevé	AFS : très élevé INF: élevé	AFS : élevé INF:moyen

Faible : moins de 15 % des répondants ; Moyen : de 16 à 50% des répondants; Élevé : de 50 et 75% des répondants; Très élevé : plus de 75%
Légende : Les + et les – indiquent les CLSC qui s'opposent le plus en regard de la variable considérée.

Quant à l'importance des douleurs musculo-squelettiques rapportées, les AFS du CLSC 3 signalent plus de douleur au dos et aux jambes que celles des deux autres CLSC (tableau 9.6). Ce sont les infirmières des CLSC 3 et 1 qui rapportent le plus de douleur au dos et au cou bien que la prévalence de douleur au dos soit élevée chez les infirmières des quatre CLSC.

Si on compare ce portrait d'état avec les mesures de résultats du tableau 4, on constate que ces dernières ne rendent pas compte nécessairement du niveau de vulnérabilité de la SST du personnel. En effet, bien que le CLSC 3 présente un taux de fréquence d'absence relativement faible par rapport aux trois autres CLSC, le personnel rapporte plus de douleurs musculo-squelettiques et les indicateurs de santé psychologique y sont préoccupants⁵⁵. Des informations recensées sur le mode de gestion des réclamations offrent peut-être une explication. Il semble, en effet, que la direction générale de ce CLSC exerçait une contestation systématique et du harcèlement auprès des personnes transmettant des demandes d'indemnisation à la CSST et à l'assurance salaire (annexe C). Cette pratique limitait peut-être les déclarations d'accident et de maladie et amenait le personnel à travailler malgré un niveau de souffrance physique important. En effet, plus de 75 % des répondants de ce CLSC rapportent des douleurs au dos qu'elles associent à leur travail au SAD.

Tableau 9.6 : Indicateurs de l'importance des douleurs musculo-squelettiques

	SAD 1	SAD 2	SAD 3	SAD 4
AFS <i>Dos</i>	moyen	élevé	très élevé	moyen
<i>Jambe</i>	faible	moyen	élevé	faible
Infirmières <i>Dos</i>	élevé	élevé	très élevé	élevé
<i>Nuque/cou</i>	élevé	moyen	moyen	faible

Faible : moins de 25 % des répondants ; Moyen : de 26 à 50% des répondants; Élevé : de 51 et 75% des répondants; Très élevé : plus de 75%

⁵⁵ Notons que le taux de réponse dans ce CLSC est faible : 31 % pour les AFS et 35 % pour les infirmières

Légende : Les + et les – indiquent les CLSC qui s'opposent le plus en regard de la variable considérée.

Par contre, on constate une relation entre le taux élevé de fréquence d'absence du CLSC 2 et les indicateurs d'état, tant au niveau de la santé psychologique que des douleurs musculo-squelettiques, bien que celui-ci n'affiche pas la moins bonne performance SST lorsqu'on le compare au trois autres CLSC. Par ailleurs, les infirmières du CLSC 1 présentaient un état de santé préoccupant qui ne s'est pas révélé par les réponses au questionnaire. En effet, ces mesures ont été prises au début de notre étude alors qu'à la fin, trois infirmières sur cinq quittaient leur fonction.

9.3.3 La performance en SST selon des indicateurs prospectifs

Trois grandes catégories d'indicateurs prospectifs de la performance SST ont été retenues pour comparer les quatre SAD : la conformité du domicile, l'organisation de la prévention ainsi que les pratiques sécuritaires (tableau 9.7). Pour chaque indicateur, la performance en SST des SAD est caractérisée positivement ou négativement.

9.3.3.1 La conformité du domicile

Les CLSC se distinguent selon le niveau d'exigence formulée en regard de la conformité du domicile. Les CLSC 3 et 4 ont une politique stipulant que les services d'aide à domicile seront rendus à condition que le client accepte de se procurer et d'installer des équipements requis déterminés après évaluation de ses capacités et de son domicile. En cas de refus, les CLSC peuvent cesser le service. Cette politique concerne surtout les auxiliaires et elle permet d'installer des équipements d'aide aux soins d'hygiène rendant plus sécuritaires les manœuvres de transfert et l'assistance des clients en perte d'autonomie. Le CLSC 1 ne possède pas une telle politique et il a donc moins de contrôle sur la conformité des domiciles, lieux de travail de ses employés. Au CLSC 2, il n'y a pas consensus sur l'existence de ce type de politique. Certains intervenants nous disent qu'elle existe alors que d'autres affirment que si c'est le cas, elle n'est pas écrite. Nous avons documenté au chapitre 7 le rôle protecteur que peut jouer une telle politique sur la santé et la sécurité des AFS bien que son existence ne garantisse pas, à elle seule, leur sécurité.

9.3.3.2 L'organisation de la prévention

Les CLSC se différencient au niveau de l'organisation de la prévention. Le CLSC 1 est sur ce point celui qui semble le moins structuré. Bien qu'il y existe un CPSST et qu'un sous-comité de santé mentale ait été mis sur pied, il ne possède aucun registre d'accidents et d'incidents structuré et développe peu d'activités particulières, autre que la formation, en prévention primaire. Par contre, une intervention en prévention tertiaire, visant la gestion de conflit, se déroulait auprès des auxiliaires au moment de l'étude. Finalement, la gestion des réclamations est sous-traitée à l'extérieur.

Tableau 9.7 : Indicateurs prospectifs de performance SST des quatre SAD

	SAD 1	SAD 2	SAD 3	SAD 4
Conformité du domicile				
	Aucune politique	Trajectoire d'aide au bain ± reconnue comme une politique de mise en conformité du domicile	Politique d'équipement à domicile et qualité de l'environnement	Politique d'équipement à domicile
Organisation de la prévention				
<i>Structure formelle</i>	CPSST et comité santé-mentale	CPSST	Pas de CPSST séance de ventilation	CPSST récemment réactivé
<i>Gestion des réclamations</i>	Externe	Externe Recours systématique à l'assignation temporaire	Interne Historique de contestation	Interne
<i>Compilation des données</i>	Aucun registre	Registre d'accidents Procédure d'enquête aléatoire	Registre d'accidents et d'incidents Enquête	Registre d'accidents et d'incidents EAA systématique Déclaration de situations dangereuses
<i>Plan d'action en prévention</i>	Non Mais intervention en gestion de conflit auprès des AFS	Réduction des accidents et des piqûres d'aiguilles Politique de gestion de la présence au travail Politique sur la protection du personnel dans l'exercice de ces fonctions Politique pour contrer la violence (en cours)	Non	Non
<i>Démarche qualité</i>	Non	Non	Non	Oui
Pratiques sécuritaires				
<i>Formation en SST</i>	Pacification Prévention des infections PDSB avec mise à jour annuelle et coaching	Pacification OMEGA PDSB sans mise à jour	PDSB et mise à jour si budget disponible Coaching par instructeur	PSDB et mise à jour Coaching par instructeur AFS « évaluatrice »
<i>Intégration perçues de la prévention dans les pratiques du SAD</i>	AFS : faible INF : faible	AFS : faible INF : faible	AFS : élevé INF : faible	AFS : très élevé INF : faible

Légende : Les + et les – indiquent présentent une évaluation globale, selon chaque indicateur prospectif considéré, des organisations qui s'opposent le plus en regard de l'impact positif ou négatif sur la SST.

Le CLSC 2 semble le plus structuré du point de vue de la gestion de la prévention. Il possède un CPSST et un plan d'action très complet a été produit en 2001 avec l'aide de l'ASSTSAS. Ce plan d'action vise la réduction des accidents de travail et des piqûres d'aiguille. Une procédure d'analyse et d'enquête d'accident a été élaborée mais il semble qu'elle soit appliquée de façon aléatoire, notamment dans le cas des piqûres d'aiguille. De plus, une politique de gestion des absences de longue durée, particulièrement liées aux problèmes de santé mentale, a été développée. Elle présente de façon détaillée les différents facteurs de risque et les mécanismes de prévention devant être mis en place. Fait intéressant, elle met l'accent sur les dimensions organisationnelles de cette problématique. Or lors des discussions et des entrevues réalisées dans ce CLSC, aucun membre de l'organisation n'a référé à cette politique comme à un outil de gestion de la SST. Finalement, les cadres sont préoccupés par le climat de travail. En réponse à un questionnaire, une majorité d'employés rapporte être insatisfaite des relations avec les chefs de programmes. Ces résultats interpellent beaucoup les membres de l'équipe de gestion qui croyaient avoir mis en place, après la fusion, les conditions pour un assainissement du climat de travail.

C'est un centre hospitalier voisin qui s'occupe de la gestion des réclamations du CLSC 2 et une politique d'assignation temporaire est utilisée de façon quasi systématique. Cette pratique est remise en question par plusieurs intervenants du CLSC. Certains vont même jusqu'à se demander si elle n'augmente pas le temps de guérison. En outre, le CLSC exerce un suivi serré des absences pour lésions professionnelles et le personnel en ressent une pression. Les employés disent avoir recours plus spontanément à l'assurance salaire afin d'éviter les problèmes de contestation de leurs réclamations à la CSST.

Le CLSC 3 ne possède pas de CPSST mais les gestionnaires du SAD sont préoccupés, tant pour les auxiliaires que pour les infirmières, par les risques de problèmes musculo-squelettiques, la fatigue physique et psychologique menant à des risques d'épuisement psychologique et enfin les risques de collision et autres incidents liés aux hasards de la route. Ainsi ce CLSC a mis en place une structure particulière appelée « séance de ventilation » où l'on discute des difficultés liées au travail. Ces séances sont animées par une personne-ressource de l'extérieur et sont offertes à tous les intervenants du SAD sur une base volontaire, deux fois par mois. Ces séances offrent un lieu d'écoute et de recherche de solutions aux intervenants qui ont vécu ou sont témoins de situations difficiles ou conflictuelles à domicile. De surcroît, lorsque survient un accident, le SAD réalise des enquêtes afin d'y apporter des correctifs. La direction des ressources humaines du CLSC possède, par contre, un historique de contestation systématique et de harcèlement des personnes victimes d'un accident de travail ou devant s'absenter du travail pour raison de santé; cette pratique était en voie d'amélioration depuis le changement de direction.

Au CLSC 4, le CPSST vient d'être réactivé. Des enquêtes et analyses d'accident sont produites par le service des ressources humaines mais la prise en charge de la SST est faite au MAD directement. Il y a plus de 10 ans, le CLSC a participé à un projet-pilote avec l'ASSTSAS afin de développer un PDSB adapté aux soins à domicile. Ce projet a été porté par une chef d'équipe auxiliaire toujours très active dans le service et qui a, aux dires de ses collègues, un rôle important de vigie afin de limiter les risques d'intensification du travail. C'est le seul CLSC qui a formé des auxiliaires à l'évaluation des salles de bain en fonction des limitations fonctionnelles des clients afin que des équipements essentiels à la prestation de service et à la sécurité y soient installés. Bien que ne possédant pas de plan d'action en prévention, il est engagé depuis deux ans

dans la mise en place de cercles de qualité visant l'amélioration des services. Un premier cercle de qualité a été implanté au SAD et les priorités de transformation concernent la stabilité des routes et la circulation de l'information sur les clients, deux éléments qui ont aussi un impact positif sur la SST, comme nous l'avons démontré au chapitre 7.

9.3.3.3 Les pratiques sécuritaires

Le troisième indicateur prospectif de performance en SST a trait aux pratiques sécuritaires. Bien que les quatre CLSC offrent de la formation pour modifier les comportements (principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB), technique de pacification pour contrer l'agressivité de la clientèle, etc.), ils diffèrent quant à la pérennité de ces formations. Les CLSC 1, 3 et 4 tendent à offrir des mises à jour régulières du PDSB pour les auxiliaires, mais ces mises à jour semblent davantage tributaires du budget pour les CLSC 1 et 3. Ces CLSC ont en outre des instructeurs formés qui assurent, au besoin, du soutien aux auxiliaires. Par contre, le CLSC 2 n'offre pas de mise à jour régulière. Le CLSC 4 est le seul à former certaines auxiliaires à l'estimation des salles de bain et à leur offrir de participer à des colloques sur les aides techniques. Aucun CLSC ne semble avoir offert aux infirmières de formation relative aux postures sécuritaires développées pour elles par l'ASSTSAS.

Malgré la présence de différentes structures, mécanismes et politiques visant la SST, leur niveau d'intégration dans les pratiques quotidiennes de travail permet de différencier les CLSC. Le CLSC 1 semble peu structuré au niveau de la SST dont le niveau d'intégration dans les pratiques nous est apparu faible. Dans les faits, les quelques actions mises en place, particulièrement l'intervention en gestion de conflit, ont fait suite à une situation de crise psychosociale au sein du groupe des auxiliaires qui a exigé une réaction de la part de l'encadrement.

Le cas du CLSC 2 est particulièrement intéressant. Sur papier, ce CLSC est celui dont l'organisation de la prévention est la mieux structurée. Mais dans les faits, les différentes politiques sont peu connues des personnels du SAD et peu ou pas mises en application. Tant les gestionnaires du SAD que les auxiliaires et les infirmières font rarement référence à ces politiques comme des outils de gestion de la SST. Le climat de travail est tendu et les pratiques systématiques d'assignation temporaire de même que la pression perçue pour un retour au travail rapide n'améliorent en rien les relations. Ainsi, le niveau d'intégration perçu de la SST dans les pratiques quotidiennes de travail nous est apparu faible. Rappelons que ce CLSC présente le taux de fréquence d'absence le plus élevé des quatre CLSC, tant pour les auxiliaires que pour les infirmières.

À l'inverse, les CLSC 3 et 4 présentent un niveau d'intégration perçu de la SST dans les pratiques quotidiennes élevé, particulièrement pour les auxiliaires. Les préoccupations de SST teintent davantage le discours des gestionnaires et des employés et les observations de réunions et de l'activité de travail ont mis en évidence la place occupée par les stratégies de prudence et le partage de ces stratégies, souvent construites avec l'expérience, dans les pratiques quotidiennes du SAD. Au CLSC 4, une chef d'équipe en a fait sa priorité et est reconnue en ce sens par ces collègues. Par contre, au sein d'un même CLSC, l'intégration de la SST semble beaucoup plus faible au niveau des pratiques quotidiennes des infirmières et de leurs chefs de programme. Ceci illustre bien comment une organisation combine à la fois structures et interactions et ne peut pas être approchée comme si elle était monolithique.

9.4 Parallèle entre les modes d'organisation du travail et la performance SST

Après avoir comparé les modes d'organisation du travail des quatre SAD ainsi que leur performance SST, nous proposons d'établir un parallèle entre la présence de différents facteurs organisationnels agissant positivement ou négativement sur le développement de stratégies protectrices et la performance SST de chaque SAD (tableau 9.8).

Globalement, le CLSC 4 qui présente le plus de composantes organisationnelles soutenant positivement l'activité de travail des auxiliaires et des infirmières possède une meilleure performance SST, particulièrement au niveau des indicateurs de résultats, des indicateurs d'état ainsi qu'au niveau de l'intégration perçue de la prévention dans les pratiques de gestion du SAD. Par contre, c'est ce CLSC qui présente les plus longues durées moyennes d'absence tant chez les auxiliaires que chez les infirmières. Rappelons que contrairement au CLSC 2 et 3, le CLSC 4 ne recourt pas à l'assignation temporaire et ne possède pas d'historique de contestation des demandes d'indemnisation.

Au contraire, le CLSC 2, combinant plusieurs composantes organisationnelles à l'effet plutôt négatif sur l'activité de travail présente la moins bonne performance SST selon les indicateurs de résultats bien que les indicateurs prospectifs caractérisant le niveau de structuration de la prévention dans cet établissement soient positifs.

Les CLSC 1 et 3 occupent des positions mitoyennes dans ce continuum. Le CLSC 1 cumule un certain nombre de composantes agissant plutôt négativement sur l'activité de travail des infirmières et des auxiliaires. Cependant, peu d'effets se traduisent au niveau des indicateurs de résultats et ce, même s'il s'agit du CLSC, parmi les quatre établissements à l'étude, où la prévention est la moins structurée. Rappelons qu'il s'agit du CLSC où la charge de cas quotidienne des AFS est la plus faible des quatre CLSC et où le taux de fréquence d'absence des infirmières est paradoxalement le plus faible des quatre CLSC, bien que nous ayons mis en évidence plusieurs contraintes agissant sur le travail de ces dernières. La présence des chercheurs sur le terrain permet d'avancer certaines explications à ce paradoxe. En effet, il s'agit du CLSC où nous avons pu dénombrer le plus d'infirmières ayant décidé de quitter le SAD pour se relocaliser ailleurs dans le CLSC. De plus, lors de notre présence sur le terrain, nous avons pu percevoir la souffrance de ce collectif et avons été témoin d'un événement accidentel, d'un départ en épuisement professionnel, et de deux départs du service. Or les indicateurs de résultats retenus ici pour mesurer la performance se rapportent à des événements qui se sont produits au cours des trois dernières années et sont donc en décalage avec la réalité actuelle des conditions d'exercice du travail telles que nous les avons décrites dans cette étude.

Tableau 9.8 : Parallèles entre les modes d'organisation du travail des quatre SAD et trois types d'indicateurs de performance SST

	SAD 1	SAD 2	SAD 3	SAD4
<i>Personnel occasionnel</i>		.INF	.AFS	INF et AFS
<i>Répartition des clientèles</i>				
<i>Charge quotidienne de travail</i>	INF et AFS 	INF et AFS 		
<i>Interventions/ETC</i>	AFS INF	AFS INF		
<i>Gestion des routes</i>	INF AFS	INF	INF AFS	INF AFS
<i>Réunion professionnelle</i>				
<i>Réunion multi</i>				
<i>Reconnaissance des pivots (INF)</i>				
<i>Mécanisme de soutien des INF</i>				
<i>Reconnaissance AFS</i>				
<i>Implantation des changements</i>				
<i>Participation aux décisions</i>				
PERFORMANCE SST				
<i>Indicateurs de résultats</i>	AFS INF	 		
<i>Indicateurs d'état</i>	AFS INF		 	
<i>Indicateurs prospectifs</i>				
<i>Conformité, organisation de la prévention</i>				
<i>Intégration perçue de la prévention dans le SAD</i>				

Légende : Les + et les – indiquent présentent une évaluation globale, selon chaque indicateur considéré, des organisations qui s'opposent le plus en regard de l'impact positif ou négatif sur la SST.

La performance SST du CLSC 3 varie selon qu'on retient des indicateurs de résultats ou des indicateurs d'état. Bien que ce CLSC se situe au deuxième rang selon le taux de fréquence, la durée d'absence et le taux quotidien d'absence, les indicateurs d'état qui permettent d'appréhender l'incidence des symptômes musculo-squelettiques et de santé psychologique apporte une nuance importante à ce constat. Bien qu'une majorité de caractéristiques organisationnelles ont plutôt un rôle positif sur l'activité de travail, deux d'entre elles, soit l'importance du personnel occasionnel et le peu de marge de manœuvre en ce qui a trait à la gestion des routes par les auxiliaires peuvent avoir joué un rôle à ce niveau. De plus, le très faible taux d'incidence de lésions professionnelles indemnisées qui réduit par le fait même le taux

d'incidence d'absence peut être le reflet de pratique de gestion de contestation des absences, comme certains participants de ce CLSC nous l'ont rapporté en entrevue.

Retenons de ces résultats que la mise en place d'un mode d'organisation du travail supportant le développement de stratégies protectrices se reflète au niveau de la performance SST même si le niveau d'organisation de la prévention n'est pas optimal. À l'inverse, l'absence d'un mode d'organisation du travail supportant le développement de stratégies protectrices a un impact négatif sur la performance SST et ne peut être compensée par une organisation de la prévention qui semble, sur papier, rencontrer les règles de l'art. L'intégration des pratiques préventives dans l'exercice quotidien du travail, tant au niveau de l'encadrement que des travailleurs, fait ici la différence. Les résultats confirment également l'importance de s'appuyer sur une diversité d'indicateurs pour caractériser la performance SST d'une organisation; la connaissance des pratiques réelles de gestion de la prévention et du travail est un atout indéniable dans ce type d'estimation.

10. DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Cette étude aborde au sens large la santé et la sécurité au travail des AFS et des infirmières de soins à domicile. Ceci veut dire qu'elle s'intéresse aux absences pour problèmes de santé et de sécurité, qu'elles soient compensées par la CSST, par l'assurance salaire ou le CLSC pour l'assignation temporaire (prévention tertiaire) ainsi qu'aux manifestations de douleurs musculo-squelettiques ou de troubles psychologiques déclarées par les travailleuses au moment de l'étude (prévention secondaire). Enfin, elle vise à identifier les sources de ces manifestations, qu'elles relèvent de l'organisation ou de l'environnement (prévention primaire), afin d'agir sur elles et d'en réduire les impacts négatifs (Vinet, 2004).

Plusieurs indicateurs ont été utilisés qui montrent un portrait très préoccupant de la SST des AFS et des infirmières de soins à domicile. Ceci concorde avec les résultats d'autres études (Cloutier et coll. 1998; Dellve et coll., 2003; Denton et coll., 2003; Rocher, 1990; Torgen, 1995). Cependant, aucune d'entre elles n'a utilisé un éventail d'indicateurs aussi large que la présente étude :

- Le taux de fréquence et le taux quotidien d'absence pour lésions professionnelles compensées par la CSST sont supérieurs à la moyenne québécoise;
- Le taux de fréquence et le taux quotidien d'absence pour les assignations temporaires sont élevés dans certains CLSC;
- Les lésions professionnelles ainsi que les cas d'assignation temporaire sont principalement associées à des douleurs musculo-squelettiques;
- Les absences de longue durée causées par des douleurs musculo-squelettiques et des troubles psychologiques sont plus nombreuses que les lésions professionnelles indemnisées par la CSST et elles représentent plus de la moitié de l'ensemble des absences de longue durée compensées par l'assurance salaire;
- Le taux de fréquence et le taux quotidien d'absence de longue durée compensées par l'assurance salaire causées par des douleurs musculo-squelettiques et des troubles psychologiques sont plus élevés que ceux associés aux lésions professionnelles indemnisées par la CSST;
- Des proportions élevées d'AFS et d'infirmières déclarent ne pas s'accomplir au travail et présentent des risques d'épuisement professionnel;
- Des proportions importantes d'AFS et d'infirmières déclarent des douleurs musculo-squelettiques au dos, au cou ou aux bras qu'elles associent au travail.

Pour faire la prévention primaire qui s'impose dans ce contexte critique, il est nécessaire d'identifier les sources de ces problèmes de TMS et de santé psychologique. Pour ce faire, notre représentation des liens entre travail et SST doit se modifier (Daniellou, 2003; Vinet, 2004). Ainsi, on postule que les atteintes à la SST du personnel sont variées, parfois multiples et non spécifiques, en ce sens que des situations de travail contraignantes peuvent entraîner l'apparition de divers problèmes selon les individus. Nous avons donc comparé différents milieux de travail afin de dégager des pistes de prévention efficaces. Nous soulignons dans ce qui suit les principaux résultats.

Notre étude montre que pour prévenir les problèmes de SST, les AFS et les infirmières des soins à domicile, à l'instar du personnel d'autres emplois dans différents secteurs d'activité économiques (par exemple : Bourdouxhe et coll. 1992; Puéyo, 1998), doivent, d'une part, être capables d'anticiper les risques et, d'autre part, disposer de marges de manœuvre. Nous examinerons dans un premier temps ce que sous-entend cette capacité d'anticiper les risques et aborderons, dans un deuxième temps, la question des marges de manœuvre en insistant sur celles qui sont influencées par des décisions organisationnelles.

10.1 Anticipation du risque dans un contexte de relation de service

Pour anticiper le risque, les AFS et les infirmières doivent disposer des connaissances nécessaires pour s'ajuster aux multiples variations caractérisant le travail à domicile. Or, cette connaissance utile à la SST, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, intègre de nombreuses dimensions du travail à domicile dont les tâches, l'expérience du métier, les particularités des usagers et de leurs réseaux, les territoires, l'environnement de travail, les équipements et procédures, les collègues de travail et l'organisation du travail. Ainsi, avec l'expérience de situations de travail réelles, le personnel construit petit à petit cette connaissance du cas qui est nécessaire à sa sécurité et à celle des usagers.

L'expérience du métier est fort utile pour préserver des accidents et des absences pour raison de santé, comme les résultats le démontrent. En effet, le personnel expérimenté développe de nombreuses stratégies posturales, procédurales, relationnelles, de gain de temps et une meilleure connaissance de ses capacités personnelles qui lui permettent de se protéger des risques et d'amoindrir les contraintes rencontrées dans son travail. Ces constats concordent avec ceux d'autres études portant sur l'impact du vieillissement des travailleurs (Cloutier, 1994; Gaudart, Weill-Fassina, 1999; Puéyo, 1998). Ce que notre recherche montre de particulier, c'est que cette expérience du métier et cette meilleure connaissance de ses capacités ne sont pas les seuls éléments à considérer lorsqu'on s'intéresse à la construction des stratégies de protection. Un autre élément fort important s'ajoute, c'est l'expérience du cas que nous avons appelée la connaissance du cas. Cet élément est d'autant plus important que les AFS et les infirmières des soins à domicile travaillent dans un environnement changeant, qu'elles sont isolées et que leur « objet de travail » est un être humain souffrant avec qui elles entrent en interaction (de même qu'avec les proches de cette personne qui viennent également influencer leur travail comme les observations l'ont montré). De plus, elles travaillent dans le milieu de vie des gens, un lieu qui n'est pas neutre comme peut l'être un hôpital par exemple.

Ainsi, à titre d'exemple nous avons montré que les AFS connaissant bien les particularités de leurs clients (santé, capacité, état psychologique, etc.) et de l'environnement de travail à domicile adoptent davantage de stratégies posturales et procédurales que celles qui ne les connaissent pas. Les infirmières, quant à elles, peuvent mieux planifier leur route de travail pour faire face aux urgences qui viennent fréquemment désorganiser leur horaire. Ces résultats concordent avec ceux de Seifert et Messing (2004) qui montrent que la discontinuité des horaires de travail réduit l'information sur les patients dont disposent les infirmières d'un hôpital de soins de longue durée, se répercutant sur leur capacité à développer des stratégies de travail et diminuant la qualité du service offert. Gallier (2001), quant à lui, dans une étude sur les soignants d'une maison de retraite, conclut que l'absence de stabilité de la clientèle conduit à des difficultés dans la relation entre le soignant et le patient et peut même, dans des cas extrêmes, conduire certains

travailleurs à considérer les résidents comme des objets et non plus des humains. Ces résultats sont analogues au bilan de SST des éboueurs, qui oeuvrent dans un environnement aussi changeant que celui des AFS et des infirmières de soins à domicile; l'étude de Bourdouxhe et coll. (1992) montre en effet que les éboueurs qui connaissent bien leur territoire de collecte et leurs coéquipiers développent plus de stratégies protectrices que les autres et sont victimes de moins d'accidents du travail.

Cette possibilité de développer ce que nous avons appelé une bonne connaissance du cas est un choix organisationnel en ce sens qu'elle peut être favorisée ou non par certaines décisions organisationnelles. En effet, pour permettre aux travailleuses de développer cette connaissance, l'organisation du travail doit en premier lieu préserver la stabilité des clientèles desservies par le personnel. Or, nous avons vu que cela n'était pas le cas pour les AFS de certains CLSC où l'on a plutôt tendance à modifier les routes du personnel pour différentes raisons (éviter l'attachement, optimiser les effectifs, réduire les déplacements et les coûts). Les variations du risque, selon le statut du personnel, corroborent l'importance de ce savoir accumulé sur les clientèles (Cloutier et coll., à paraître). Une autre étude mentionnée précédemment montre également l'effet de ce changement des affectations sur le travail des infirmières (Seifert, Messing, 2004).

La participation aux réunions professionnelles et multidisciplinaires, lorsqu'elles existent, favorise également le développement de la connaissance du cas. Cependant, ces réunions n'existent pas dans tous les CLSC et le personnel occasionnel n'y est en outre pas toujours convoqué, ce qui nuit à la construction du savoir professionnel. Ceci concorde avec les constats d'autres recherches montrant l'impact de ces réunions sur la qualité des services (D'Amours et coll., 1999; Pinelle, Gutwin, 2002).

La connaissance du cas est d'autant plus importante que le travail des AFS et des infirmières de soins à domicile est exécuté en coopération avec un être humain souffrant et son réseau d'aidants (Cloutier et coll., 1999; Falzon, Lapeyrière, 1998). Ceci veut dire que l'activité de l'AFS et de l'infirmière est autant technique que relationnelle, d'où le développement de plusieurs stratégies procédurales, de soutien et de dépistage (Gagnon et coll., 2004). On peut parler de travail affectif car les soignants doivent arriver à susciter des états particuliers chez le patient et son entourage pour dispenser le soin. Cette relation est de l'ordre du travail; or, elle peut être plus ou moins reconnue par l'institution. À cet égard, les AFS ont par exemple souvent le sentiment de ne pas être reconnues à leur juste valeur sur le plan professionnel alors que la dimension relationnelle est au cœur de leur métier (Gagnon, 2003; Cognet, 2002a, 2002b). Or, on connaît bien l'impact sur la santé d'un manque de reconnaissance (Bourbonnais et coll., 1998; Carpentier-Roy, 1991). De plus, ce travail affectif « au corps à corps » (Teiger et coll. à paraître) avec le patient provoque également des états émotionnels chez le personnel soignant qui peuvent se répercuter sur sa santé (Spiers, 2002) s'il n'est pas soutenu. C'est ce que montrent les statistiques présentées, les discussions de cas observées et les situations d'accidents analysées dans cette étude. Ce soutien ne peut provenir que de l'organisation du travail (Weller, 2001) qui permettra ou non, notamment, la ventilation ou le support d'un collectif de travail lesquels sont décisifs dans le secteur des soins à domicile. Nous reviendrons sur ces questions.

10.2 Marges de manœuvre : une question d'organisation du travail

La connaissance du cas, favorisée ou non par l'organisation du travail, est un élément nécessaire mais non suffisant pour assurer la SST des AFS et des infirmières de soins à domicile. Elles doivent aussi disposer de marges de manœuvre afin d'avoir la possibilité de développer des stratégies protectrices et de les utiliser (David et coll., 2001). Ces marges de manœuvre individuelles permettent au personnel de réguler son activité de travail selon notamment son âge, son expérience, son niveau de fatigue ou ses problèmes de santé, ce qui est très important en termes de prévention. Nos résultats démontrent que la façon d'organiser le travail n'est pas neutre à cet égard. Les marges de manœuvre dont disposent les individus, ou les mécanismes de régulation qui leur sont accessibles, seront plus ou moins favorisées par divers choix organisationnels. En cela, nous rejoignons les travaux de Gonon (2001, 2003) qui s'est intéressé à divers modes de régulation du travail des infirmières de centre hospitalier, en lien avec l'âge et les caractéristiques du travail.

Nous rejoignons également les travaux de Karasek et Theorel (1990) qui ont développé le modèle « demande – latitude décisionnelle ». Rappelons que ce modèle postule qu'une tension psychologique au travail devient dangereuse pour l'individu lorsqu'il est confronté simultanément à une demande psychologique élevée et à une faible latitude décisionnelle. On assiste présentement, dans le monde du travail, à un accroissement significatif de la charge de travail conjuguée à une réduction de l'autonomie dans la façon de le réaliser. Plusieurs études ont validé ce modèle (pour une liste des principales études, voir Vinet, 2004). Celles-ci procèdent par questionnaire auprès de larges populations ce qui permet de les comparer entre elles. Des études québécoises se sont intéressées aux infirmières ainsi qu'au personnel de CLSC (Bourbonnais et coll., 2000, 2001). Elles ont montré qu'une diminution de la latitude décisionnelle est liée à une plus grande détresse psychologique chez le personnel. Or, on sait par ailleurs que la détresse psychologique est un bon indicateur de problème de santé psychologique. Cependant, comme le souligne Vézina, (2001) suite à une étude dans une fabrique de bottes où elle a utilisé ce questionnaire « *les questions portant sur la latitude décisionnelle n'ont pas permis de mettre en évidence la marge de manœuvre très étroite décrite par les ergonomes* ». En effet cette composante du questionnaire de Karasek renseigne sur les aspirations d'une personne, son image d'elle-même, son attitude au travail (Volkoff, 2002) mais elle n'établit pas les distinctions entre ce qui renseigne « *sur la personne, sur l'activité et sur les déterminants de l'activité* » (Vézina, 2001). Or, grâce aux entrevues, à l'observation des réunions professionnelles et surtout à l'analyse de l'activité de travail réel, notre étude a permis de faire ces distinctions; d'où l'identification de marges de manœuvre organisationnelles très précises qui faciliteront la régulation de l'activité de travail des individus.

Parmi les choix organisationnels déterminants au regard des marges de manœuvre qu'ils ouvrent pour le personnel, rappelons que notre étude fait ressortir :

- la possibilité d'aménager les routes;
- l'utilisation de personnel de différents statuts d'emploi;
- l'existence de procédures claires et de leur application en ce qui concerne l'aménagement des domiciles;

- l'accès à la formation et à l'information sur les pathologies, les clientèles et les environnements de travail;
- la possibilité de développer un collectif de travail fort;
- les réunions professionnelles et multidisciplinaires;
- les mécanismes de transmission et de circulation d'information;
- la reconnaissance du travail invisible des AFS et des infirmières ainsi que de leur expérience;
- le choix des outils de gestion et de suivi des clientèles de même que leur mode d'implantation.

Dans les chapitres qui précèdent, nous avons vu comment ces divers aspects de l'organisation influencent la SST des AFS et des infirmières. Nous voulons revenir ici sur quatre thèmes qui constituent nos résultats les plus importants : la possibilité d'aménager les routes, les mécanismes de transmission et de circulation d'information, la construction de collectifs professionnels et multiprofessionnels de travail ainsi que les outils de gestion et de suivi des clientèles et leur mode d'implantation.

La possibilité d'aménager les routes

Cette étude démontre l'impact positif de l'autonomie dans la gestion du temps de travail sur la SST des AFS et des infirmières : l'impact de la gestion de leurs routes de travail ressort tout particulièrement. La latitude laissée par certaines organisations fournit en effet des marges de manœuvre permettant aux travailleuses de réguler leurs activités de travail afin de s'ajuster à leur état de santé et de fatigue, à celui de leur client et à l'environnement de travail. Or, les observations ont révélé que ces variations surviennent fréquemment. Elles sont parties intégrante du travail du personnel de soins à domicile. Nous avons établi que cette question de la gestion du temps de travail ne se pose pas de la même façon pour les AFS et pour les infirmières, mais elle est importante pour les deux professions. Une telle gestion préventive des horaires permet d'aménager des marges de manœuvre protectrices et d'équilibrer la charge de travail. Ceci est d'autant plus essentiel que la charge de travail augmente de plus en plus (Bourbonnais et coll., 2000; Lehoux et coll., 2001). Or, nos résultats montrent une augmentation du risque avec l'accroissement de la charge de travail et ils sont conformes à ceux de Aiken et collègues (2002) sur les infirmières oeuvrant dans des départements de chirurgie. Ces auteurs démontrent en effet une relation significative entre le ratio patients – infirmière et la satisfaction, le « burn out », la mortalité et les risques de complications chez les patients.

L'étude récente de l'Agence de santé publique du Canada va dans le même sens. Elle indique que l'accroissement de la charge de travail, dans les années 90, ayant découlé des compressions dans le secteur public comme dans le privé, engendre aujourd'hui des coûts additionnels de 15 milliards par année sur le système de santé (Higgins et al., 2004).

Nos résultats sur l'importance de l'autonomie dans la gestion de son temps de travail pour la santé sont également à rapprocher de ceux d'autres travaux empiriques validant le modèle « demande – latitude » de Karasek dont nous avons parlé précédemment.

Ces résultats concordent aussi avec ceux des chercheurs européens spécialisés dans la conception d'horaires de travail sécuritaires qui tiennent compte de paramètres ergonomiques (Quéinnec dans Bourdouxhe et al., 2000; Quéinnec et al., 1992; Gissel & Knauth, 1998; Schonfleider & Knauth, 1993). Selon leur modèle, la capacité de faire face («cooping») au stress des contraintes de temps est déterminée non seulement par des caractéristiques individuelles mais aussi par des facteurs externes dont le plus important est le niveau de compréhension des contraintes de l'horaire par l'entourage, et en particulier par les gestionnaires de l'entreprise. Selon les auteurs, la question à se poser est la suivante : est-ce que l'organisation du travail reconnaît les contraintes de temps du travail réel et est-ce qu'elle en tient compte pour planifier et gérer les horaires? Plusieurs de ces études de type recherche-intervention ont montré que les horaires les plus satisfaisants mais aussi les plus performants en matière de santé-sécurité étaient ceux qui avaient été élaborés avec les travailleurs concernés, en partant du principe que ceux-ci ont une connaissance approfondie du travail réel et des marges de manœuvre qui peuvent y être aménagées afin de préserver la santé du personnel et la fiabilité des opérations.

Les mécanismes de transmission et de circulation d'information

La collaboration et la coopération entre les différents professionnels de l'équipe de soins sont centrales pour les soins à domicile. Se pose donc la question cruciale des mécanismes de circulation et de transmission d'information utilisés. Comme nous l'avons observé, plusieurs mécanismes formels et informels sont utilisés. Deux études qui s'intéressent particulièrement à cette question en l'abordant de façon très différente sont intéressantes pour nous dans une perspective d'amélioration des marges de manœuvre offertes au personnel.

Pinelle et coll (2002) s'intéressent à l'élaboration d'un système d'information pour faciliter le travail de collaboration entre les différents professionnels de l'équipe de soins à domicile puisqu'il est difficile pour ce personnel de se rencontrer de par la nature même du travail alors que le partage d'information est vital. Ce système devra faciliter le travail principalement au niveau des aspects suivants qui ont été identifiés comme nuisant à la collaboration : les horaires, les moyens de transmission d'information, la recherche d'information, la coordination des traitements à court terme et la planification des traitements à long terme. Les auteurs proposent en conclusion de rendre disponibles auprès de l'équipe de soins des cellulaires, des portables, d'encourager l'utilisation des courriels et d'introduire un système d'information contenant des données sur les horaires des différents professionnels de l'équipe ainsi que sur les clientèles. Ils n'abordent que très peu la question des réunions qui est essentielle aussi bien pour la qualité des services que pour la SST du personnel, comme le montrent nos résultats. De plus, les auteurs relient les problèmes de partage d'information entre professionnels uniquement à la qualité des services offerts aux clients. Ils n'abordent pas la question de l'impact de ces dysfonctionnements sur la SST du personnel. Notre étude permet de compléter cette démonstration.

D'amours et ses collaborateurs (1999) abordent cette question de la collaboration et de la coopération entre professionnels par le biais des réunions multidisciplinaires. Il faut selon eux encourager la collaboration interdisciplinaire par le biais de ces réunions. Ils mettent particulièrement en évidence l'importance de favoriser ce qu'ils appellent « l'intériorisation » consistant à améliorer la connaissance que les professionnels ont les uns des autres, la mise en commun des territoires respectifs à chaque discipline et l'utilisation de cadres de référence

interprofessionnels. Cependant aucune mention n'est faite de la SST du personnel dans cette étude.

L'analyse de l'observation des réunions multidisciplinaires qui a été faite dans trois des quatre CLSC participants démontre comment ces réunions favorisent ce travail d'intériorisation interprofessionnelle, intériorisation d'autant plus importante que le lieu de travail est dispersé. Nos résultats démontrent également l'importance pour la prévention des savoirs échangés lors de ces réunions. Rappelons un exemple par la négative : celui des multiples accidents qui sont arrivés à des AFS chez une cliente. Ces dernières ne faisaient pas partie d'une équipe multidisciplinaire et nous avons pu constater le temps qu'il a fallu pour qu'une information de qualité soit partagée par l'ensemble de l'équipe de soignants afin d'améliorer la situation de travail.

La construction d'un collectif professionnel et multiprofessionnel de travail

Quelques études dans différents secteurs d'activité ont signalé le rôle protecteur que les collectifs professionnels de travail peuvent jouer sur la SST (aérospatiale : Millanvoye, Colombel, 1996; automobile : Gaudart, Weill-Fassina, 1999; cuisine : Avila-Asunçao, 1998; éboueurs : Cloutier, 1994; poste : Caroly, 2001; sidérurgie : Puéyo, Millanvoye, 2001;). Dans certains cas, en effet, un partage du travail se dessine entre novices et expérimentés de façon à protéger les travailleurs plus âgés et usés. Les plus jeunes aident ces travailleurs expérimentés et ceux-ci en échange transmettent le savoir-faire dont ils sont les dépositaires. Ces stratégies collectives ne peuvent se développer que s'il existe des possibilités d'échange et de partage entre professionnels. Dans le cas de la relation de service chez les guichetiers, Hanique et Jobert (2001) expliquent qu'on se retrouve dans un contexte où « *la prescription est faible et l'auto-prescription solitaire permanente, ce qui conduit les travailleurs à faire appel à une forme d'organisation collective et informelle* », que les auteurs identifient comme le « genre » (Clot, 2000) et qui joue un rôle protecteur pour la santé psychologique. Caroly (2001), dans son étude sur les guichetiers des postes, montre que le collectif professionnel de travail favorise le travail collectif, ce qui contribue à l'efficacité et à la santé du personnel.

Nos analyses montrent que de tels collectifs professionnels peuvent exister dans les soins à domicile même si cela constitue un défi pour les organisations ayant à gérer ce travail éclaté. Nous avons vu que les collectifs permettent aux AFS et aux infirmières, quand ils existent, de partager différents types de savoir utiles à la prévention à propos notamment du métier, des clientèles difficiles et des techniques de soins. Leur existence joue également un rôle de soutien en permettant la ventilation dans le cas de situations difficiles. Enfin, ils permettent aux travailleuses de développer plusieurs stratégies collectives de travail comme celles qui ont été observées. Notre étude montre cependant que certaines organisations ne mettent pas les conditions minimales en place pour que de tels collectifs professionnels se forment. Parmi ces conditions on retrouve entre autres :

- organiser des réunions professionnelles sur une base régulière;
- donner du temps et rendre disponibles des lieux permettant les échanges informels.

Au-delà de l'existence de réunions professionnelles, d'autres éléments de l'organisation du travail conditionnent la formation et la vitalité d'un collectif de travail fort. Pour illustrer notre

propos, rappelons ce qui a été observé chez les auxiliaires du CLSC 1 où, jusqu'à un passé récent, les réunions et les échanges entre AFS étaient peu encouragés. Depuis peu, toutefois, les gestionnaires expriment le souhait d'améliorer les communications interpersonnelles dans ce corps d'emploi et des initiatives ont été prises dans ce sens : réunions de groupes, études de cas, sessions d'information/formation, intervention d'une consultante, consultations formelles des auxiliaires sur des sujets techniques (choix des équipements de protection lors de soins spécialisés). Cependant, outre le fait que ces améliorations aient été implantées sans beaucoup consulter les auxiliaires, plusieurs éléments structurels de l'organisation du travail font obstacle à la volonté exprimée par les gestionnaires de renforcer le collectif de travail. Les AFS ont en effet tendance à se scinder en groupes, s'opposant sur six dimensions : l'âge et la génération, l'ancienneté dans le collectif, l'expérience de métier, le niveau de formation, le statut d'emploi – et parmi les travailleuses occasionnelles, l'ancienneté, qui influence le nombre d'heures travaillées, donc la rémunération. L'existence à l'intérieur du collectif de plusieurs groupes «à géométrie variable» qui s'opposent selon ces six dimensions explique les différences de points de vue sur la façon de pratiquer le métier et d'en prévenir les risques. Ainsi, les groupes divergent radicalement sur l'implantation des nouvelles techniques, l'investissement au travail, la santé et la sécurité, la prise de risques, les stratégies de préservation de soi, la diversification des clientèles, l'élargissement des tâches et l'alourdissement des responsabilités, l'augmentation de la charge de travail, et même la disparition probable du métier d'auxiliaire. Ainsi pour favoriser l'éclosion d'un travail collectif, les organisations ont tout intérêt à tenir compte de ces dimensions afin de désamorcer les sources de conflit potentiel entre différents sous-groupes.

Notre étude met aussi en évidence les nombreux enjeux de SST sous-jacents au travail collectif multidisciplinaire qui est une particularité du travail des équipes de soins à domicile. À leur création, au début des années 70, les CLSC proposaient un modèle novateur de prestation de service basée sur la collaboration entre les professionnels de diverses disciplines (D'Amour et coll., 1999). Présentement au Québec, avec l'augmentation significative de la demande de service liée au virage ambulatoire et les restrictions budgétaires dans le secteur de la santé, cette collaboration peut être mise en péril. Les réunions et moments de rencontre informelle nécessaires à la création d'un collectif multidisciplinaire favorisant ce travail entre professionnels de différents disciplines peuvent en effet être considérés, à première vue, comme des pertes de temps. C'est ainsi que dans certains CLSC, les réunions d'équipe multidisciplinaire et les discussions de cas sont éliminées ou leur fréquence réduite. Les coûts, en termes de SST, de l'absence d'articulation, de coordination et de support organisationnel du collectif interdisciplinaire de travail peuvent être importants. C'est ce que révèle l'exemple des nombreux accidents survenus à plusieurs AFS chez la même cliente au CLSC 2. Nous montrons de plus que la SST est soutenue de différentes façons par les échanges interprofessionnels. Ceux-ci favorisent entre autres la reconnaissance et la valorisation du travail fait à domicile par les différents intervenants lesquelles sont particulièrement importantes pour la santé psychologique, comme l'ont montré plusieurs études chez le personnel de centres hospitaliers (Carpentier-Roy 1991; Bourbonnais et coll., 1998; Bourbonnais et Mondor, 2001; Cagnet, 2002a). Nos résultats indiquent d'autre part que les échanges interprofessionnels favorisent la coordination entre les différents intervenants ce qui, en réduisant les contraintes temporelles, se répercute sur la santé du personnel.

De plus, le travail avec un être vivant, qui est particulier aux emplois de service, bénéficie du rôle protecteur des collectifs disciplinaire et interdisciplinaire car ceux-ci permettent aux

personnels de développer des règles communes et de fixer des limites aux soins. Ceci est d'autant plus essentiel que chaque travailleuse est isolée dans la réalisation de son activité. Ces limites sont particulièrement déterminantes chez des patients qui exigent des soins relationnels plus importants ou qui ne respectent pas les règles édictées (Véga, 2001). Or, avec l'augmentation des pathologies liées au vieillissement, ces cas complexes ne feront que s'accroître. Cependant, pour exister et être efficace en termes de qualité de service et de protection pour la santé, ce travail collectif suppose la reconnaissance de tous les emplois (Caroly, 2001) ce qui peut poser problème pour les AFS dans certains milieux (Cloutier et coll., 2004; Cognet, 2002). Cet objectif de soutien du personnel peut également être atteint en introduisant des réunions de ventilation comme au CLSC 3.

L'usage des outils de gestion et de suivi des clientèles et leur mode d'implantation

Plusieurs outils de gestion et de suivi des clientèles et du personnel sont introduits dans les SAD. Les gestionnaires essayent, de cette façon, de réduire l'effet des contraintes budgétaires et des pénuries de personnel en rationalisant les opérations et en augmentant le nombre de clients desservis, tout en préservant la qualité des services. On constate, suite à leur introduction, une intensification du travail et une augmentation des contraintes pour le personnel, ce qui est conforme à une tendance présente dans l'ensemble du secteur des services, ainsi que l'indiquent les résultats d'enquêtes sur les conditions de travail en Europe (Paoli, 1997; Gollac, Volkoff, 2000).

Or, l'utilisation des outils de gestion et de suivi dans le secteur des services soulève plusieurs questions dont la première est la difficulté d'évaluer un type d'activité non marchande. La question est soulevée par de nombreux auteurs qui se sont intéressés à la conceptualisation du travail en relation de services et ses conséquences sur le travail des individus (Dessors, 2001; Du Tertre, 2001; Hubault, Bourgeois, 2001; Teiger et coll. à paraître; Weller, 2001). Il ressort de ces travaux une difficulté à définir la valeur économique de la relation de service puisqu'il faut tenir compte de la dimension subjective de l'activité, construire de nouveaux indicateurs (quantitatifs, qualitatifs) et bien définir la temporalité de l'activité étant donné que la relation de service ne se réduit pas au temps passé avec l'utilisateur. Il ressort également qu'il existe la plupart du temps des logiques contradictoires qui se superposent lors de l'évaluation : la logique du client et la logique productiviste de l'organisation qui n'est pas toujours clairement affirmée. Ceci conduit souvent le personnel à gérer ces contradictions seul face aux clients provoquant ainsi de hauts niveaux de stress qui peuvent parfois conduire à considérer le client comme un objet (Gallier, 2001; Mispelblom, Beyers, 2001). Ces contradictions sont rapportées dans une étude française sur les aide-soignantes et les infirmières d'un centre hospitalier (Estryn-Behar et coll., 2001) Cette réalité est également observée dans toutes les organisations ayant fait l'objet de cette recherche où les AFS et les infirmières de soins à domicile sont aux prises avec ces logiques contradictoires. Nous avons pu démontrer l'impact de cette situation sur leur santé quand l'organisation n'est pas soutenante.

Le second aspect que nous voulons souligner par rapport à l'usage de ces outils est qu'ils intègrent des normes gouvernementales qui ne correspondent pas nécessairement à la réalité. Cette intégration les rend invisibles et par le fait même plus difficiles à contester. Mentionnons à titre d'exemple le fait que le Ministère calcule une minute par kilomètre parcouru pour les visites

à domicile des AFS. Ceci ne correspond pas du tout à la réalité ainsi que nos observations l'ont attesté. Cette estimation est cependant utilisée implicitement dans les logiciels de gestion des horaires et les budgets des CLSC sont appréciés sur cette base. Ceci contribue donc à la situation budgétaire contraignante des CLSC. L'introduction du suivi systématique des clientèles (SSC) constitue un autre exemple remarquable. Compte tenu du fait que le Ministère paye le temps direct des infirmières auprès des clientèles, cet outil a été conçu de façon à ce qu'elles le remplissent à domicile pour augmenter ce temps direct. Or nos observations ont permis de voir que ceci n'est pas du tout adapté à la réalité du travail à domicile (nuit à la composante relationnelle du travail, pas faisable avec tous les types de clientèle – cas où il y a soupçon de violence par exemple, dossiers lourds à transporter, etc.).

Ce dernier exemple nous conduit au troisième point sur lequel nous voulons insister à propos de l'usage des outils de suivi et de gestion : la méconnaissance du travail réel de la part des concepteurs et très souvent de la part des gestionnaires qui implantent ces outils dans les CLSC. Cette méconnaissance peut avoir des répercussions sur la SST du personnel. Pour illustrer notre propos, nous utiliserons l'exemple de la façon dont le logiciel de gestion des horaires des AFS est utilisé dans certains CLSC. Par souci de rationalisation maximale du temps de travail des AFS régulières, la moindre plage horaire disponible est distribuée selon les disponibilités et l'ancienneté. La connaissance de la clientèle n'est pas priorisée. Ceci contribue à empêcher la construction et l'utilisation des savoirs-faire protecteurs, nuisant ainsi à la prévention autant qu'à la qualité des services donnés. Cette méconnaissance du travail a d'autres impacts au moment de l'implantation de changements. Elle contribue à alourdir la tâche déjà élevée du personnel et au fait que les besoins de formation ainsi que les temps d'adaptation sont souvent sous-estimés et même non comptés. Ces éléments ont également des répercussions sur la SST en réduisant les marges de manœuvre des AFS et des infirmières.

10.3 Marges de manœuvre : une question liée aussi aux contraintes macroscopiques du secteur

Cette étude révèle que les marges de manœuvre dont disposent les AFS et les infirmières des soins à domicile dépendent également de conditions macroscopiques caractérisant le secteur. En effet, les CLSC sont une des composantes du vaste réseau de la santé et des services sociaux soumises à d'extrêmes perturbations. Ils ont une mission qui les place aussi bien à l'entrée de ce réseau qu'à sa sortie. Cette dernière portion de leur mandat s'est d'ailleurs accrue avec le virage ambulatoire, quelquefois au détriment de la prévention comme le déplorent plusieurs intervenants (Lehoux et coll., 2001). Ce contexte contribue à alourdir la charge de travail du personnel; sur ce point aussi nos résultats concordent avec ceux d'autres études (Bourbonnais et coll., 2001; Lehoux et coll., 2001).

D'autre part, plusieurs normes gouvernementales influencent aussi directement les marges de manœuvres organisationnelles et indirectement les situations de travail des AFS et des infirmières. Par exemple, la consigne ministérielle exigeant la réduction de l'absentéisme a conduit à la politique d'assignation temporaire systématique utilisée au CLSC 2 et à ses conséquences sur la détérioration du climat de travail. Il en est de même du système SIC+ qui permet de compiler les statistiques du travail direct des infirmières au domicile des patients. Bien que ces données soient très importantes, elles ne sont pas du tout représentatives de leur charge

de travail. Plusieurs autres exemples pourraient être donnés à partir de notre étude : l'estimation du temps de trajet, l'introduction de l'outil multi clientèle (OMC), etc.

Des normes et directives d'autres institutions qui imposent leurs façons de procéder aux MAD modifient également le travail du personnel de soins à domicile. Il existe en effet des rapports de pouvoir entre les différentes institutions du réseau de la santé et les CLSC ne se situent pas au sommet de la hiérarchie. Ils se font donc souvent imposer des façons de faire qui désorganisent considérablement le travail des AFS et des infirmières. Plusieurs situations de ce type ont été observées et décrites en détail au plan de leurs impacts : protocole cardiaque, informatisation des laboratoires, dépôt des prélèvements, introduction de nouvelles technologies à domicile, etc. À cet égard, le CLSC 4 semble favorisé grâce aux mécanismes de coordination intermission mis en place au niveau régional.

10.4 Vers un mode d'organisation du travail protecteur de la SST du personnel dans les soins à domicile

Nos résultats permettent de donner quelques éléments d'un mode d'organisation du travail jouant un rôle protecteur de la SST de son personnel. Cependant avant de l'esquisser, il est essentiel de mentionner qu'aucune structure ne peut pallier les manques d'effectif et de budget rencontrés dans le secteur des soins à domicile. Autrement dit, même un mode d'organisation du travail idéal, s'il existait, ne pourrait être efficace dans un tel contexte.

Ce mode d'organisation du travail protecteur de la SST du personnel de soins à domicile est toujours d'actualité malgré les changements en cours dans le secteur puisqu'il pose des principes généraux à suivre. Voici quelques éléments-clé de ce mode d'organisation du travail protecteur qui favorise l'anticipation et les marges de manœuvre :

Équipe de soin

- Créer plusieurs programmes selon les clientèles : un pour les clientèles post-hospitalisation et post-opération, un pour les soins palliatifs et un pour les clientèles traditionnelles de maintien à domicile;
- Organiser une coordination inter-programmes pour bien gérer la transition inter programmes et tenir compte ainsi des différences de fonctionnement;
- Constituer des équipes multidisciplinaires de 12 à 15 personnes affectées à des territoires fixes mais dont les frontières peuvent varier selon la charge de travail;
- S'organiser pour qu'il y ait un minimum de deux AFS et de deux infirmières par équipe;
- Prévoir des mécanismes d'intégration des novices (jumelage, compagnonnage, etc.);
- Organiser une coordination d'équipe multidisciplinaire;
- Combler les besoins de formation technique selon les équipes.

Horaire des infirmières

- Fixer un nombre de visite maximal par jour par une négociation collective avec les infirmières afin d'éviter les tensions causées par les tentatives d'ajout quotidien;
- Prévoir un mécanisme de révision du nombre de visites quotidiennes de façon ad hoc;
- S'assurer que les infirmières continuent à préparer leur horaire.

Horaire des AFS

- Exiger que le responsable des horaires des AFS connaisse leur travail et qu'il participe aux réunions multidisciplinaires. Cet emploi pourrait être utilisé comme une façon de permettre aux AFS plus âgées et usées par le travail de mettre à profit leur savoir-faire tout en se protégeant. Une formation devrait être prévue;
- Permettre aux AFS de changer l'ordre de leurs visites en cours de journée;
- Prévoir des mécanismes de discussion pour ajuster les horaires.

Entente avec les clients et gestion des clientèles difficiles

- Établir des contrats et les faire respecter;
- Rendre disponibles des formations et des encadrements du personnel pour les cas difficiles;
- Rendre disponibles des réunions de ventilation;
- Organiser des études de cas.

Transmission et circulation d'information

- Organiser des réunions multidisciplinaires régulières permettant de réduire le temps de suivi;
- Organiser des réunions professionnelles régulièrement;
- Fournir un cellulaire à tout le personnel;
- Veiller à l'organisation spatiale des lieux de façon à favoriser la collaboration du personnel d'une même équipe tout en favorisant le calme nécessaire à la concentration;
- Prévoir plus de temps de travail des AFS au CLSC au moment de la prise des horaires de façon à favoriser la constitution du collectif de travail;
- Avoir des personnes ressources PDSB;
- Prévoir des formations sur les différentes pathologies;
- Maximiser le potentiel de gestion des horaires des AFS comme outil de transmission et d'échange d'information sur les clients.

Soutien et reconnaissance

- Créer un conseil des AFS;
- Impliquer les AFS dans l'évaluation des salles de bain;

- Donner plus de temps pour les tâches liées au rôle de pivot;
- Rendre disponibles les services d'une infirmière clinicienne;
- Rendre disponibles les services d'un commis.

Implantation des changements

- Créer une structure participative et impliquer le personnel le plus tôt possible en reconnaissant officiellement le travail fait;
- Prévoir plus de temps.

Régulation de la demande

- Organiser la concertation inter-missions;
- Engager une infirmière de liaison;
- Organiser et structurer le recours aux agences privées de soins.

Gestion de la SST

- Créer un comité de santé et de sécurité et lui donner de réel pouvoir;
- Tenir des registres d'accidents et de santé;
- Prévoir une présentation annuelle des résultats en SST et des orientations de prévention;
- Organiser une concertation pour la prévention entre la direction des ressources humaines et financière et celle du MAD.

10.5 Développement méthodologique

Cette étude a nécessité des développements méthodologiques constituant un autre type de résultats qu'il nous paraît nécessaire de mentionner. Deux de ces développements nous semblent particulièrement importants.

La création d'indicateurs de performance prospectifs en SST intégrant des composantes organisationnelles est le premier de ces développements méthodologiques. Rappelons qu'ils visent à rendre compte de la prise en charge de la prévention dans les établissements. Ils intègrent des éléments de son organisation ainsi que des pratiques sécuritaires. Les variables qui ont servi à les construire ont été sélectionnées en utilisant la connaissance approfondie des déterminants de la SST des emplois concernés laquelle s'est bâtie à l'aide des observations et analyses réalisées au cours de cette recherche. Ces indicateurs viennent s'ajouter aux indicateurs de résultats rétrospectifs et aux indicateurs d'état qui ne fournissent qu'un diagnostic partiel en SST puisqu'ils ne tiennent pas compte des efforts des établissements en terme de prévention. Cette vision de l'évaluation de la performance en SST se situe dans un courant de recherche florissant qui est présenté par Roy et coll. (2004). Ces auteurs après avoir fait une revue de la question proposent une approche qui nous a inspirés. Mais ce que notre étude révèle en plus, c'est que pour obtenir un diagnostic sur la réelle prise en charge de la prévention dans les milieux de travail, il n'est pas possible de se baser uniquement sur des indicateurs, si sophistiqués soient-ils. En effet, les résultats obtenus à partir de ces sources d'information

doivent être validés et nuancés par des observations effectuées dans les milieux de travail. Nous nous situons ici au cœur même de l'écart entre l'organisation du travail réelle et l'organisation prescrite du travail. C'est exactement ce qui se passe au CLSC 2 où l'organisation de la prévention sur papier est optimale alors que les observations sur le terrain ont permis de rendre compte du peu d'intégration de ces pratiques théoriques à l'activité de travail et à la gestion de l'établissement.

Le second apport méthodologique important de cette étude est sa contribution à l'analyse du travail en relation de service. On parle ici d'un type de relation de service particulier où les professionnels sont en contact direct avec les clients, sont isolés et oeuvrent dans les domiciles des gens, des lieux qui ne sont pas neutres. Pour aborder dans ce contexte la SST des AFS et des infirmières de soins à domicile, nous avons utilisé une approche multidisciplinaire et démultiplié les sources de données afin d'obtenir des résultats robustes par convergence. Pour ce faire, des outils inédits et des façons originales de collecter les données qui tiennent compte du fait que le client coopère à l'activité de travail des AFS et des infirmières ont été développés. Les données ainsi recueillies ont principalement permis de rendre visible le travail relationnel et affectif caractérisant l'activité de travail en relation de service (Teiger et coll., à paraître) et de faire ressortir les choix organisationnels facilitant le travail.

11. RETOMBÉES DANS LES MILIEUX ET EN TERME DE RECHERCHE

Nous présentons dans ce chapitre les grandes lignes des retombées de cette recherche en termes de pistes d'aménagement organisationnel formulées aux quatre CLSC participants de même que les principales pistes de recherche à entreprendre après cette étude. Elles proviennent de l'analyse des données sociodémographiques et de SST, des observations et des entrevues de même que des discussions que l'équipe de recherche a eu avec les membres des différents comités de suivi des CLSC et des comités aviseur et scientifique de cette recherche.

11.1 Les pistes d'aménagement organisationnel

Les pistes ont été élaborées par le groupe de chercheurs et présentées aux membres du comité de suivi de la recherche (sur lequel siègent des représentants des acteurs impliqués dans le dossier) qui les ont validées⁵⁶. Ce comité a en outre constamment agi comme un levier important à la mise en place de ces pistes d'aménagement.

Ces pistes visent le développement d'une situation de travail plus sécuritaire principalement par la mise en place d'une organisation du travail « soutenante ». Nous faisons l'hypothèse que les effets de ces modifications organisationnelles devraient s'observer ultimement dans les pratiques individuelles et collectives des intervenantes. Plus particulièrement, les pistes d'aménagement organisationnel devraient déboucher sur la mise en place d'un contexte soutenant le développement, le maintien et le partage des stratégies protectrices. Dans certains cas, elles portent directement sur la mise en place ou la modification d'éléments visant l'amélioration de la SST et le maintien des stratégies protectrices. Dans d'autres, elles visent à indiquer quels éléments déjà existants devaient être maintenus ou renforcés.

Plusieurs études récentes démontrent que, parmi les pistes de transformation proposées lors d'interventions et de recherche en SST, les plus difficiles à implanter sont celles qui relèvent de l'organisation du travail (Bellemare et coll., 2002, Baril-Gingras et coll., 2004). Certains facteurs tels l'éloignement du centre de décision ou encore le fait que les propositions ne peuvent pas toujours être mises en oeuvre directement par l'encadrement de premier niveau sont identifiés comme facteurs ayant une influence prépondérante sur l'issue des projets de transformation. Dans le cas présent, plusieurs pistes formulées demandent une implication des gestionnaires en ressources humaines et en SST avec qui les responsables des programmes SAD travaillent peu. Un autre facteur mis en évidence par notre étude est l'importance de la reconnaissance des enjeux de SST par les divers intervenants impliqués. C'est pourquoi un effort particulier des membres de l'équipe de recherche a été consacré, au moment des études terrain, à discuter de ces pistes d'aménagement.

L'élaboration de ces pistes dans chacun des CLSC est basée sur les résultats de l'analyse de même que sur les demandes particulières des milieux ayant, la plupart du temps, identifié une problématique particulière en SST : qu'il s'agisse d'un problème de climat ou de relation de

⁵⁶ Il faut préciser ici que l'élaboration des pistes d'aménagement n'est pas l'équivalent de l'approche méthodologique de recherche de solution utilisée en ergonomie consistant à faire un travail conjoint de recherche de solutions avec les travailleurs.

travail (CLSC 1), d'une situation particulière ayant généré plusieurs accidents ou incidents pour lesquels le CLSC n'a pas de réponse (CLSC 2 avec le « cas de la dame au bas » présenté au chapitre 6) ou de l'impact du vieillissement des travailleuses (CLSC 4). Ces problématiques particulières ont fait l'objet, dans chacun des CLSC, d'une attention particulière de la part des chercheurs. Un comité sur l'organisation du travail ou un comité inter-programmes était déjà en place dans certains CLSC pour faciliter ce travail de réflexion.

Rappelons que cette étude s'est déroulée de 2001 à 2004. Nous voulons cependant souligner que les contraintes de travail identifiées sont toujours d'actualité. Ainsi les suggestions d'aménagements organisationnels formulées ici sont toujours valable comme la dernière rencontre du comité aviseur a permis de le valider et, ce, malgré les changements actuellement en cours dans le secteur.

Nous avons regroupé les différentes pistes qui ont été formulées en fonction du modèle théorique utilisé dans la recherche. Ces pistes concernent exclusivement les facteurs organisationnels et environnementaux. Ceux liés aux usagers et à la travailleuse n'ont pas fait l'objet de recommandations précises. Cependant, nous faisons l'hypothèse que les changements au niveau des deux premières séries de facteurs auront des impacts directs ou indirects sur les seconds. Le tableau 11.1 présente les principaux thèmes abordés avec quelques exemples. Il faut noter ici que ces pistes ne s'appliquent pas toujours de la même façon et au même rythme d'un CLSC à l'autre, certains ayant déjà mis en place de tels dispositifs alors que d'autres ne l'ont pas fait. Pour plus de détails, nous invitons le lecteur à consulter les rapports terrains en annexe.

Tableau 11.1 : Synthèse des pistes d'aménagement organisationnel présentées aux CLSC participants

1- Facteurs organisationnels
<p>1.1 Gestion et organisation de la SST :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettre en place un registre des lésions professionnelles et rendre l'information disponible pour le personnel - organiser et donner ou rafraîchir les formations PDSB et/ou OMÉGA - mettre en place des procédures de déclaration d'accidents et en informer le personnel - réviser les politiques concernant les équipements de protection - comité de SST - séances de ventilation
<p>1.2 Formation et information sur la pratique du travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettre en place et/ou réviser la formation à l'embauche - préparer et former les intervenantes à l'élaboration des plans d'intervention - former les intervenantes aux nouvelles techniques de soins
<p>1.3 Politiques et réglementations à l'égard des usagers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - développer et/ou faire respecter les politiques d'aménagement et d'équipement à domicile - mettre en place une formule de déclaration des cas de violence et d'agression

<ul style="list-style-type: none">- évaluer la mise en œuvre et/ou l'implantation des « contrats de services »
<p>1.4 Mécanismes de circulation de l'information :</p> <ul style="list-style-type: none">- développer des mécanismes d'échange entre intervenants et/ou avec les chefs d'équipe et gestionnaires- favoriser le travail interdisciplinaire- établir des calendriers de réunions- fournir des moyens de communication directs sur la route (téléphones cellulaires)- rassembler et diffuser les informations sur les ressources du réseau- mettre en place de réunions professionnelles et/ou des discussions de cas (auxiliaires)- rendre accessibles les informations sur la clientèle et le plan d'intervention (auxiliaires) et en assurer la constance dans les mises à jour
<p>1.5 Rôles et responsabilités du personnel d'encadrement :</p> <ul style="list-style-type: none">- définir les rôles et mandats des chefs d'équipe et infirmière bachelière assistante de la supérieure immédiate (IBASI)- définir les fonctions et responsabilités des intervenantes pivots et de liaison et des auxiliaires et infirmières cliniciennes- actualiser et clarifier les fonctions et rôles des différents paliers de gestion (le travail du chef d'équipe, des responsables de service et de programme)
<p>1.6 Mode de gestion :</p> <ul style="list-style-type: none">- reconnaître la variabilité, la pénibilité et la complexité du travail et l'importance des stratégies protectrices dans l'organisation et la gestion du travail- améliorer la dynamique de la reconnaissance du travail réel- favoriser l'autonomie des intervenantes (marge de manœuvre dans la gestion des routes, dans l'organisation de la journée)- revoir les stratégies d'implantation des changements moins unilatérales- accorder un soutien accru au personnel en période ou situation de crise
<p>1.7 Définition des tâches des intervenantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- transférer les tâches non spécialisées à d'autre corps d'emploi (préparation du matériel et photocopies par commis) (infirmières)- clarifier la situation autour des activités d'exception transférées (auxiliaires)- définir les limites à donner à certains soins- planifier la répartition du travail en tenant compte des imprévus et de la complexité (attribution des cas, durée des visites, etc.)
<p>1.8 Organisation et fonctionnement des programmes :</p> <ul style="list-style-type: none">- réfléchir sur la division territoriale et/ou par sous-programme- ajuster la répartition des effectifs aux contraintes réelles- stabiliser les clientèles- clarifier les liens avec les autres établissements du réseau- stabiliser les équipes de gestion- augmenter les effectifs

<ul style="list-style-type: none"> - dégager du temps pour les tâches administratives (auxiliaires) - favoriser l'intégration des employées à temps partiel et/ou occasionnelles
<p>1.9 Gestion prévisionnelle des âges :</p> <ul style="list-style-type: none"> - documenter l'évolution des groupes professionnels en fonction de l'âge - évaluer l'impact de la sous-traitance - évaluer l'allègement possible des tâches - favoriser un meilleur encadrement des stagiaires
<p>2- L'environnement de travail</p>
<p>2.1 Aménagement des lieux de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - favoriser la mise en place d'un climat adéquat de travail au CLSC (disponibilité des locaux, tranquillité, etc.) - voir à l'adéquation de l'environnement de travail au domicile (disposer d'espace de rangement et de circulation, etc.) - mettre à la disposition des intervenantes des lieux d'échange et de discussion
<p>2.2 Développement d'outils de gestion et de planification des visites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - poursuivre la réflexion sur l'impact et l'utilisation du logiciel de préparation des horaires. - évaluer l'implantation et l'utilisation du logiciel Horaire + sur le travail des auxiliaires - stabiliser les outils de suivi et d'attribution des visites et des dossiers - évaluer les outils servant à estimer et gérer la charge de cas des intervenantes
<p>2.4 Équipements et outils de travail adéquats et sécuritaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - évaluer et questionner les équipements tels que les tests diagnostiques, les fournitures médicales, les chariots pour déplacement de dossiers, les lits ajustables, etc. (infirmières) - favoriser l'utilisation de barres d'appui, tapis antidérapants, lits ajustables, etc. (auxiliaires)

L'analyse permet de constater que les facteurs organisationnels les plus souvent ciblés dans les recommandations sont les mêmes d'un CLSC à l'autre et renvoient essentiellement aux questions de fonctionnement, de circulation de l'information et à l'aménagement des lieux de travail, entre autres. La gestion de la SST demeure le facteur le moins développé et il exigerait un investissement plus important de la part des CLSC pour mettre en place une organisation de base sur ce plan. Certains CLSC ont déjà amorcé une réflexion sur les problématiques auxquelles ils auront à faire face dans les prochaines années. C'est notamment le cas pour la gestion prévisionnelle des âges et l'intégration des nouveaux employés au CLSC 4.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, dans tous les CLSC, une problématique particulière avait été identifiée par les intervenants, problématique pour laquelle ces derniers souhaitent obtenir des éléments de réponse et de réflexion. Des vérifications faites après le départ de l'équipe de recherche montrent que les pistes proposées sont récupérées dans tous les milieux de façon différente et à des moments particuliers. Plusieurs cas de figures se sont présentés.

Certaines des pistes proposées, s'inscrivant dans une réflexion déjà amorcée par les intervenants, étaient récupérées en cours même de réalisation de l'enquête. Ainsi un CLSC qui souhaitait documenter en réunion les modes de fonctionnement les plus optimaux a rapidement utilisé les premiers résultats obtenus dans sa propre démarche de modification de l'organisation des réunions. Dans une autre situation, les résultats présentés sur l'importance de la stabilisation des routes des intervenantes sur la qualité des services (plusieurs pistes ont été émises en ce sens) ont été ajoutés à la réflexion entreprise dans une démarche de qualité des soins dispensés par le CLSC. Par ailleurs, la présentation des résultats a permis, dans certains cas, de valoriser le travail déjà fait par des comités en place tels que les comités sur l'organisation du travail et inter-programme.

Dans d'autres cas, les pistes suggérées ont principalement servi aux intervenants à alimenter et orienter leurs démarches et leurs réflexions. Le cas de la « Dame aux bas » en est un bon exemple : les pistes proposées dans ce dossier mettaient en lumière l'importance, entre autres, de la communication, du partage des stratégies, de la stabilité des routes et des équipes d'auxiliaires et d'un discours commun et cohérent auprès de la cliente. Autant d'éléments que les responsables avaient partiellement identifiés comme facteurs dont il faut tenir compte, sans pour autant voir les liens qui les unissaient. Un des CLSC cherchait par exemple à mettre à jour leur formation PDSB et à intégrer de nouvelles dimensions du travail des auxiliaires. Les résultats de cette recherche ont été directement intégrés à cette formation révisée.

Certains CLSC se trouvaient au moment de notre passage dans une situation de désorganisation assez importante. Dans ces cas, les suggestions formulées ont servi de base à la mise en place d'une réflexion large sur l'organisation et le fonctionnement du SAD en lien avec la SST que les intervenants souhaitaient amorcer. Pour tous les CLSC, et particulièrement pour ces derniers, l'équipe de recherche a offert un suivi à moyen ou long terme sous la forme d'un accompagnement dans la mise en place et la gestion des changements et des pistes d'aménagement proposées. Plusieurs intervenants ont également proposé qu'une recherche évaluative soit réalisée après un certain laps de temps afin de documenter l'impact de la recherche sur la santé et la sécurité des milieux.

Ainsi, cette recherche a plusieurs niveaux d'impact dans les programmes SAD concernés et même parfois de façon plus large dans l'ensemble du CLSC et, ce, à court, moyen et long terme. De plus, même si le processus de recherche s'étendait sur trois ans, les retombées sur le terrain ont commencé à se manifester dès la première étude de cas. Enfin, avec le comité aviseur et les présentations réalisées aux colloques de l'ASSTSAS et de l'ACFAS, la diffusion des pistes d'aménagement organisationnel déborde largement le cadre des quatre CLSC à l'étude. En effet, l'ensemble des CLSC de la province peuvent utiliser ces pistes en les adaptant à leurs situation particulière.

11.2 Retombées en terme de recherche

Cette recherche a permis de faire évoluer la connaissance sur les risques à la SST rencontrés par les AFS et les infirmières de soins à domicile de même que sur les déterminants organisationnels qui les induisent. Elle a également mis en évidence l'importance de soutenir l'élaboration et l'utilisation de stratégies protectrices et pour ce faire, les marges de manœuvres organisationnelles sont déterminantes.

Cette étude a également permis de montrer l'importance grandissante du personnel d'agence pour la dispensation des soins à domicile au Québec. Qu'en est-il des conditions de SST du personnel, AFS et infirmières, d'agences privées de soins ? Une étude est actuellement en cours ; elle porte sur les conditions de SST des infirmières d'agences privées. Rappelons cependant que les infirmières constituent un groupe professionnel particulier régi par les règles d'un ordre professionnel. De plus, il existe actuellement au Québec une situation de pénurie qui peut jouer positivement ou négativement sur leur SST. Le contexte est donc bien particulier.

À notre connaissance, aucune étude québécoise de ce type n'existe pour les AFS qui constituent une population moins homogène que les infirmières en termes de formation. Comme nous l'avons montré, les AFS constituent une population à risque pour la SST. Il serait important d'explorer l'univers des AFS d'agences car nous formulons l'hypothèse que leurs conditions de SST sont plus critiques que celles des AFS des CLSC.

Un autre groupe professionnel à risque, principalement de problèmes de santé psychologique est celui des gestionnaires. En effet, ils doivent gérer les multiples changements vécus dans le secteur de la santé sans moyens adéquats et sont conscients des difficultés vécues par leur personnel. Ils ont beaucoup de responsabilités mais très peu de marges de manœuvre. Il serait donc urgent de s'intéresser à leur santé au travail pour trouver des pistes de prévention.

Le secteur de la santé va continuer de vivre encore des changements organisationnels importants qui auront un impact indéniable sur la santé du personnel. Comme le montre cette étude, le choix d'un mode d'organisation protecteur de même que la façon dont les changements sont implantés ont un impact important sur l'activité de travail et, par le fait même, sur la SST du personnel. Il serait donc essentiel, dans une optique de prévention, que des chercheurs soient associés de près à ces processus de changement pour infléchir les choix organisationnels lorsqu'ils rendent la réalisation du travail des personnels plus difficile et à risque.

Enfin, il semble essentiel d'intégrer les connaissances que cette recherche a permis de construire dans un système de gestion prévisionnelle des âges qui reste à bâtir. En effet la question du vieillissement du personnel préoccupe de plus en plus les intervenants du secteur de la santé. Cette réalité peut être considérée de façon à ce qu'elle soit prise en compte dans l'implantation des changements en cours de même que l'insertion et la rétention du personnel plus jeune.

BIBLIOGRAPHIE

- Aiken, L. H., Clarke, S.P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Siber, J.H. (2002). Hospital Nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of American Medical Association*, 288 (16), 1987-1993.
- Ariëns, A.M., van Michelen, W., van der Wal, G., Bongers, P., Bouter, L., (2001). Psychological risk factors for neck pain : a systematic review. *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 39, p. 180-193.
- Aronson J., Neysmith S.M. (1996). The work of visiting home makers in the context of cost cutting. *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, 87(6), 422-425.
- Avila-Assunção A. (1998). *De la déficience à la gestion collective du travail : les troubles musculo-squelettiques dans la restauration collective*. Thèse de doctorat en ergonomie, laboratoire d'ergonomie physiologique et cognitive, École pratique des hautes études, Paris.
- Baril-Gingras, G. (2003). *La production de transformations visant la prévention lors d'interventions de conseil externe en santé et sécurité du travail : un modèle fondé sur l'analyse d'interventions de conseillers d'associations sectorielles paritaires, dans le contexte du régime québécois*. Thèse de doctorat (Ph.D.) en sciences de l'administration, Université Laval, 947 p., et annexes.
- Bellemare, M., Marier, M., Allard, D. (2001). Le journal de bord, un outil pour la recherche et l'intervention en ergonomie. In *Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie : Actes du congrès conjoint de l'Association canadienne d'ergonomie et de la Société d'ergonomie de langue française / ACE-SELF*, Montréal, 3-5 octobre 2001, CD_ROM, vol. 3, 2001, p. 58-62.
- Bourbonnais R., Mondor M. (2001). Job strain and sickness absence among nurses in the province of Québec. *American Journal of Industrial Medicine*, 39, 194-202.
- Bourbonnais, R., Vézina, M., Durand, P.J., Lavoie-Tremblay, M., Viens, C., Vinet, A., Brisson, C., Dicaire, L., Bégin, P., Ouellet, J-P., Levesque-Boudreault, D., Gauthier, N., (2001). *Portrait global de l'environnement psychosocial au travail et la santé des intervenant(e)s en maintien à domicile de quatre CLSC de la région de Québec*. Rapport d'intervention, xx pages.
- Bourbonnais R., Comeau M., Viens C., Laliberté D., Malenfant M., Brisson C., Vézina M. (1998). *La transformation du réseau de la santé : mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec*, rapport de recherche soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec : Équipe de recherche RIPOST, Université Laval et Direction de la santé publique de Québec.
- Bourbonnais, R., Malenfant, R., Viens, C., Vézina, M., Brisson, C., Laliberté, D., Sarmiento, J. (2000). Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de santé sur la vie

- professionnel, la vie familiale et la santé des infirmières et des infirmiers de l'agglomération de Québec. Rapport de recherche, RIPOST, 71 p.
- Bourdouxhe, M. (2003). Conception et gestion des horaires de travail des auxiliaires familiales et sociales en soins à domicile : quand le logiciel ignore le réel, AQHSST, avril 2003.
- Bourdouxhe, M., Cloutier, E., Ledoux, É., Teiger, C., David, H., Gagnon, I., Ouellet, F. (2004). *La gestion informatisée des horaires de travail dans les soins à domicile : quand les horaires théoriques ignorent le travail réel*. Colloque sur la santé et la sécurité du travail au Québec : une collaboration interdisciplinaire dans le cadre de l'ACFAS, le 11 et 12 mai 2004.
- Bourdouxhe, M., Quéinnec, Y., Guertin, S. (2000). The interaction between work schedule and workload: Case study of 12-hour shifts in a Canadian refinery. In S. Hornberger, P. Knauth, G. Costa, and S. Folkard (Eds), *Shiftwork in the 21st Century*, Arbeitswissenschaft in der betrieblichen Praxis, 17. Frankfurt, Peter Lang Verlag, pp 61-66.
- Bourdouxhe, M., Guertin, S., Cloutier, E. (1992). Étude des risques d'accident dans la collecte des ordures ménagères. IRSST, Montréal, R-061, 355 p.
- Bourdouxhe, M., Champoux, D., Mercier, L., (1987). *Étude exploratoire des accidents en construction sur l'île de Montréal*. Rapport de recherche, IRSST, 140 pages.
- Bureau de la statistique du Québec (1998). *D'une génération à l'autre : évolution des conditions de vie*. Institut de la statistique du Québec, Québec.
- Caroly S. (2001). *Régulations individuelles et collectives de situations critiques dans un secteur de service : le guichet de la Poste*. Thèse de doctorat d'ergonomie, École pratique des hautes études, Paris France, 305 p. plus annexes.
- Carpentier-Roy M.-C. (1995). Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier. Montréal, Liber.
- Cassou, B., Desrioux, F.(1985). L'usure physique: vieillissement ou empreintes de la vie? In B. Cassou et al. (dirs): *Les risques du travail*(134-139). Paris: La Découverte.
- Champoux, D., Cloutier, E., (1996). *Problématique de la santé et de la sécurité chez les pompiers : résultats de l'analyse de fichiers d'accidents de deux municipalités au Québec*. Études et recherches. Rapport de recherche R-144, IRSST, 63 pages.
- Clot Y. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité *Pistes*, revue électronique, à paraître, www.pistes.uqam.ca
- Cloutier E., Bourdouxhe M., Ledoux É., David H., Gagnon I., Ouellet F., Teiger C. Effets du statut d'emploi sur la santé et la sécurité au travail : le cas des auxiliaires familiales et des infirmières de soins à domicile. *Pistes*, revue électronique, (à paraître), www.pistes.uqam.ca

- Cloutier, C., David, H. (2003). Agir sur les conditions de travail des auxiliaires de vie : croiser les approches. *Travail et Emploi*, 94, 75-84
- Cloutier E., David H., Prévost J., Teiger C. (1999). Effect of the organization of work on the health and safety of home care workers and home care nurses. *Journal of Healthcare, Safety Compliance & Infection Control*, 33 (4), 161-166.
- Cloutier, C., David, H., Prévost, J., Teiger, C. (1999). The importance of experience for older homemakers and case aids in facing up to the constraints of work. *Experimental Aging Research*, 25(4), 405-410.
- Cloutier E., David H., Teiger C., Prévost J. (1999). Les compétences des auxiliaires familiales et sociales expérimentées dans la gestion des contraintes de temps et des risques de santé. *Formation et emploi*, 67, 63-75.
- Cloutier E., David H., Teiger C., Prévost J. (1998). *Santé, sécurité et organisation du travail dans les emplois de soins à domicile*. Montréal, IRSST, R-202.
- Cloutier, E., Duguay, P. Massicotte, P. (1998). Les lésions professionnelles des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières des CLSC entre 1993 et 1995. *Objectif Prévention*, 21(4), 12-13.
- 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*. Études et Recherche, IRSST, R-118.
- Cloutier E. (1994). The effect of age on safety work practices among domestic trash collectors in Québec. *Safety Science*, 17, 291-308.
- Cloutier, E., Laflamme, L., (1985). *Organisation du travail et sécurité des opérations forestières*. Rapport abrégé de recherche, IRSST, 101 pages.
- Cognet, M. (2002a). Les enjeux de territoires et d'identités dans le travail des auxiliaires familiaux et sociaux des centres locaux de services communautaires du Québec. *Sciences sociales et santé*. 20(3), 37-62.
- Cognet, M. (2002b). Les femmes, le service et le don. *Cahiers de recherche sociologique*, 37, 51-77.
- Colombel, J., Millanvoye, M., (1996). Âge et activité des opérateurs dans une entreprise de construction aéronautique. In Patesson, R., *Intervenir par l'ergonomie*, XXXIème Congrès de la SELF, Bruxelles.
- Conley, M., (2000). How do you spell effectiveness ? Measuring your safety program. *Safety +Health*, vol. 161, no 6, p. 42-46.

- Contandriopoulos A.P. et coll. (2000) *La place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins*. Rapport présenté au Conseil de la santé et du bien-être, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal.
- D'Amour, D., Sicotte, C., Lévy, R. (1999). L'action collective, au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17(3), 67-93.
- Daniellou, F. (2003). De la rotation des postes à la santé au travail : synthèse du Colloque « *La rotation, est-ce une solution ?* ». *Pistes*, revue électronique, 5(2). www.pistes.uqam.ca
- David, H., Volkoff, S., Cloutier, E. Derriennic, F. (2001). Vieillesse, organisation du travail et santé. *Pistes*, www.unites.uqam.ca/pistes, 3 (1).
- David, H., Teiger, C. (2004). Spécificités de l'expérience dans les relations de service ? *Séminaire Vieillesse-Travail "Expérience professionnelle et relations de service"*, Actes du colloque du CRÉAPT, Paris, mai 2002.
- David, H., Cloutier, E., La Tour, S. (2004). *Le recours aux agences privées d'aide à domicile et de soins infirmiers par les services de soutien à domicile des CLSC*. IRSST, Études et recherches, Rapport R-346, 130 pages, Montréal.
- Dellve L., Lagerstrom M., Hagberg M. (2003). Work-system risk factors for permanent work disability among home-care workers: a case-control study. *Int Arch Occup Environ Health*, 76, 216-224.
- Denton M., Zeytinoglu I., Davies S. (2003). Organizational Change and health and well-being of home care workers. SEDAP Research paper no. 110, 130 p.
- Dessors D. (2001). Le client est roi, la prescription lui incombe. Dans « *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie* » coordonnée par F. Hubault, Paris.
- De Terssac, G., Thoemes, J., Flautre, A. (2004). Régulation politique et régulation d'usage dans le temps de travail. *Le Travail humain*, 67(2), 135-154.
- Dion G, Tessier R. (1994). Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 26(2), 210-27.
- Du Tertre C. (2001). Services, « relation de services » et « économie immatérielle ». Dans « *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie* » coordonnée par F. Hubault, Paris,
- Estryn-Behar M., Vinck L. (2001). La relation de soins à l'hôpital entre une ardente obligation et une ardente contradiction. Dans « *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie* » coordonnée par F. Hubault, Paris,
- Falzon P., Lapeyrière S. (1998). L'utilisateur et l'opérateur : ergonomie et relations de service. *Le Travail Humain*, 61(1), 69-90.

- Gadrey, J., (1996). *L'économie des services*. Paris : La découverte.
- Gaudart C., Weill-Fassina A. (1999). L'évolution des compétences au cours de la vie professionnelle : une approche ergonomique. *Formation Emploi*, 67, 47-62.
- Gaudart (1996). Vieillir, mais tenir la cadence. *Gérontologie et société*, vol. 77, p. 84-100.
- Gallier C. (2001). Le soignant, son travail et la personne âgée. Comment l'organisation du travail interpose ses temps et ses tâches entre les soignants et les personnes âgées. Dans « *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie* » coordonnée par F. Hubault, Paris, mai 2001
- Gagnon I., David H., Cloutier E., Ouellet F., Ledoux É., Bourdouxhe M., Teiger C. (2003). Organisation du travail et développement de stratégies protectrices : cas des auxiliaires sociales et familiales de services publics de maintien à domicile. *Gérontologie et société*, No 107, 131-148
- Gaudart C., Weill-Fassina A. (1999). L'évolution des compétences au cours de la vie professionnelle : une approche ergonomique. *Formation Emploi*, vol. 67, pp. 47-62
- Gauthier, H. Gaymu. J. (2003). Le vieillissement démographique. *Gérontologie et société*, 107, décembre, 13-32.
- Gissel, A., Knauth, P. (1998). Knowledge-based support for the participatory design and implementation of shift systems. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 24(sup.3): 88-95.
- Gonon O. (2003). Des régulations en lien avec l'âge, la santé et les caractéristiques du travail : le cas des infirmières d'un centre hospitalier français. *Pistes*, www.unites.uqam.ca/pistes, 5 (1).
- Gonon O. (2001). Les régulations organisationnelles, collectives et individuelles en lien avec l'âge, la santé des salariés et les caractéristiques du travail : Le cas d'un centre hospitalier universitaire. Thèse de doctorat en ergonomie présentée à l'université Toulouse II, 238 p.
- Gollac, M., Volkoff S. (2001). Intensité et fragilité. In G. Jeannot et P. Veltz : *Le travail entre l'entreprise et la cité*. Paris : Éditions de l'Aube.
- Hanique F., Jobert G. (2001). Au guichet, le genre fait loi. Mais comment l'observer ? Dans « *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie* » coordonnée par F. Hubault, Paris,
- Hébert, R. (2003) Les défis du vieillissement au Canada. *Gérontologie et société*, 107, décembre, 79-86.
- Higgins C., Duxbury L., Johnson K. (2004). *Examen du conflit entre le travail et la vie personnelle et des contraintes qu'il exerce sur le système de santé canadien- Rapport no 3*. Agence de Santé publique du Canada, Ottawa, mars 2004.

- Hoogendoorn, W.E., Van Poppel, M., Bongers, P., Bart, K., (2000). Systematic review of psychological factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine*, vol. 25, p. 2114-2125.
- Hubault F., Bourgeois F. (2001). La relation de service : une convocation nouvelle pour l'ergonomie. Dans « *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie* » coordonnée par F. Hubault, Paris,
- Johnson, J.V., Hall, E.M., (1988). Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease : A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, vol. 78, no 10, p. 1336-1342.
- Karasek R., Theorell T. (1990). *Healthy Work-stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. Basic Book Inc. New York
- Lefrançois, R. (1991). *Dictionnaire de la recherche scientifique*. Lennoxville : les éditions Némésis.
- Lehoux P., Charland C., Richard L., Pineault R., St-Armand J. (2001). Convivialité et cadre organisationnel des technologies utilisées à domicile. Le point de vue des gestionnaires et des professionnels de vingt programmes de soins à domicile en CLSC. Rapport du GRIS, R01-13, 97 p.
- Laville A. (1989). Vieillesse et travail. *Le travail humain*, vol. 52, no. 1, pp. 3-20.
- Légaré, J. (2001). Ageing and social security program reforms : Canada in international perspective. *ISUMA - Canadian Journal of Policy Research / Revue canadienne de recherche sur les politiques*, Été, 110-118.
- Lippel, K., (1995). Watching the watchers : How expert witnesses and decision-makers perceive men's and women's workplace stressors. In Messing, K., Neis, B., Dumais, L., (Eds). *Invisible : Occupational Health Problems of Women at Work / Invisible : la santé des travailleuses*, p. 265-291.
- Maslach C, Jackson S. E. (1986) *Maslach Burnout Inventory. Manual*. 2e edition. Palo Alto: Consulting Psychologists Press Inc.
- Meyer, J. D., Muntaner, C., (1999). Injuries in Home Health Care Workers : An Analysis of Occupational Morbidity From a State Compensation Database. *American Journal of Industrial Medicine*, 35, 295-301.
- Millanvoye, M., (1996)
- Millanvoye M., Colombel J. (1996). Age et activité des opérateurs dans une entreprise de construction aéronautique. In R.Patesson (s/d) *Intervenir par l'ergonomie, XXXIe Congrès de la SELF*, Bruxelles

- Mispelbolm Beyer F. (2001). Le secret des services. Dans « *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie* » coordonnée par F. Hubault, Paris.
- Nachreiner, F., Qin, L., Grzech-Sukalo, H., Hedden, I. (1993). Computer-aided design of shift schedules. *Ergonomics*, vol. 36, no 1-3, p. 77-84.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (Octobre 2003). *Évolution des effectifs de la profession infirmière au Québec : Données au 31 mars 2003*.
- Ouellet, F., Cloutier, E., Ledoux, É., David, H., Teiger C., Bourdouxhe, M., Gagnon, I. (2004). Temps d'intervention et temps réel de travail des infirmières en soins à domicile. *Objectif Prévention*, 27(3), 14-16.
- Paoli P (1997). Second European survey on working conditions. European foundation for the improvement of living conditions, EF/97/26/EN, 384 p.
- Patton, M. Q. (1987). How to use qualitative methods in evaluation. Newbury Park, CA: Sage.
- Pueyo V. (1998). Construction et évolution des compétences : l'exemple des autocontrôleurs dans la sidérurgie. *Actes du 33^e congrès de la SELF, temps et travail*, pp. 583-590
- Pinelle D., Gutwin C. (2002). Supporting collaboration in multidisciplinary home care team. AMIA 2002 Annual Symposium Proceedings, pp 617-621
- Pueyo V., Millanvoye M. (2001). *Analyse de l'activité de travail des fondeurs en fonction de l'âge*. Rapport d'études, Créapt.
- Pueyo V. (1998). Construction et évolution des compétences : l'exemple des autocontrôleurs dans la sidérurgie, *Actes du 33^e congrès de la SELF – temps et travail*, 583-590.
- Quéinnec, Y., Teiger, C., De Terssac, G. (1992). Repères pour négocier le travail posté. Octarès, Toulouse.
- Régie des rentes du Québec (2001). *Nombre d'années requises pour passer de 12 % à 25 % de la population âgée de 65 ans et plus*.
- Rocher M. (1990). Les conditions de travail des infirmières et des aides-soignantes à domicile. *Travail et sécurité*, 12, 678-692.
- Roy M., Bergeron, Fortie L. (2004). *Développement d'instruments de mesure de performance en santé et sécurité du travail à l'intention des entreprises manufacturières organisées en équipes semi-autonomes de travail*. Rapport IRSST, R-357, 46 p.
- Schonfelder, E., Knauth, P. (1993). A procedure to assess shift systems based on ergonomic criteria. *Ergonomics*, 36(1-3): 65-76.

- Seifert A.-M., Messing K. (2004). Écouter et voir dans un monde technique : effets de la discontinuité des horaires sur l'activité de travail des infirmières. *Pistes*, www.unites.uqam.ca/pistes, 6 (1).
- Siegrist, J., (2000). Place, social exchange and health : proposed sociological framework. *Social Science and Medecine*, vol. 51, 1283-1293.
- Siegrist, J., (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 1 no 1, p.27-41.
- Spiers J. (2002). The interpersonal contexts of negotiating care in home care nurse-patient interactions. *Qualitative health research*, Vol 12 No 8, 1033-1057.
- Statistique Canada (2000). Decline in Employment among men aged 55 to 64. *Canada's Seniors*, no. 19 (en ligne, 6 juin 2000). <http://www.hc-gc.ca/seniors-aines/factoids/en/no19.htm>
- Statistique Canada (2000). Enquête sur la dynamique du travail et du revenu. http://www.statcan.ca/francais/freepub/75F0010XIF/3889e_f.htm
- Teiger C., Cloutier E., David H. Les activités de soins à domicile soigner et prendre soin. PUF (à paraître)
- Teiger C. (1989). Le vieillissement différentiel dans et par le travail, un vieux problème dans un contexte récent. *Le travail humain*, vol. 52, no. 1, pp. 21-56.
- Theorell, L., (1996). Possible mechanisms behind the relationship between the demand-control-support model and disorders of the locomotor system, in S. Moon et S. Sauter (dir), *Psychosocial aspects of musculoskeletal disorders in office work*, London, Taylor & Francis, p. 65-73.
- Thomas C. (1993). De-constructing concepts of care. *Sociology*, 27(4), 549-669.
- Torp, S., Riise, T.(2001). The impact of psychological work factors on musculoskeletal pain: a prospective study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 43, no 1, p. 121-126.
- Torgen, M., Nygard C.-H., & Kilbom, A. (1995). Physical work load, physical capacity and strain among elderly female aides in home-care service. *Eur J Appl Physiol*, 71, 444-452.
- Van Steen, J., (1996). *Safety Performance Measurement*. European Process Safety Centre, 135 pages.
- Véga A (2001). Les relations humaines dans le travail : approche ethnographique des infirmières hospitalières française. Dans « *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie* » coordonnée par F. Hubault, Paris,
- Vézina N. (2001), La pratique de l'ergonomie face aux TMS : ouverture à l'interdisciplinarité. *Actes du Congrès SELF-ACE*, Montréal.

- Vézina, M., Vinet, A., Brisson, C., (1989). Le vieillissement prématuré associé à la rémunération au rendement dans l'industrie du vêtement. *Le travail humain*, vol 52, no 3, p. 203-212.
- Vinet A. (2004). Travail, organisation et santé. Le défi de la productivité dans le respect des personnes. Les presses de l'université Laval.
- Vinet, A., Brisson, C., Vézina, M. (1986). Rémunération à la pièce, travail parcellaire et santé mentale dans l'industrie du vêtement. *Sociologie et société*, vol. 18, no 2, p. 25-36.
- Volkoff S. (2002). Des comptes à rendre. Usages des analyses quantitatives en santé au travail pour l'ergonomie. Mémoire pour l'habilitation à diriger des recherches en ergonomie présenté à l'université de Marne-la-Vallée, 136 p.
- Warren, N., (2001). Work stress and musculoskeletal disorder etiology : the relative roles of psychosocial and physical risk factors. *Work*, vol. 17, p. 221-234.
- Weller J.-M. (2001). La relation de service et l'indifférence morale de l'agent public. Dans « *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie* » coordonnée par F. Hubault, Paris,
- Yin R. K. (1994). *Case study research. Design and methods*. Los Angeles: Sage Publications.

ANNEXES

ANNEXE 3.1

**L'importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies
protectrices de travail des auxiliaires familiales et sociales (AFS) et des
infirmières des services de soins et de maintien à domicile**

Entente entre l'équipe de recherche et les MAD participants

Équipe de recherche

Esther Cloutier, statisticienne, Programme Organisation du travail, IRSST
Hélène David, sociologue, département de sociologie et GRASP, Université de
Montréal
Élise Ledoux, ergonomiste, Programme Organisation du travail, IRSST
Catherine Teiger, ergonomiste, CNAM et CNRS
François Ouellet, anthropologue et ergonomiste, GRASP, Université de Montréal

1. Offre de service aux MAD participants

Des chercheurs de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) et de l'Université de Montréal unissent leurs efforts pour réaliser un projet. Celui-ci vise à vérifier l'effet de certains facteurs qui relèvent de l'organisation du travail sur la réduction des risques à la santé et à la sécurité du travail par le soutien aux stratégies de travail protectrices des auxiliaires familiales et sociales (AFS) et des infirmières.

Les établissements qui participeront au projet de recherche bénéficieront de l'expertise de l'équipe de chercheurs. Cette étude permettra :

- 1) l'identification des facteurs organisationnels favorisant la santé et la sécurité du travail du personnel de maintien à domicile en facilitant l'élaboration et l'utilisation des stratégies protectrices de travail;
- 2) la quantification et la qualification des stratégies protectrices de travail;
- 3) le repérage des éléments liés à l'organisation du travail favorisant le transfert de connaissances entre expertes et novices; la compréhension des facteurs empêchant ou nuisant à l'utilisation des stratégies protectrices.

Les résultats issus de cette analyse permettront de formuler des suggestions en accord avec le milieu visant à améliorer les conditions de réalisation du travail et l'organisation du travail. Ces propositions de transformations permettront de réduire les risques de lésions professionnelles et de problèmes de santé tout en considérant l'amélioration de la qualité des soins. De plus, si l'établissement le désire un service d'accompagnement de l'implantation des modifications proposées suite à la recherche sera offert. Les établissements participants n'auront pas de frais supplémentaires à déboursier pour cette expertise, mais bénéficieront des retombées pendant le projet et par la suite.

La participation à ce projet procurera aux établissements impliqués une visibilité, tant dans le secteur de la santé que celui de la recherche en santé et en sécurité du travail. Notamment le comité avisé suivra le projet de près et assurera une diffusion de l'avancement des travaux auprès des différents organismes de leur milieu (ASTSSAS, ministère de la Santé et des Services sociaux, Régies régionales, CLSC, FIIQ, CSN, Association des CLSC et des CHSLD, associations professionnelles, milieu universitaire).

Résumé de la recherche menée en collaboration par l'IRSST et par l'université de Montréal

Ce projet de recherche fait suite à une récente étude exploratoire qui a montré que les auxiliaires familiales et sociales (AFS) et des infirmières des soins à domicile sont deux emplois à risque pour la santé et à la sécurité et que les facteurs de risque auxquels elles sont confrontées sont très diversifiés et peu étudiés. Ces facteurs sont liés non seulement au patient et à son réseau familial mais aussi à l'organisation du travail au CLSC et au MAD et à l'environnement de travail.

L'étude exploratoire a également rendu visible le fait que les travailleuses expérimentées élaborent plusieurs stratégies de travail qui leur permettent de faire face aux multiples contraintes rencontrées dans l'exercice de leur travail et de se protéger des risques. Ces stratégies semblent particulièrement efficaces puisque les travailleuses plus âgées sont victimes de moins d'accidents que leurs jeunes collègues.

Dans le cas des emplois de soins à domicile, il est possible que l'expérience constitue un atout supplémentaire par rapport à d'autres emplois pour lesquels l'environnement de travail est plus contrôlé. Or, l'organisation du travail peut soutenir de manière plus ou moins efficaces les travailleuses par différentes mesure. Il semble donc pertinent de s'intéresser aux facteurs organisationnels qui soutiennent l'élaboration et l'utilisation de stratégies de travail protectrices des risques à la santé et à la sécurité afin de bien comprendre comment ces éléments interagissent et se combinent. Ainsi nous mettons l'accent sur les aspects positifs de l'avance en âge et de l'expérience qui peuvent être utilisés par les services de MAD pour améliorer l'efficacité et la qualité des services offerts.

Objectifs

Ce projet se propose de décrire le rôle de l'organisation du travail comme soutien :

- 1) à l'élaboration de stratégies de travail protectrices des travailleuses expérimentées;
- 2) au développement de ces stratégies par les novices;
- 3) à l'utilisation de ces stratégies lors de la réalisation de l'activité réelle particulièrement pour des situations de travail à haut risque.

Déroulement de la recherche

Quatre services de MAD présentant des caractéristiques organisationnelles différentes seront étudiés. Dans chacun d'eux seront réalisés :

- des recherches documentaires et des entrevues auprès des personnes-clés (gestionnaires, représentants syndicaux, responsable de la SST, etc.) afin de caractériser l'organisation du travail et les conditions de SST des AFS et des infirmières;
- des observations de l'activité réelle de travail d'AFS et d'infirmières expérimentées et peu expérimentées pendant des situations de soins qui sont les plus fréquentes et les plus à risque;
- des observations des réunions de travail (équipe multidisciplinaire, professionnelles, étude et évaluation des cas, etc.);
- des entrevues des AFS et des infirmières ayant été victimes d'un accident du travail ou d'une absence pour raison de santé depuis trois ans

Une recherche participative

Des cadres et des employées des établissements participants seront engagés à différentes étapes de la recherche. Cette participation se fera sur une base volontaire et avec l'accord de chacun.

Un comité aviseur formé en début de projet suivra le déroulement de la recherche afin d'en maximiser les retombées. Il sera composé de représentants : de l'association des CLSC et des CHSLD, du ministère de la santé et des services sociaux; de la fédération des infirmières et

infirmiers du Québec (FIIQ), de la CSN, de la régie régionale de la santé et des services sociaux, de l'association pour la santé et la sécurité du travail, secteur des affaires sociales (ASSTSAS), de l'Association des auxiliaires familiales et sociales du Québec; des CLSC participants.

Résultats attendus

Cette recherche permettra :

- 1) D'identifier *les facteurs organisationnels qui jouent un rôle positif* sur la santé et la sécurité du travail du personnel de maintien à domicile en facilitant l'élaboration et l'utilisation des stratégies protectrices de travail;
- 2) De *quantifier et de qualifier plus systématiquement les stratégies protectrices de travail* développées par les auxiliaires familiales et sociales et les infirmières notamment les stratégies posturales et les stratégies d'approche permettant de solliciter la collaboration du client;
- 3) De repérer certains *éléments reliés à l'organisation du travail qui favorisent le transfert de stratégies de travail protectrices* au niveau de la santé et de la sécurité du travail entre travailleuses expertes et travailleuses novices notamment en ce qui à trait à l'équipement;
- 4) De mieux *comprendre les facteurs organisationnels et environnementaux qui empêchent ou nuisent à l'utilisation des stratégies protectrices* et qui jouent un rôle dans la survenue des accidents du travail du personnel de soins à domicile;
- 5) De contribuer à *l'enrichissement des connaissances* sur la façon dont s'élabore les savoir-faire de prudence.

Retombées prévisibles

Ce projet impliquera de près plusieurs intervenants du secteur. Le travail de collaboration avec les membres du comité avisé permettra de formuler des suggestions de modifications pouvant être utiles dans le milieu. Ceci rendra possible l'utilisation des résultats par l'ensemble des CLSC du réseau de même que par l'ASSTSAS et les différentes associations du secteur. Les résultats seront particulièrement utiles en ce qui a trait à leur potentiel d'utilisation pour la formation et pour modifier certains paramètres de l'organisation du travail. Les résultats de la recherche seront diffusés par les chercheurs de même que par les partenaires du comité avisé dans le cadre de colloques régionaux au Québec de même que par des articles (revues de l'ASSTSAS et de la CSST).

Budget alloué par l'IRSST pour la recherche

Année	1	2	3	Total
Salaires	146 700 \$	143 500 \$	33 100 \$	322 700 \$
Équipement et fonctionnement	9 000 \$	8 500 \$	5 800 \$	23 300 \$
Total	155 700 \$	152 000 \$	38 900 \$	346 000 \$

Pour de plus amples informations sur ce projet veuillez contacter :

Esther Cloutier
Programme Organisation du travail
IRSST
TEL : (514) 288-1551
FAX : (514) 288-6097
e-mail : cloutier.esther@irsst.qc.ca

2. Implication du CLSC : Personnes ressources à rencontrer, information à recueillir et échéancier

A. Rencontres préliminaires

- 1) Rencontre avec la direction pour obtenir un accord formel du CLSC et lettre de confirmation.
- 2) Rencontre avec les responsables des services administratifs pour obtenir des données de main-d'œuvre, d'absentéisme et de santé au travail (lésions professionnelles, assignation temporaire).
- 3) Rencontre avec un responsable du MAD pour connaître l'organisation des soins à domicile (critères d'allocation des soins, répartition des cas, organisation des équipes, etc.).
- 4) Rencontres de personnes responsables de la planification du travail du personnel de soins à domicile (critères utilisés pour la répartition des cas, organisation des remplacements, transmission d'information, risques, organisation de la SST).
- 5) Rencontres de représentants syndicaux (infirmières et AFS) sur les mêmes questions.

B. Entrevues semi-dirigées

- 1) Entrevue collective de 4 ou 5 infirmières de soins à domicile qui seront observées⁵⁷.
- 2) Entrevue collective de 4 ou 5 auxiliaires familiales et sociales qui seront observées.
- 3) Entrevue individuelle des infirmières victimes de lésions professionnelles ou d'un problème de santé lié au travail au cours des trois dernières années (ce qui correspond à approximativement 10 infirmières).
- 4) Entrevue individuelle des auxiliaires familiales et sociales victimes de lésions professionnelles ou d'un problème de santé lié au travail au cours des trois dernières années (ce qui correspond à approximativement 20 AFS).
- 5) Entrevues auprès des chefs d'équipe.

C. Observation de l'activité de travail

- 1) Observation de l'activité de travail de 8 infirmières (4 expérimentées et 4 novices) au cours de la totalité de leur journée de travail de façon à obtenir des données sur la façon de dispenser les soins ainsi que sur les contraintes rencontrées selon différents types de patients visités (cas moyen i.e. : ayant une fréquence élevée, cas lourd physiquement, cas Alzheimer, cas présentant des pathologies multiples) ainsi que sur leur après-midi de travail au CLSC⁵⁸.
- 2) Observation de l'activité de travail de 8 auxiliaires familiales et sociales (4 expérimentées et 4 novices) au cours de la totalité de leur journée de travail de façon à obtenir des données sur la façon de dispenser les soins ainsi que sur les contraintes rencontrées selon différents types de patients visités (cas moyen i.e. : ayant une fréquence élevée, cas lourd physiquement, cas Alzheimer, cas présentant des pathologies multiples)².

⁵⁷ Le temps d'entrevue auprès des infirmières et des auxiliaires familiales sera rémunéré par le projet.

⁵⁸ Ces journées d'observation peuvent s'étaler sur une période de deux à trois semaines.

- 3) Observation de divers types de réunions (professionnelles, évaluation et réévaluation des cas, équipe multi, etc.) impliquant du personnel de soins à domicile tout au long du déroulement du projet dans le service de MAD.

D. Questionnaire sur les douleurs ressenties par les infirmières et les AFS du service de MAD

E. Réunions

- 1) Réunion préparatoire avec les cadres du MAD avant la présentation des résultats.
- 2) Réunion de groupe avec les infirmières ayant participé au projet pour la présentation des premiers résultats.
- 3) Réunion de groupe avec les auxiliaires familiales et sociales ayant participé au projet pour la présentation des premiers résultats.

F. Comité de suivi

- 1) Constitution d'un comité de suivi du projet afin de s'assurer du bon déroulement du projet dans le CLSC et d'informer les divers interlocuteurs. Ce comité sera composé du responsable du MAD, de représentants syndicaux des AFS et des infirmières du MAD ainsi que du directeur des ressources humaines ou de personnes les représentant.
- 2) Trois ou quatre réunions de une heure du comité de suivi en cours de déroulement du projet au CLSC.

ANNEXE 3.2

Grille d'entrevue avec les responsables du SAD (incluant la/le responsable SST)

1 Le service de MAD

1.1. Comment est organisé votre CLSC ? (s'aider de l'organigramme s'il est disponible. NB y a-t-il des équipes autonomes pour les soins & services de post-op et palliatifs ?) ? Depuis quand existe votre CLSC ?

1.2 Quelle est l'importance du service de MAD au sein de votre CLSC (comparé à « avant ») ? Indices : % du budget de fonctionnement, nombre de salariées etc.

1.3. Considérez-vous que votre service de MAD est bien intégré à l'ensemble du CLSC ou est-ce plutôt une entité à part des services courants ?

1.4 Quelle gamme de services offrez-vous actuellement au MAD ? Sur quelles plages horaires offrez-vous vos services ?

1.5 Comment vos effectifs sont-ils répartis sur le territoire ?

1.6 Y a-t-il eu des fusions d'établissements avec votre CLSC ? Lesquels ? Quand ? Si oui, quels en ont été les effets sur votre travail au MAD (de gestion, de soins et de services) et auprès des clients ?

1.7 Dans le cadre de la politique de continuité des soins et services, comment qualifieriez-vous vos relations avec les autres établissements de la région et la Régie régionale ? Existe-t-il des mécanismes de concertation lorsque surviennent des désaccords ?

1.8 Vous sentez-vous soutenues par la direction de votre CLSC pour faire face à toutes les contraintes que vous avez à gérer (liste d'attente, manque de personnel, budgets insuffisants ?) Êtes-vous satisfaite de la part du budget du CLSC qui est attribué au service de MAD ? Comment qualifieriez-vous vos rapports avec la direction du CLSC ? Diriez-vous que vous êtes sur la même « longueur d'ondes » ?

1.9 Lorsque vous avez des décisions à prendre, par exemple lorsque vous devez vous réorganiser à cause des conséquences des soins ambulatoires, décidez-vous plutôt en concertation avec la direction du CLSC ou autrement ?

1.10 Êtes-vous en rapport avec un groupe de médecine familiale ?

1.11 Quelles sont les tables de concertation auxquelles vous participez qui concernent le MAD ?

1.12 Le CLSC a-t-il adhéré au système d'agrément ? Est-il actuellement certifié ou en cours d'évaluation par le Conseil ?

2 La politique du CLSC sur les soins à domicile

2.1 Comment caractériseriez-vous votre clientèle ? A-t-elle beaucoup changé au cours des dernières années (âge, lourdeur, heures/soins requises, milieu familial, % de post-op) ?

2.2. Quels sont vos critères d'acceptation des bénéficiaires lorsque vous recevez une demande ? Pouvez-vous nous donner des exemples de cas que vous auriez refusés ?

2.3 Quels critères utilisez-vous pour décider du temps et des types de soins qui sont alloués à chaque cas (comparé à « avant ») ?

2.4 Quels sont les exigences de votre service en ce qui concerne les équipements et les aménagements dans les résidences des bénéficiaires (existence de procédures écrites, respect de ces procédures préalable aux services, suivi, qui s'en occupe) ?

2.5 Les effectifs dont vous disposez sont-ils suffisants pour répondre à la demande (AFS, infirmières, médecins, autres professionnels) ? Sinon, comment vous organisez-vous ?

3 L'organisation du travail prescrite

3.1 Qui prend les décisions en ce qui a trait l'attribution des patients lors d'une nouvelle demande ? Quels sont vos critères d'attribution des cas aux personnels ?

3.2 Y a-t-il des « case-loads » (qui en a ? volume ?) Quelles sont les tâches spécifiques des intervenantes-pivots ?

3.3. Quels sont les outils et procédures que vous utilisez pour suivre l'évolution de l'état de santé d'un usager ? Trouvez-vous cela efficace ? Quels en sont les effets sur le travail de gestion, de soins et de services au MAD ? Êtes-vous au courant de la méthode du « suivi systématique de la clientèle » utilisée dans certains MAD ? Si oui, qu'en pensez-vous ? Si utilisée, quels en sont les effets sur le travail de gestion, de soins et de services au MAD ?

3.4 Quels types de relations existent-ils entre les AFS et les infirmières ? Avec les autres professionnelles de la santé ?

3.5 Quelles sont les principaux moyens que vous utilisez pour transmettre l'information entre les AFS et les différentes professionnelles qui s'occupent d'un même cas ?

3.6 Avez-vous une équipe multidisciplinaire ? Depuis quand existe-t-elle ? Y a-t-il eu des évolutions dans sa composition, son fonctionnement, son rôle depuis les débuts ?

3.7 Parlez-nous des différentes réunions qui ont lieu dans le service de MAD. De quel type, quels en sont les objectifs, la fréquence ? Qui y participe ?

3.8 Quelle formation reçoivent les nouvelles recrues du MAD ? Y a-t-il de la formation continue dans votre service ?

3.9 En ce moment, quels sont pour vous les plus gros problèmes du SAD? Et ce qui fonctionne le mieux ?

4. La sous-traitance (agences privées et allocation directe)

N. B. faire expliciter les différences entre les agences de services d'aide à domicile et celles de soins infirmiers

4.1 À quelles ressources pouvez-vous faire appel, en plus de votre propre personnel, pour offrir tous les soins et services à domicile requis ?

4.2 Actuellement, les services fournis par les AP correspondent à quel % (en heures/personnes ou en \$ du budget) pour les services des AFS ? Pour les soins infirmiers?

- 4.3 Que s'est-il passé à un moment donné pour que vous commenciez à avoir recours aux AP ? Est-ce encore pour les mêmes raisons que vous y avez encore recours ? Sinon, pourquoi ?
- 4.4 Est-ce le type de soins ou le type de patient (pathologies) qui fait que le service choisit de confier certains cas aux AP ou de recourir au programme d'allocation directe-chèque emploi-service ? Ou, encore, les conditions de travail des employées ?
- 4.5 Est-ce que l'obligation d'avoir recours à des AP ou à l'allocation directe - chèque emploi service modifie la tâche des gestionnaires, des chefs de services et des intervenantes-pivots du MAD et des AFS ? Si oui, en quoi ?
- 4.6 Quels sont, de votre point de vue, les avantages de recourir aux AP ou au programme d'allocation directe - chèque emploi-service ? Quels en sont les inconvénients ?
- 4.7 Quel a été le rythme d'augmentation du recours aux AP depuis le début jusqu'à maintenant dans votre service de MAD ? (Comment est-ce calculé ?)
- 4.8 *En vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux, le MAD (ou le CLSC ou le personnel professionnel), conserve-t-il la responsabilité à l'égard des patients suivis par le personnel des AP ou par des personnes payées par le programme d'allocation directe-chèque emploi-service ?*
- 4.9 Avec combien d'AP différentes faites-vous affaire simultanément ?
- 4.10 Lorsque vous commencer à faire affaire avec une AP, signez-vous une entente contractuelle ?
- 4.11 Êtes-vous satisfaite de la qualité des services des AP avec lesquelles vous faites affaire ? Sinon, que faites-vous ?
- 4.12 La table régionale de concertation des CLSC se préoccupe-t-elle de la question des AP ?
- 4.13 Y a-t-il des entreprises d'économie sociale qui vous offrent maintenant des services de soins? Si oui, quelle est la différence avec les agences privées ? (contrôle des services, qualification du personnel ?
- 4.14. Utilisez-vous aussi le programme d'allocation directe (le chèque emploi-service) ? Si oui, depuis quand ? À quelle proportion du budget des soins à domicile cela correspond-il ?
- 4.15 Quel a été le rythme d'augmentation du recours au programme d'allocation directe-chèque emploi-service depuis le début jusqu'à maintenant dans votre service de MAD ? (Comment est-ce calculé ?
- 4.16 le SAD ou CLSC a-t-il une politique explicite, écrite à ce sujet ? si oui, l'obtenir, sinon qu'est ce qui sert de ligne de conduite ? Comment se décide le budget de l'AD ?
- 4.17 L'application de ce programme a-t-il déjà fait l'objet d'une évaluation ? Y a-t-il un contrôle de la qualité des soins & services à intervalle régulier ?
- 4.18 Quelle clientèle dessert-il ? Pour quels types de services ?
- 4.19 Quel est le nombre moyen d'heures par semaine /usager cette année? Variabilité ?
- 4.20 Lorsque les demandes de S&S arrivent, qui décide d'attribuer une AD, à la place ou en plus de services du SAD ? Quels sont les critères ?

5 La santé, la sécurité du travail et l'absentéisme

5.1 Quand il y a un accident du travail ou un problème de santé ou de sécurité au travail, que faites-vous ?

5.2 Y a-t-il beaucoup de congés pour accidents du travail ou d'absentéisme pour raison de santé dans votre service ? Si oui, pour quel(s) groupe(s) en particulier ?

6 Les répercussions de la réforme

6.1 Quels effets les différents changements dans le réseau au cours des dernières années (virage ambulatoire, coupures budgétaires, fusions d'établissements) ont-ils eu sur les politiques et l'organisation du CLSC, et plus particulièrement sur votre service de MAD ?

6.2 Pour conclure, diriez-vous que votre service de MAD est plutôt semblable ou assez différent des autres dans votre région ? Si différent, sur quel plan ?

7. Questions pour la/le responsable de la SST

7.1 À votre avis, quels sont les principaux risques dans le travail du personnel de soins à domicile ?

7.2 En quoi consiste les activités du comité de SST du CLSC ?

(S'il n'y en a pas) Est-il question d'en former un prochainement ?

a) Que pensez-vous de ses activités ?

b) Des représentants du service de SAD y participent-ils ?

7.3 En quoi consiste le plan biennal d'actions visant à réduire la fréquence et la gravité des absences pour invalidité en raison d'une maladie ou d'une lésion professionnelle ?

7.4 Le personnel du MAD doit-il se soumettre à des consignes ou des règlements particuliers de santé et sécurité ? Si oui lesquels ?

7.5 Existe-t-il un programme de prévention qui couvre le personnel du soin à domicile ?

7.6 Avez-vous des séances d'information et ou de formation sur la SST ? Si oui, sur quoi, pour qui, à quelle fréquence ?

7.7 Faites-vous partie d'une mutuelle de prévention ?

7.8 À votre avis, les changements qui ont résulté de la réforme de la santé ont-ils suscité de nouveaux risques à la santé et à la sécurité du personnel de soins à domicile ?

7.9 En particulier, la fusion avec un CHSLD que vous avez connue dans votre propre CLSC ?

ANNEXE 3.3

Liste des entrevues individuelles réalisées auprès des gestionnaires et des représentants du personnel pour chaque étude de cas.

CLSC 1	CLSC 2	CLSC 3	CLSC 4
<p>N=13</p> <p>Directrice du SAD et sa remplaçante par intérim. Chef de programme des soins infirmiers. Chef de programme des AFS par intérim. Infirmière bachelière assistante de la supérieure immédiate (IBASI) et sa remplaçante. Chef d'équipe des AFS et sa remplaçante. Responsable de la SST du CLSC. Représentante de la FIIQ. Représentante de la CSN. Responsable des organismes communautaires. Infirmière à l'accueil-évaluation-orientation (AEO).</p>	<p>N=12</p> <p>Le directeur du SAD. La chef de programme des soins infirmiers. La chef de programme des services psychosociaux et d'aide à domicile. La conseillère en ressources informationnelles. Les chefs d'équipe AFS et infirmière. La responsable du logiciel « Horaire+ ». L'infirmière clinicienne. Le responsable de la SST du CLSC. Des représentantes de la FIIQ. Des représentantes de la CSN. Les intervenantes à l'accueil-évaluation-orientation (AEO).</p>	<p>N=10</p> <p>Le directeur des ressources humaines (intérim) et responsable de la SST. Chef de programme des services ambulatoires – santé physique. Chef de programme SAD Assistance de la chef de programme du SAD. AFS de liaison du SAD. Infirmière à l'accueil du SAD. Infirmière de liaison du programme ambulatoire – santé physique. Agente de liaison du programme ambulatoire. Représentante de la FIIQ. Représentant de la CSN.</p>	<p>N=13</p> <p>Directeur des ressources humaines (intérim) et responsable de la SST. Coordonnateur à l'enseignement et à la recherche. Les trois chefs de programme des trois programmes du SAD. Les trois chefs d'équipe des programmes du SAD. Infirmière à l'accueil du SAD. Infirmière responsable de l'interface avec les agences privées de soins infirmiers. Représentante de la FIIQ. Représentant de la CSN.</p>

ANNEXE 3.4

Grille d'entrevue de groupe avec les AFS

Au début de la rencontre, faire un tour de table afin de connaître les gens : leur nom, ancienneté, âge, parcours antérieur, etc.

1. Éléments du travail prescrit et de la tâche

- 1.2 Donnez-nous un exemple de déroulement d'une journée type de travail ?
- 1.3 Pour une semaine ça se passe comment ? Est-ce que ça varie d'une journée à l'autre et par rapport à la journée que vous venez décrire ?
- 1.4 Quels sont, en gros, vos horaires de travail ?
- 1.5 Ça prend quoi comme formation et comme qualités personnelles pour faire votre travail ?

2. La clientèle

- 2.1 Donnez-nous les principales caractéristiques de la clientèle que vous soignez. C'est quoi un cas lourd et quelles sont les pathologies que vous rencontrez le plus ? En quoi ça influence votre travail ?
- 2.2 Les relations avec l'utilisateur et sa famille sont-elles importantes pour le bon déroulement de votre travail ?
- 2.3 Comment ça se passe en ce qui concerne les équipements chez l'utilisateur ? Y a-t-il des politiques du CLSC à ce sujet ? Sont-elles appliquées et utiles ?

3. Éléments du contenu significatif du travail

- 3.1 Qu'est-ce que vous trouvez le plus important dans votre travail ?
- 3.2 Qu'est-ce que vous aimez le plus dans votre travail ?
- 3.3 Est-ce que les politiques du CLSC, comme l'encouragement de l'autonomie, l'équité et le droit des usagers à rester chez lui influencent votre travail de tous les jours ?
- 3.4 Trouvez-vous que votre travail est important et qu'il est reconnu ? Par exemple, dans le travail de l'équipe multi trouvez-vous que vos trucs, vos savoir-faire et votre expérience comptent aux yeux des autres professionnels ?
- 3.5 Le climat de travail avec vos collègues est-il bon ? Avec les autres professionnels du MAD et les gestionnaires ?

4. Les difficultés et les stratégies.

- 4.1 Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile dans votre travail ? (Obtenir de l'information sur, par exemple, l'horaire, le bénéficiaire, sa famille et à son environnement de vie, le trajet, la collaboration de l'équipe ou de la hiérarchie, etc.)
- 4.2 Comment vous y prenez-vous pour faire face à ces difficultés ? Avez-vous des pratiques ou des trucs particuliers ? Lesquels ? (S'aider de la liste développée précédemment)
- 4.3 En théorie, comment s'organisent les échanges d'information entre vous ou avec les autres professionnels et surtout l'intervenante-pivot ? En pratique ça fonctionne bien ou non ? Si non vous vous arrangez comment ? S'il y a une urgence vous faite quoi ?

4.4 Pensez-vous qu'avec l'âge et l'expérience vous avez plus de trucs ou les trucs sont plus utiles ou plus facile à développer ? Le fait d'être une femme (ou un homme) aide ou nuit quand il y a des difficultés ?

4.5 Comment vous organisez-vous pour concilier le travail au CLSC et votre vie privée ? Y a-t-il des conflits ? Si oui ,lesquels et comment faites-vous pour les résoudre ?

4.6 Avez vous des moments ou des lieux particuliers qui vous sont donnés par le CLSC pour décompresser un peu ? Si non, vous faites quoi ?

5. Écarts entre prescrit et réel

5.1 Trouvez-vous que ce qu'on vous demande de faire et la façon de le faire correspond en gros à ce que vous faite réellement sur le terrain ?

5.2 Est-ce qu'on vous interdit de faire des choses que vous trouvez importantes ?

5.3 En théorie, comment s'organise le travail durant vos vacances ? Devez-vous donner de l'information à vos remplaçantes ? Et en pratique ?

6. La sous-traitance

6.1 Vous arrive-t-il de travailler avec du personnel des agences privées, d'économie sociale ou un travailleur gré à gré (allocations directes) ? Si oui, comment vous arrangez-vous ? Les relations sont-elles bonnes ?

6.2 Y a-t-il une influence de ces ressources externes sur votre travail et sur la qualité des soins ?

7. Les risques

7.1 Avez-vous des problèmes de santé que vous reliez à votre travail ? Par exemple de l'insomnie, des troubles d'estomac, etc.

7.2 Ressentez-vous des douleurs pendant votre journée de travail ou même après ?

7.3 Les accidents de travail sont-ils fréquents, quelles sont les circonstances qui mènent le plus à des accidents ?

7.4 Sentez-vous que votre travail vous en demande beaucoup émotivement et psychologiquement ? À quoi attribuez-vous cette demande ?

7.5 Quand il y a des événements violents ou qui vous font peur, ça se passe comment (description) ? Quelles sont les règles que vous devez suivre dans ces circonstances ? Comment est-ce que ça se passe réellement ?

7.6 Avez-vous développer des façons de faire particulières pour vous protéger des risques que vous rencontrez dans votre métier ?

7.7 Est-ce que vous êtes préoccupées par votre santé et la sécurité dans votre travail quotidien ? Comment est-ce que ça se manifeste concrètement, par exemple quand vient le temps de vous installer pour donner un bain à la baignoire ?

7.8 Selon vous, qu'est-ce qu'on doit faire pour améliorer la SST dans votre travail ?

8. Répercussions de la réforme (virage, coupure, fusions)

8.1 Est-ce que les changements des dernières années dans le réseau et dans les CLSC ont eu un impact sur la façon dont vous organisez et faites votre travail sur le terrain ?

8.2 Ces changements ont-ils entraînés des risques nouveaux pour votre santé et votre sécurité ?

9. En guise de conclusion

- 9.1 Dans votre travail, qu'est-ce que vous considérez qu'il faut protéger ?
- 9.2 Au contraire, qu'est-ce qu'il faut changer pour améliorer les choses ?
- 9.3 Jusqu'à quel âge vous voyez-vous exercer votre métier ?

Grille d'entrevue de groupe avec les infirmières

Au début de la rencontre, faire un tour de table afin de connaître les gens : leur nom, ancienneté, âge, parcours antérieur, etc.

1. Éléments du travail prescrit et de la tâche

- 1.1 Donnez-nous un exemple de déroulement d'une journée type de travail ?
- 1.2 Pour une semaine ça se passe comment ? Est-ce que ça varie d'une journée à l'autre et par rapport à la journée que vous venez décrire ?
- 1.3 Quels sont, en gros, vos horaires de travail ?
- 1.4 Ça prend quoi comme formation et comme qualités personnelles pour faire votre travail ?
- 1.5 Quel type de suivi des clientèles utilisez-vous ? Comment fonctionne-t-il concrètement ? Implique-t-il des tâches additionnelles ?

2. La clientèle

- 2.1 Donnez-nous les principales caractéristiques de la clientèle que vous soignez. C'est quoi un cas lourd et quelles sont les pathologies que vous rencontrez le plus ? En quoi ça influence votre travail ?
- 2.2 Les relations avec l'usager et sa famille sont-elles importantes pour le bon déroulement de votre travail ?
- 2.3 Comment ça se passe en ce qui concerne les équipements chez l'usager ? Y a-t-il des politiques du CLSC à ce sujet ? Sont-elles appliquées et utiles ?

3. Éléments du contenu significatif du travail

- 3.1 Qu'est-ce que vous trouvez le plus important dans votre travail ?
- 3.2 Qu'est-ce que vous aimez le plus dans votre travail ?
- 3.3 Est-ce que les politiques du CLSC, comme l'encouragement de l'autonomie, l'équité et le droit des usagers à rester chez lui influencent votre travail de tous les jours ?
- 3.4 Trouvez-vous que votre travail est important et qu'il est reconnu ? Par exemple, dans le travail de l'équipe multi trouvez-vous que vos trucs, vos savoir-faire et votre expérience comptent aux yeux des autres professionnels ?
- 3.5 Le climat de travail avec vos collègues est-il bon ? Avec les autres professionnels du MAD et les gestionnaires ?

4. Les difficultés et les stratégies.

- 4.1 Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile dans votre travail ? (Obtenir de l'information sur, par exemple, l'horaire, le bénéficiaire, sa famille et à son environnement de vie, le trajet, la collaboration de l'équipe ou de la hiérarchie, etc.)

4.2 Comment vous y prenez-vous pour faire face à ces difficultés ? Avez-vous des pratiques ou des trucs particuliers ? Lesquels ? (S'aider de la liste développée précédemment)

4.3 En théorie, comment s'organisent les échanges d'information entre vous ou avec les autres professionnels et surtout l'intervenante-pivot ? En pratique ça fonctionne bien ou non ? Si non vous vous arrangez comment ? S'il y a une urgence vous faites quoi ?

4.4 Pensez-vous qu'avec l'âge et l'expérience vous avez plus de trucs ou les trucs sont plus utiles ou plus facile à développer ? Le fait d'être une femme (ou un homme) aide ou nuit quand il y a des difficultés ?

4.5 Comment vous organisez-vous pour concilier le travail au CLSC et votre vie privée ? Y a-t-il des conflits ? Si oui, lesquels et comment faites-vous pour les résoudre ?

4.6 Avez-vous des moments ou des lieux particuliers qui vous sont donnés par le CLSC pour décompresser un peu ? Si non, vous faites quoi ?

5. Écarts entre prescrit et réel

5.1 Trouvez-vous que ce qu'on vous demande de faire et la façon de le faire correspond en gros à ce que vous faites réellement sur le terrain ?

5.2 Est-ce qu'on vous interdit de faire des choses que vous trouvez importantes ?

5.3 En théorie, comment s'organise le travail durant vos vacances ? Devez-vous donner de l'information à vos remplaçantes ? Et en pratique ?

6. La sous-traitance

6.1 Vous arrive-t-il de travailler avec du personnel des agences privées, d'économie sociale ou un travailleur gré à gré (allocations directes) ? Si oui, comment vous arrangez-vous ? Les relations sont-elles bonnes ?

6.2 Y a-t-il une influence de ces ressources externes sur votre travail et sur la qualité des soins ?

7. Les risques

7.1 Avez-vous des problèmes de santé que vous reliez à votre travail ? Par exemple de l'insomnie, des troubles d'estomac, etc.

7.2 Ressentez-vous des douleurs pendant votre journée de travail ou même après ?

7.3 Les accidents de travail sont-ils fréquents, quelles sont les circonstances qui mènent le plus à des accidents ?

7.4 Sentez-vous que votre travail vous en demande beaucoup émotivement et psychologiquement ? À quoi attribuez-vous cette demande ?

7.5 Quand il y a des événements violents ou qui vous font peur, ça se passe comment (description) ? Quelles sont les règles que vous devez suivre dans ces circonstances ? Comment est-ce que ça se passe réellement ?

7.6 Avez-vous développé des façons de faire particulières pour vous protéger des risques que vous rencontrez dans votre métier ?

7.7 Est-ce que vous êtes préoccupées par votre santé et la sécurité dans votre travail quotidien ? Comment est-ce que ça se manifeste concrètement, par exemple quand vient le temps de vous installer pour faire une prise de sang ?

7.8 Selon vous, qu'est-ce qu'on doit faire pour améliorer la SST dans votre travail ?

8. Répercussions de la réforme (virage, coupure, fusions)

8.1 Est-ce que les changements des dernières années dans le réseau et dans les CLSC ont eu un impact sur la façon dont vous organisez et faites votre travail sur le terrain ?

8.2 Ces changements ont-ils entraînés des risques nouveaux pour votre santé et votre sécurité ?

9. En guise de conclusion

9.1 Dans votre travail, qu'est-ce que vous considérez qu'il faut protéger ?

9.2 Au contraire, qu'est-ce qu'il faut changer pour améliorer les choses ?

9.3 Jusqu'à quel âge vous voyez-vous exercer votre métier ?

ANNEXE 3.5

Profil de la main d'œuvre de l'échantillon des AFS observés pour chaque étude de cas (à l'exception du CLSC 4).

Données / Étude de cas.	CLSC 1	CLSC 2	CLSC 3	TOTAL :
Nombre de personnes observées.	5	4	2	11
Sexe				
Femme :	4	3	1	8 femmes
Homme :	1	1	1	3 hommes
Âge (années)				
Minimum	23	21	45	Âge moyen : 42,6 ans
Maximum	56	61	45	
Moyenne	43,8	40	45	
Statut				
Occasionnel	1	2	0	3 occasionnelles 8 permanentes
Permanent	4	2	2	
Expérience en SAD⁵⁹ (ans)	Voir tableau excel « âge & exp. »			Expérience en SAD moyenne (ans): 6,1
Minimum :	0,5	1,5	7	
Maximum	13	15	8	
Moyenne :	5,5	6,2	7,5	
Expérience dans le métier (ans)				Expérience de métier moyenne (ans): 6,1
Minimum :	Idem ci-haut	1,5	7	
Maximum :	Voir tableau excel « âge & exp. »	15	8	
Moyenne :		6,2	7,5	

⁵⁹ Il s'agit ici de l'expérience du personnel à travailler pour un service de SAD, que ce soit au CLSC observé ou pour un autre CLSC.

ANNEXE 3.5

Profil de la main d'œuvre de l'échantillon des infirmières observées pour chaque étude de cas (à l'exception du CLSC 4).

Données / Étude de cas.	CLSC 1	CLSC 2	CLSC 3	TOTAL :
Nombre de personnes observées.	5	4	2	11
Sexe				
Femme :	5	4	1	10 femmes 1 homme
Homme :	0	0	1	
Âge				Âge moyen : 42,6 ans
Minimum :	35	26	45	
Maximum :	49	43	51	
Moyenne :	45,2	36,75	48	
Statut				
Occasionnel	2	2	0	4 occasionnelles 7 permanentes
Permanent	3	2	2	
Expérience en SAD⁶⁰ (ans)				Expérience au SAD moyenne (ans): 9
Minimum :	1,4	1,3	4	
Maximum :	17	6	29	
Moyenne :	10	4,5	16,5	
Expérience dans le métier (ans)				Expérience du métier moyenne (ans): 19,9
Minimum :	9	1,4	25	
Maximum :	27,4	10	32	
Moyenne :	20,5	5,5	28,5	

⁶⁰ Il s'agit ici de l'expérience du personnel à travailler pour un service de SAD, que ce soit au CLSC observé ou pour un autre CLSC.

ANNEXE 3.6

Synthèse des 11 journées d'observation : éléments contribuant à générer la variabilité dans le travail des infirmières.

Type de données	Nombre Total			Moyenne par infirmière et par jour	
Total infirmières observées	11 infirmières				
Total clients desservis⁶¹	71 visites			6,5 visites	
Nombre min – max.				3 – 9	
Total kilomètres parcourus	507 km			46 km	
Total des heures d'observation⁶²	81 heures et 18 minutes			7 heures 23	
Durée min – max /jour				5h53 – 7h59	
Total des heures en trajet sur la route	15 heures et 30 minutes			1 heure 25 minutes	
Durée min – max / jour				0h48 – 2h22	
Durée min – max / trajet				0h01 – 0h50	
Total des heures de soins et services chez les clients	24 heures et 33 minutes			2 heures 13 min.	
Duré min – max / jour				1h07 ⁶³ - 3h14	
Duré min – max / soin				0h04 – 0h54	
Total des heures passées aux autres activités en AM⁶⁴	7 heures 42 minutes			42 minutes	
Total des heures passées en CLSC(AM et PM)	31 heures et 49 minutes			2 heures 54	
Durée min – max / jour				1h24 – 4h59 ⁶⁵	
Soins et services donnés		N total = 71 soins	Durée totale	Durée moyenne par type de soin (min – max)	
	Pansement Suivi	26	10h09	24 min. 25 s.	(9 - 39)
	Prise de sang	6	1h19	13 minutes	(7 - 20)
	Installation mat.	11	3h39	20 minutes	(10 - 40)
	INR	6	2h21	24 minutes	(5 - 49)
	Injection	12	4h07	20 minutes	(13 – 37)
	Collecte d'info	7	1h53	16 minutes	(9 – 30)
	Autre objectif	1	0h54	54 minutes	-
	2	0h10	5 minutes	(4 – 6)	

⁶¹ Deux soins n'ont pu être observés

⁶² Sans les temps de pauses et de repas

⁶³ L'infirmière n'a réalisé que trois visites à domicile ce soir-là : elle a surtout assumée la garde téléphonique, au CLSC.

⁶⁴ Gestion des rendez-vous et des dossiers, planification, dépôts des prélèvements, prise de notes, déneiger auto, etc.

⁶⁵ La période de temps la plus courte consacrée au travail en CLSC l'a été par l'infirmière qui a consacré le plus de temps aux visites à domicile (3h14). Par ailleurs, la période de temps de travail au CLSC la plus longue a été observée chez l'infirmière qui assumait la garde téléphonique de soir et qui a fait le moins de visites à domicile (n=3 pour une durée totale de 1h07 de soins, excluant les trajets).

ANNEXE 3.7

Synthèse des 11 journées d'observation réalisées auprès des auxiliaires familiales et sociales

Type de données	Nombre Total		Moyenne par AFS et par jour
Les activités réalisées ⁶⁶	56 (1 période de service au Centre de jour)		5 3 ⁶⁷ – 6
Âge des clients	À calculer		
Total kilomètres parcourus	485 km		44 km par jour
Total des heures d'observation ⁶⁸	71h00		6h28
Durée min – max /jour			5h07 ⁶⁹ – 7h31
Total des heures en trajet sur la route	13h40		1h15
Durée min – max /jour			0h30 ⁷⁰ – 1h54
Durée min – max / trajet			0h01-0h25
Total des heures de soins et services chez les clients	43h05		3h55
Durée min – max / jour			1h56 ⁷¹ – 6h02
Durée min – max / soin			0h19 ⁷² – 1h44
Total des heures passées aux autres activités ⁷³	12h43		1h09 0h10 – 3h47
Soins et services donnés		N total	Durée moyenne des visites par type de soin (min – max)
	Bain baignoire	38	48 min. (0h28 – 1h25)
	Bain douche	4	36 min. (0h33 – 0h39)
	Bain lit	5	49 min. (0h30 – 1h05)
	Bain lavabo	1	1h00 (-)
	Préparation de repas	1	1h17 (-)
	Autres ⁷⁴	6	Non pertinent.
	Centre de jour	1	-

⁶⁶ Une visite n'a pu être observée.

⁶⁷ L'AFS observée n'a travaillé qu'une demi-journée et fait 3 soins à domicile.

⁶⁸ Sans les temps de pauses et de repas.

⁶⁹ La durée minimale des heures observées correspond à la demi-journée d'une AFS qui a fait 3 soins à domicile et un peu de travail au CLSC en après-midi.

⁷⁰ La durée minimale des trajets correspond à l'observation de l'AFS qui a travaillé une demi-journée et fait 3 visites.

⁷¹ La durée minimale des soins correspond à l'observation de l'AFS qui a travaillé une demi-journée de trois visites.

⁷² Correspond à l'enfilage de bas support.

⁷³ Gestion des rendez-vous et des dossiers, planification, récupération des incidents, etc.

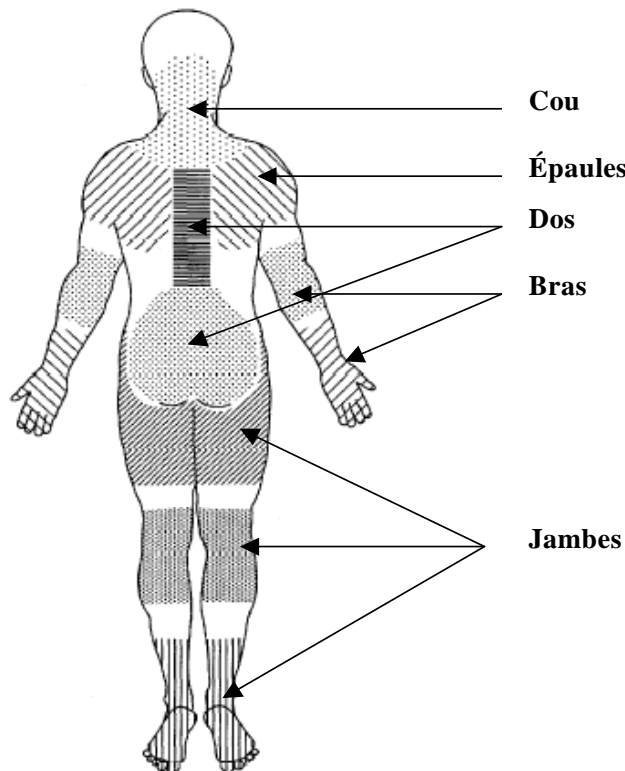
⁷⁴ Barbe, autres types d'activités, changement d'un pansement sec.

ANNEXE 3.8 (suite)

Fatigue et douleur :

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** à la fin de la journée de travail régulier ?
Si oui, indiquez où sur le schéma.



Pouvez-vous relier ces différentes douleurs à des tâches particulières ? Veuillez décrire ces tâches

À la fin de votre journée de travail, ressentez-vous le besoin de décompresser, de ventiler ? De quelles façons ? Et si c'est impossible, que se passe-t-il ?

Jusqu'à quel âge songe-t-elle pouvoir faire le travail qu'elle fait actuellement.

ANNEXE 3.8 (suite)

Fiche 2. Portrait de la journée d'observation

Date de la journée d'observation : ___ / ___ /02

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

Température : ___ °C Conditions climatiques
 : _____

= À compléter avant le début de la journée

Trajet ou soins	Ordre prévu	Temps prévu	Heure début	Heure fin	Durée	Temps de pause et repas	Commentaires sur la planification avant et après le soin
1 ^{er} trajet Piste:							_____ _____
1 ^{er} soin Nom : _____							_____ _____
2 ^e trajet							_____ _____
2 ^e soin Nom : _____							_____ _____
3 ^e trajet							_____ _____

3 ^e soin Nom: _____							
4 ^e trajet							
4 ^e soin Nom: _____							
5 ^e trajet							
5 ^e soin Nom: _____							
6 ^e trajet							
6 ^e soin Nom: _____							

7 ^e trajet							
7 ^e soin Nom : _____							
8 ^e trajet							
8 ^e soin Nom : _____							

Commentaires :

ANNEXE 3.8 (suite)

Fiche 3. Patient et réseau

Date de la journée d'observation : ____ / ____ / 03

Avant la visite

Nom : _____ Sexe : F H

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

Origine culturelle : _____

Depuis combien de temps dispensez-vous des soins à cette personne (jours - mois – années) ?

Client régulier ou non (nombre moyen de visites par semaine) : _____

La personne vit seule : Oui) Non,) Précisez avec qui : _____

Âge : ____ ans État de santé : _____

Environnement psychosocial : _____

TRANSMISSION DES INFORMATIONS

- Avant votre 1^{ère} visite, qui vous a donné des informations sur le client (réf : attribution du cas)?

- **Forme des informations :**

- verbales uniquement
- écrites
- verbales et écrites

- si ÉCRITES : quelles en est la **source** et quels sont les **documents consultés** :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> cahier ou guide (INF – AFS) | <input type="checkbox"/> plan d'intervention (Rose) |
| <input type="checkbox"/> dossier médical de l'utilisateur | <input type="checkbox"/> O. M. C. (Bleu) |
| <input type="checkbox"/> profil d'utilisateur (via logiciel d'horaire) | <input type="checkbox"/> profil évolutif (Saumon) |
| <input type="checkbox"/> autres : _____ | <input type="checkbox"/> Éval. Court terme (Mauve) |
| | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

ANNEXE 3.8 (suite)

➤ **Nature des informations transmises :**

- coordonnées de l'utilisateur (réf : adresse, téléphone, nom usager + aidant)
- diagnostic
- type de traitement ou de soin (ex : INR, pansement / bain au bain ou au lit)
- Détails sur la condition physique (précisions sur son état de santé, douleurs...)
- Sécurité : équipements à utiliser
- Préférences de l'utilisateur ou particularités (ex : attention douleur à main droite, préfère se faire laver les cheveux de telle façon, etc.)
- Situation psycho-sociale de l'utilisateur
- Détails sur le plan d'intervention du CLSC (réf : autres interventions et objectifs poursuivis par chacun)
- Nom de l'intervenant-pivot
- Nom de l'AFS principale
- Autres informations : _____

ANNEXE 3.8 (suite)

Demandez la perception de l'intervenante sur la **capacité de mise en charge** du patient :

Équilibre Réf ¹ : Mobilité / marche à l'intérieur	Bon Moyen Faible (()	Force des jambes Réf : Mobilité / marche	Bon Moyen Faible (()
Force des bras Réf : Mobilité : Transferts	Bon Moyen Faible (()	Compréhension Réf : Compréhension	Bon Moyen Faible (()
Collaboration Réf: Comportement	Bon Moyen Faible (()	Niveau d'autonomie Réf : synthèse O.M.C.	Bon Moyen Faible (()

¹**INDIQUER D'UNE AUTRE COULEUR LES INFOS OBTENUES AU DOSSIER (réf : SMAF dans l'O.M.C.)**

Autres informations sur le patient et son réseau : _____

Après la visite

Source principale de difficultés tant physiques qu'affectives : _____

Source principale de satisfaction et de plaisir : _____

Sollicite l'aide du patient (verbalisation sur la sollicitation en mettant en contexte de l'observation) : _____

Demander à la travailleuse comment s'est passé le travail par rapport à la dernière visite chez cette personne. Préciser en termes de soins, de communications ou de divers autres aspects :

Demander à la travailleuse comment s'est passé le travail et par rapport aux autres visites de la journée. Préciser en termes de soins, de communications ou de divers autres aspects

ANNEXE 3.8 (suite)

RECUEIL D'INFORMATIONS AU DOSSIER DE L'USAGER :

Profil de l'utilisateur (code) : _____ **Raison** (Dx retenu) : _____

Action (stat) : _____

Statistiques saisies au dossier (temps) : _____

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

Si oui : Interdisciplinaire **】** Disciplinaire **(**

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

Dates des dernières mises à jour des dossiers

Ouverture du dossier :	
Plan d'intervention (Rose):	
Outil multicientèle (Bleu):	
Profil évolutif (Saumon):	
Guide AFS – Infirmière :	

Écarts entre les contenus des différents dossiers : _____

Rappel : compléter la grille d'évaluation de l'autonomie de l'utilisateur (mise en charge) en fonction des informations notées au dossier, comme dans la section SMAF de l'outil multicientèle.

ANNEXE 3.8 (suite)

Fiche 4. Environnement

Date de la journée d'observation : ___ / ___ /02 Nom : _____

Type d'habitation : Maison privée (bungalow) >
Appartement (condominium, bloc, etc.) █
Habitation à loyer modique (HLM) █
Autre : _____

Plan des pièces où sont dispensés 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 : _____

ANNEXE 3.8 (suite)

Fiche 5. Équipement et matériel

Date de la journée d'observation : ___/___/02 Nom : _____

Inventaire des **équipements** et du **matériel spécialisés** à domicile :

Lit d'hôpital manuel : (État : _____

Lit d'hôpital électrique :) État : _____

Table sur roulette : < État : _____

Lave-tête :) État : _____

Fauteuil roulant : (État : _____

Marchette :) État : _____

Chaise d'aisance :) État : _____

Douche téléphone :) État : _____

Tapis antidérapant :) État : _____

Banc pour transfert : (État : _____

Planche pour transfert : État : _____

Banc type "aquateck" :) État : _____

Banc de travail : (État : _____

Barre d'appui : État : _____

Lève patient sur rail : (État : _____

Lève patient sur roulette :) État : _____

Autres : _____ État : _____

_____ État : _____

_____ État : _____

_____ État : _____

D'autres équipements qui selon l'intervenantes seraient utiles :

ANNEXE 3.9

Description des variables utilisées pour l'observation directe du travail à domicile (fiche 6 de la grille d'observation)

Seule la description des activités de travail, présentée à la section 1.2 est différente pour les deux groupes professionnels. Toutes les autres variables décrites sont les mêmes pour les AFS et les infirmières.

1. Les variables « d'activité »

Une première série de variables concerne l'activité de l'intervenante. Elles permettent d'évaluer son travail sans référence à l'environnement ou aux autres personnes présentes.

1.1. La phase de visite (Phase visite):

La visite à domicile est divisée en trois intervalles temporels

- a) l'accueil qui va des premiers contacts avec les personnes visitées ou l'entrée dans le domicile jusqu'à la phase de soin.
- b) la phase de soin qui débute généralement par les préparatifs au soin (ex : faire couler le bain; sortir les appareils ou matériel infirmier de la trousse de soin) et se termine par le rangement du matériel.
- c) la finalisation qui s'étend de la fin des soins au départ de la résidence.

Ces intervalles ont servis à réaliser certaines analyses spécifiques, telle que l'analyse des postures.

1.2. Les activités à proprement parlé (Description de l'activité) :

Il s'agit des activités réalisées par l'intervenante tout au long de la visite, en temps réel (début – fin). Lors des observations des AFS, 26 activités de travail ont été répertoriées : certaines de ces activités ont été morcelées en fonction de la hauteur de la tâche pour des fins d'analyse des postures (ex : laver le haut, le milieu ou le bas du corps). Voici les descriptions des activités pour les AFS :

ANNEXE 3.9 (suite)

Activités des AFS	Description :
Préparation travailleuse	Mettre équipements de protection, se laver les mains.
Préparation équipements	Préparation des équipements requis pour procéder au soin (incluant équip. De transfert)
Déplacement	Se déplacer seule ou accompagner l'utilisateur
Déshabillage	Déshabiller l'utilisateur.
Transfert	Transférer l'utilisateur d'une surface à une autre.
Laver cheveux	Idem
Sécher cheveux	Idem
Laver dent	Sécher à l'aide d'un séchoir.
Faire barbe	Idem
Hygiène haut	Laver le visage et les épaules
Hygiène milieu	Laver l'abdomen, le siège, le dos et les cuisses
Hygiène bas	Laver les jambes et les pieds
Habillage	Enfiler vêtements et chaussures.
Nettoyage	Nettoyer les surfaces et les équipements utilisés.
Cosmétique	Maquillage, « frisettes », etc.
Essuyer haut	Idem
Essuyer milieu	Idem
Essuyer bas	Idem
Discussion	Quand la discussion constitue l'activité principale.
Soin de la peau	Inspection visuelle et/ou application crème hydratante ou talc pour prévenir rougeurs et plaies.
Traitement	Faire pansement sec ou appliquer onguent topique ou gouttes (ex : traitement oculaire)
Inspection pansement	Inspecter le pansement lors du soin.
Activités autres	Toutes les autres activités : les noter.
Mobilisation	Mobilisations au lit

Certaines activités des AFS étaient spécifiées, comme par exemple les types de transferts: du lit au fauteuil roulant, de la posture debout au banc de transfert ainsi que les équipements avec lesquelles elles étaient réalisées (ex : barre d'appui). Les activités similaires (ex : activités liées à l'hygiène du corps; activités liées au matériel (préparation, rangement et nettoyage)) ont été regroupées lors des analyses.

Le tableau suivant décrit les 13 activités réalisées par les infirmières pendant les visites à domicile. Certaines de ces activités sont les mêmes que celles décrites pour les AFS.

ANNEXE 3.9 (suite)

Activités des infirmières	Description :
Discussion	Quand la discussion constitue l'activité principale.
Préparation travailleuse	Voir AFS.
Préparation équipements	Préparation du matériel de soin ou d'analyse, des appareils diagnostiques.
Préparation usager	Dévéter, l'installer à un fauteuil, désinfecter la zone d'injection, etc.
Soin principal	Soin pour lequel la visite est prévue (ex :injection, pansement).
Soin secondaire	Soins non prévus au dossier mais réalisés par l'infirmière.
Dépistage	Évaluation des symptômes, des prescriptions, etc.
Rangement équipements	Voir AFS
Nettoyage	Ramasser et jeter le matériel, notamment le matériel souillé et/ou contaminé selon procédure, le cas échéant.
Déplacements	Voir AFS
Téléphone	Faire un appel.
Prise de notes	Prendre des notes sur le dossier ou papier ou mémo.
Autres activités	Voir AFS.

1.3. Les efforts (Effort) :

Ils sont évalués selon trois modalités :

- a) sans effort : l'utilisateur effectue l'action seul ou sous supervision.
- b) avec effort : l'utilisateur collabore physiquement à l'action posée (ex : transfert au bain) mais nécessite une assistance physique de la part de la travailleuse.
- c) avec contre-effort: c'est-à-dire que la personne impliquée dans l'activité agit à l'encontre de l'intervenante ou lui oppose une résistance.

Dans les deux derniers cas, l'intensité est évaluée sur une échelle de trois (faible, moyen, fort) en fonction du niveau de collaboration physique apportée par l'utilisateur. Celle-ci est décrite à la section 3.3

1.4. Les postures (Post) :

La posture générale du corps est d'abord évaluée (debout, assise, agenouillée ou accroupie). Par la suite, la posture du tronc est évaluée (flexion, flexion/torsion, rotation ou neutre) afin d'identifier la présence de contraintes. La présence d'appui (sur un meuble ou sur une partie du corps) est ensuite codée ainsi le recours au verrouillage lombaire ou au transfert de poids qui constituent d'autres stratégies pour réduire l'astreinte au dos.

ANNEXE 3.9 (suite)

2. Les variables « d'environnement »

Une deuxième série de variables concerne l'environnement de travail. Ces variables permettent de situer l'action dans un environnement de travail et de décrire le contexte dans lequel les activités se déroulent. On évalue ces variables du point de vue de l'intervenante (par exemple la pièce où elle effectue le travail et les personnes présentes à ce moment).

2.1.La pièce (Pièce) : Identifier la pièce dans laquelle se déroule l'activité réalisée par l'intervenante, que la personne soignée soit présente ou non.

2.2.L'installation de la personne (Inst pte) : Identifier l'installation de la personne soignée tout au long de la visite, par exemple: au fauteuil roulant, couchée au lit ou assise sur une planche de transfert.

2.3.L'évaluation subjective du climat, de la patiente et de l'aidant (Éval subj CPA) : Évaluation de l'observateur du climat de travail et de l'état relationnel de la personne soignée sur une échelle de 1 à 4.

2.4.Présence (Prés) : Les personnes présentes dans la pièce au moment de l'activité. Il peut s'agir de : l'aidant, l'utilisateur, un autre travailleur ou plusieurs de ces personnes. Les variables d'environnement n'ont pas servi aux analyses quantitatives mais aux analyses d'ordre qualitatif.

3. Les variables « d'interaction ».

Permettent d'évaluer les formes d'échange entre les différentes personnes présentes lors de la visite. Les échanges peuvent être physique (collaboration à la mobilisation d'une personne) ou communicationnels (verbaux ou non).

3.1.Les interactions verbales avec l'utilisateur (appelé ici patient dans la grille « InterPat » et avec l'aidant « interaid » :

Identification du type d'interaction entre deux personnes ainsi que du thème abordé. Il peut s'agir, par exemple de donner des informations sur l'intervention.

ANNEXE 3.9 (suite)

Thèmes des informations échangées :
Sur la santé de l'interlocuteur (usager ou aidant). Sur l'intervention (à domicile, menée par le CLSC : réfère au plan de service). Sur le réseau de la santé (ex : nom du médecin traitant, lieu de la dernière hospitalisation). Sur le soin . Sur le matériel (de soin). Sur la situation psychosociale de l'usager. Sur sa capacité à réaliser l'activité.

Thèmes des interactions de nature affective :
Salutations Compliment ou valorisation Humour Récompense Empathie Confort / bien-être Négatif Autre Affectueusement Ludique Encouragement

3.2 **Interaction avec une autre travailleuse (Inter Tra) :** Évaluation de la présence d'échanges verbaux ou non verbaux contribuant à l'activité de l'intervenante.

A été codée mais non analysée car aucun soin infirmier observé n'a été réalisé en équipe et seulement deux soins d'hygiène observés chez les AFS ont été réalisés en équipe.

ANNEXE 3.9 (suite)

3.3 La collaboration de la patiente (Coll) :

Évaluer le degré de collaboration de l'utilisateur lors des activités de l'intervenante qui l'implique, par exemple sa collaboration lors des déplacements ou des transferts.

- Autonome : l'utilisateur est en mesure de réaliser l'activité seul sans aucune assistance physique de la part de la travailleuse.
- Supervisée : aucune assistance physique requise mais stimulation ou conseil donné verbalement.
- Partielle : assistance physique requise. Dès qu'une collaboration « partielle » est observée, la présence d'un effort chez la travailleuse était simultanément codée.
- Sans collaboration : l'utilisateur ne peut apporter aucune aide : l'action est réalisée entièrement par la travailleuse.
- Non évaluée : la collaboration de l'utilisateur à l'activité est jugée non requise (par exemple pour le rangement ou le nettoyage de la salle de bain il est considéré que cette activité n'incombe pas à l'utilisateur).

3.4 Les contributions de l'aidant (Cont Aid) et de l'autre travailleuse (Cont Tra) à l'activité : Évaluer les formes d'aide à l'activité des intervenantes.

3.5 **La synchronisation** (Synch) : Évaluer la synchronisation des échanges en co-activités entre deux travailleuses impliquées dans un soin. Pour les variables identifiées aux points 3.4. et 3.5. l'observation de telles situations à été rare.

4. La variable « **incidents** » : identifier les incidents ayant un impact sur le déroulement des activités réalisées par l'intervenante lors de la visite.

ANNEXE 3.10

Tableaux des relations statistiquement significatives entre variables

Tableau 1 – Niveau de signification des tests sur les variables posturales pour les AFS

	Proportion de temps				Durée de maintien			
	Debout	Assis	Agenouillé	Accroupi	Debout	Assis	Agenouillé	Accroupi
<i>CISC</i>					*			
<i>Expérience</i>			*	**	*			**
<i>Âge</i>			*	**			*	**
<i>Statut</i>			*	**	*			**
<i>Connaissance du cas</i>			*					
<i>Charge</i>	**		*		**			

** : signification au niveau de 0,01
 * : signification au niveau de 0,05

Tableau 2 – Niveau de signification des tests sur les variables de contraintes posturales pour les AFS

	Proportion de temps			Durée de maintien		
	Contraintes aux MI	Contraintes au dos	Sans contrainte	Contraintes aux MI	Contraintes au dos	Sans contrainte
<i>CISC</i>						
<i>Expérience</i>		*			**	
<i>Âge</i>						
<i>Statut</i>		*			**	
<i>Connaissance du cas</i>						
<i>Charge</i>	**	*		*	*	

** : signification au niveau de 0,01
 * : signification au niveau de 0,05

Tableau 3 – Niveau de signification des tests sur les variables de stratégies posturales pour les AFS

	Proportion de temps		Durée de maintien	
	Avec stratégies	Sans stratégie	Avec stratégies	Sans stratégie
<i>CISC</i>				*
<i>Expérience</i>				*
<i>Âge</i>	**	**	*	
<i>Statut</i>				*
<i>Connaissance du cas</i>				
<i>Charge</i>	*	*	**	

** : signification au niveau de 0,01
 * : signification au niveau de 0,05

Tableau 4 – Niveau de signification des tests sur les variables d'interactions verbales pour les AFS

	Proportion de temps				Durée de maintien			
	Dépis-tage	Ensei-gnement	Procé-durale	Soutien	Dépis-tage	Ensei-gnement	Procé-durale	Soutien
<i>CISC</i>								
<i>Expérience</i>		*	*			**		*
<i>Âge</i>		**	*		*	**		
<i>Statut</i>		**	*			*		*
<i>Connaissance du cas</i>				*				**
<i>Charge</i>	*							

** : signification au niveau de 0,01

* : signification au niveau de 0,05

Tableau 5 – Niveau de signification des tests sur les variables posturales pour les infirmières

	Proportion de temps				Durée de maintien			
	Debout	Assis	Agenouillé	Accroupi	Debout	Assis	Agenouillé	Accroupi
<i>CISC</i>								
<i>Expérience</i>								
<i>Âge</i>								
<i>Statut</i>								
<i>Connaissance du cas</i>								

** : signification au niveau de 0,01

* : signification au niveau de 0,05

Tableau 6 – Niveau de signification des tests sur les variables de contraintes posturales pour les infirmières

	Proportion de temps			Durée de maintien		
	Contraintes aux MI	Contraintes au dos	Sans contrainte	Contraintes aux MI	Contraintes au dos	Sans contrainte
<i>CISC</i>						
<i>Expérience</i>		*	*		**	
<i>Âge</i>						
<i>Statut</i>						
<i>Connaissance du cas</i>						

** : signification au niveau de 0,01

* : signification au niveau de 0,05

Tableau 7 – Niveau de signification des tests sur les variables de stratégies posturales pour les infirmières

	Proportion de temps		Durée de maintien	
	Avec stratégies	Sans stratégie	Avec stratégies	Sans stratégie
<i>CISC</i>				
<i>Expérience</i>				
<i>Âge</i>				
<i>Statut</i>				
<i>Connaissance du cas</i>				

** : signification au niveau de 0,01

* : signification au niveau de 0,05

Tableau 8 – Niveau de signification des tests sur les variables d'interactions verbales pour les infirmières

	Proportion de temps				Durée de maintien			
	Dépistage	Enseignement	Procédurale	Soutien	Dépistage	Enseignement	Procédurale	Soutien
<i>CISC</i>			*	*	*		*	
<i>Expérience</i>								
<i>Âge</i>			*				*	
<i>Statut</i>								
<i>Connaissance du cas</i>				*			*	

** : signification au niveau de 0,01

* : signification au niveau de 0,05

ANNEXE 3.11

Matrices de corrélation de Pearson

Tableau 1 - Corrélation entre certaines variables descriptives des caractéristiques des AFS observées et niveau de signification

Variables	Âge	Connaissance du cas	Expérience du métier	Statut
Âge	1	0,054 NS	0,548 ***	- 0,548 ***
Connaissance du cas		1	0,169 NS	- 0,362 *
Expérience du métier			1	- 0,728 ***
Statut				1

*** : signification au niveau de 0,001

* : signification au niveau de 0,05

Tableau 2 - Corrélation entre certaines variables descriptives des caractéristiques des infirmières observées et niveau de signification

Variables	Âge	Connaissance du cas	Expérience du métier	Statut
Âge	1	0,05 NS	0,617 ***	- 0,374 NS (à la limite)
Connaissance du cas		1	0,104 NS	- 0,18 NS
Expérience du métier			1	- 0,461 *
Statut				1

*** : signification au niveau de 0,001

* : signification au niveau de 0,05

ANNEXE 3.12

Synthèse du nombre et du types de réunions observées pour chaque étude de cas

Nombre / Étude de cas.	CLSC 1	CLSC 2	CLSC 3	CLSC 4	Total par types de réunions
Types de réunions observées :	N=6 Professionnelles et administratives : a) AFS : 3 b) Inf : 1 Comité d'allocation des ressources (C.A.R.) : 2	N=9 Professionnelles et administratives : a) AFS : 1 b) Inf : 2 Clinique infirmière : 1 Multidisciplinaires : Multi (sous-secteur) : 3 De secteur : 1 Multi soins palliatifs. : 1 Comité d'allocation des ressources : 0	N=12 Professionnelles et administratives: a) AFS : 3 b) Inf : 1 Multidisciplinaires : SAD : 6 Ambulatoire : 1 Comité d'allocation des ressources : non applicable : fait lors des réunions multi. Ventilation : 1	N=8 Professionnelle et administratives: a) AFS : 3 b) Inf : 2 Multidisciplinaires : Secteur (est et ouest) :2 Interv. Précoce : 1	N total= 35 Professionnelles et administratives : a) AFS : 10 b) Inf : 6 Clinique (inf.) : 1 Multi (tous types confondus) : N=15 Comité d'allocation des ressources : 2 Ventilation : 1
Séances de formation	N=3 Séances de formation sur le logiciel de gestion des horaires (AFS) : 3	N=0	N=0	N=0	3 séances de formation chez les AFS.

ANNEXE 3.13

Quelques « questions pistes » pour les entrevues des accidentées

- 1- Statut, âge, ancienneté ?
- 2- Qu'est-ce qui s'est passé ? Comment s'est arrivé ?
- 3- Le patient, l'aidant ou l'environnement sont-ils à mettre en cause ?
- 4- Pourquoi s'est arrivée ? Pourquoi pas avant ?
- 5- Normalement y a-t-il des façons de faire qui permettent d'éviter de telles situations ?
- 6- En quoi le SAD et le CLSC peuvent aider à éviter la reproduction de l'événement ?
- 7- Comment la situation a été gérée par les responsables du programme ou en SST ?
- 8- Qu'est-ce qui pourrait être fait pour éviter que ça se reproduise ?

Annexe 3.14

Objectif :

Ce questionnaire vise à faire le portrait des problèmes musculo-squelettiques et de l'état de santé psychologique des auxiliaires familiales et sociales ainsi que des infirmières du service de maintien à domicile. Votre participation est pour nous très importante. Sans votre collaboration, il nous sera difficile de réaliser cette recherche qui, en bout de piste, vise l'amélioration de votre environnement de travail.

Confidentialité des données

Toutes les données recueillies à l'aide de ce questionnaire resteront strictement confidentielles et ne seront utilisées qu'à des fins de recherche. En aucun cas, un nom ou une information permettant d'identifier une personne ne sera divulgué. Les résultats apparaîtront sous une forme dénominalisée de façon à préserver l'anonymat des personnes ayant complété ce questionnaire. Les réponses individuelles aux questionnaires ne seront jamais transmises aux employeurs ni aux représentants des employés et seront conservées sous clé à l'IRSST.

Pour toute question ou interrogation, vous pouvez communiquer avec
François Ouellet, agent de recherche, Université de Montréal
Téléphone : (514) 288-1551, poste 226

Ne rien inscrire. Code du CLSC :

1. Informations générales

1.1 Vous travaillez au CLSC à titre de :

1. Auxiliaire familiale et sociale
2. Infirmière
3. Autre (préciser) : _____

1.2 Quel est votre statut d'emploi actuel ? :

1. Temps plein permanent
2. Temps plein occasionnel
3. Temps partiel permanent (nombre d'heures / semaine) ()
4. Temps partiel occasionnel (nombre d'heures / semaine) ()
5. Liste de rappel (nombre d'heures / semaine en moyenne) ()

1.3 Quel est votre sexe ? :

1. Féminin
2. Masculin

1.4 Quel est votre âge ? : _____ ans

1.5 Depuis combien d'années travaillez-vous à titre d'AFS ou d'infirmière ? :

1. Dans l'équipe de MAD du CLSC : _____
2. Ailleurs : _____

1.6 Quel(s) diplôme(s) détenez-vous ? : _____

1.7 Avez-vous occupé d'autres emplois au CLSC ? Si oui lesquels : _____

1.8 Avez-vous occupé d'autres emplois ailleurs qu'au CLSC ? Si oui lesquels :

- | | |
|----------------|-------------------------|
| Emploi : _____ | Nombre d'années : _____ |
| Emploi : _____ | Nombre d'années : _____ |
| Emploi : _____ | Nombre d'années : _____ |
| Emploi : _____ | Nombre d'années : _____ |
| Emploi : _____ | Nombre d'années : _____ |

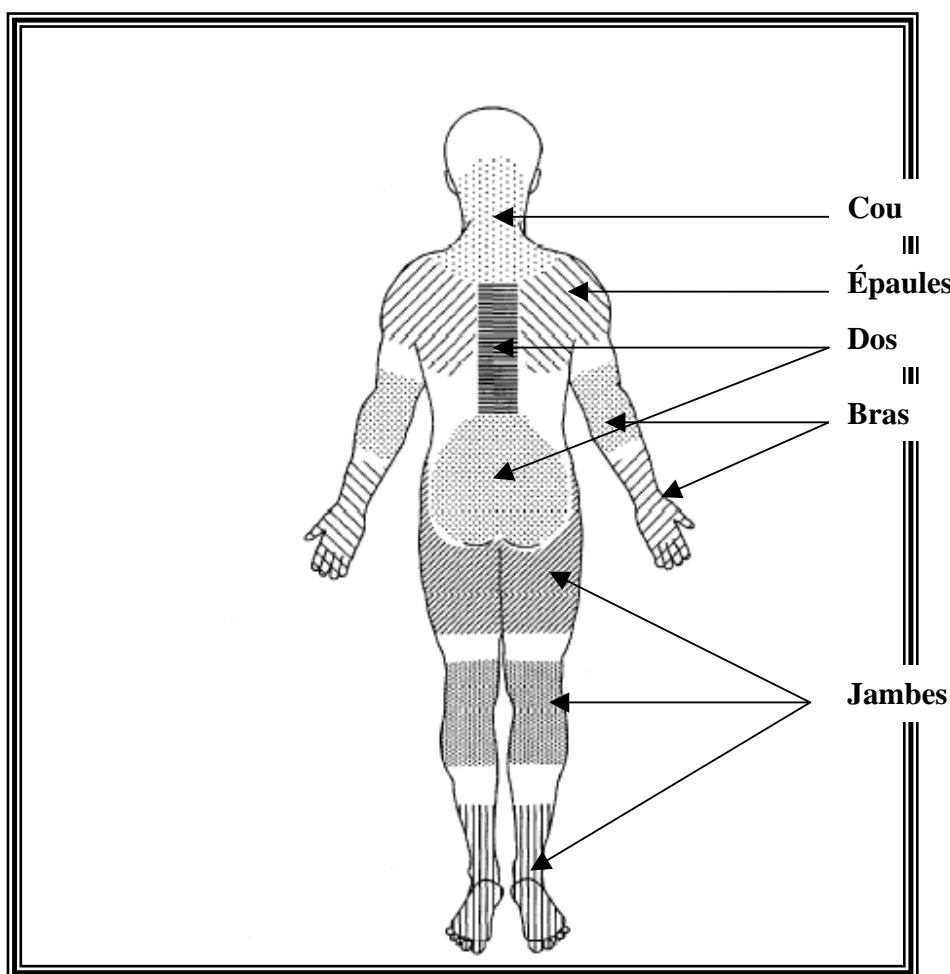
1.9 Vous êtes ? : Gaucher Droitier Ambidextre

2. Problèmes musculo-squelettiques

On entend par problèmes musculo-squelettiques toute douleur, courbature ou gêne, apparaissant dans une région corporelle, qui peut être plus ou moins limitante dans l'accomplissement normal du travail. Les symptômes physiques peuvent être ressentis pendant la journée de travail ou n'apparaître seulement qu'après. Ils peuvent survenir occasionnellement ou persister de façon chronique. Leur intensité peut varier entre très légère et intolérable. Ils peuvent être ou non reliés au travail.

Schéma du corps

Le schéma suivant illustre l'emplacement approximatif des différentes parties du corps considérées dans ce questionnaire. Les limites ne sont pas définies de manière précise et certaines parties se chevauchent. À vous de décider dans laquelle ou lesquelles de ces parties se situent les problèmes que vous ressentez ou que vous avez ressentis.



Répondez aux questions 2.1 à 2.7 à l'aide du schéma de la page précédente. Répondez en cochant la case appropriée (une seule réponse par question). En cas d'hésitation, choisissez la réponse qui se rapproche le plus de votre cas. Veuillez répondre à toute la question 2.1 (concernant les différentes parties du corps), même si vous n'avez jamais eu de problème à ces parties du corps. Ne répondez aux questions 2.2 à 2.7 que si vous avez rapporté des symptômes à la question 2.1.

À compléter par tous	À compléter PAR CELLES QUI ONT RÉPONDU "OUI" à l'une ou plusieurs des questions de la colonne 2.1 ci-contre		
2.1 Avez-vous eu, au cours des 12 derniers mois, des problèmes (courbature, douleur, gêne) au niveau de :	2.2 Avez-vous ressenti ce problème à un moment donné au cours des 7 derniers jours ?	2.3 Est-ce qu'en raison de ce problème vous avez été contraint de réduire vos activités habituelles (au travail ou à la maison) ?	2.4 Diriez-vous que ce problème est : 1. peu important 2. assez important 3. très important
Cou / Nuque			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>
Épaules			
OUI, épaule droite <input type="checkbox"/> OUI, épaule gauche <input type="checkbox"/> OUI, les deux épaules <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>
Bras			
OUI, bras droit <input type="checkbox"/> OUI, bras gauche <input type="checkbox"/> OUI, les deux bras <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>
Dos			
OUI, haut du dos <input type="checkbox"/> OUI, bas du dos <input type="checkbox"/> OUI, en haut et en bas <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>
Jambes			
OUI, jambe droite <input type="checkbox"/> OUI, jambe gauche <input type="checkbox"/> OUI, les deux jambes <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>

À compléter PAR CELLES QUI ONT RÉPONDU "OUI" à l'une ou plusieurs des questions de la colonne 2.1	À compléter PAR CELLES QUI ONT RÉPONDU "OUI" à la question de la colonne 2.5 ci-contre	À compléter PAR CELLES QUI ONT RÉPONDU "une tâche particulière" à la question de la colonne 2.6
2.5 D'après vous, ces symptômes ressentis aux différentes parties du corps sont-ils dus à votre travail ?	2.6 Si oui à la question 2.5 correspondante, est-ce que ces symptômes sont dus à : 1. l'ensemble de votre travail 2. une tâche particulière	2.7 Si vous pouvez associer vos symptômes à une tâche particulière, de quelle tâche s'agit-il ?
Cou / Nuque		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
Épaules		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
Bras		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
Dos		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
Jambes		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____

Si vous avez rapporté au moins un problème à l'une ou l'autre des parties de votre corps (colonne 2.1 du tableau de la page 4), répondez aux questions 2.8 à 2.13. Si non, passez à la section 3 du questionnaire.

2.8 Pour vous, lequel de ces problèmes ressentis est le plus important (nommez la ou les parties du corps concernée(s)) ? : _____

Pour les questions suivantes (2.9 à 2.13) vous devez référer seulement aux symptômes rapportés dans la partie du corps indiquée à la question 2.8 précédente.

2.9 Est-ce que les symptômes ressentis à cette partie du corps vous ont déjà obligée à vous absenter de votre travail ?

Oui
Non

Si oui, combien de fois : _____

Si oui, combien de jours au total : _____

2.10 Est-ce que les symptômes ressentis à cette partie du corps vous ont déjà amené à consulter un ou plusieurs professionnels de la santé (ex : médecin, physiothérapeute, ergothérapeute, chiropraticien, etc.)

Oui
Non

2.11 Ressentez-vous les symptômes à cette partie du corps ?

Pendant l'accomplissement du travail
Après le travail
Pendant la nuit
(vous pouvez choisir plus d'une réponse)

2.12 Est-ce que vous avez déjà fait une déclaration ou une demande d'indemnisation à la CSST pour les symptômes ressentis à cette partie du corps ?

Oui
Non

2.13 Si oui à la question 2.12, suite à votre déclaration, la CSST vous a-t-elle versé une compensation pour les symptômes ressentis à cette partie du corps ?

Oui
Non

3. L'état de santé psychologique

Veillez indiquer à quelle fréquence vous vous êtes senti(e) de cette façon ou vous avez agi de cette manière dans l'exercice de votre travail. (Encerclez votre choix)

0 = jamais 1 = quelques fois par années 2 = une fois par mois 3 = quelques fois par mois
4 = une fois par semaine 5 = quelques fois par semaine 6 = chaque jour

1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens épuisé(e) à la fin de ma journée de travail.	0 1 2 3 4 5 6
3. Je me sens fatigué(e) quand je me lève le matin et que j'ai à faire face à une autre journée de travail.	0 1 2 3 4 5 6
4. Je peux facilement comprendre ce que mes bénéficiaires ressentent.	0 1 2 3 4 5 6
5. J'ai l'impression que je traite certains bénéficiaires comme s'ils étaient des objets impersonnels.	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec les gens toute la journée est vraiment un effort pour moi.	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes bénéficiaires.	0 1 2 3 4 5 6
8. Je me sens brûlé(e) par mon travail.	0 1 2 3 4 5 6
9. Je sens que par mon travail j'ai une influence positive dans la vie d'autres gens.	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus dur(e) envers les gens depuis que j'ai commencé ce travail.	0 1 2 3 4 5 6
11. J'ai peur que ce travail ne soit en train de m'endurcir émotionnellement.	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens très énergique.	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail.	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travail trop fort dans mon emploi.	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne m'inquiète pas vraiment de ce qui arrive à certains bénéficiaires.	0 1 2 3 4 5 6
16. Travailler en contact direct avec les gens me donne trop de stress.	0 1 2 3 4 5 6
17. Je peux facilement créer une atmosphère détendue avec mes bénéficiaires.	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens plein(e) d'entrain après avoir travaillé en contact étroit avec mes bénéficiaires.	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valaient la peine dans ce travail.	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens comme si j'étais au bout de mon rouleau.	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail, je m'occupe très calmement des problèmes émotionnels.	0 1 2 3 4 5 6
22. Je sens que les bénéficiaires me blâment pour certains de leurs problèmes.	0 1 2 3 4 5 6

Merci beaucoup de votre collaboration.

L'équipe de chercheuses de l'IRSST.

ANNEXE 3.15

Tableau synthèse de la méthodologie en fonction de chaque étude de cas

N o m b r e / É t u d e d e c a s .	C L S C 1	C L S C 2	C L S C 3	C L S C 4	T o t a l
Entrevues individuelles auprès des gestionnaires et représentants syndicaux	13	12	10	13	48
Entrevues collectives	2	2	3	4	11
<i>Nb de personnes rencontrées</i>	5	4	3	12	(24)
<i>A F S :</i>	5	4	7	8	(24)
<i>Infirmières</i>					
Entrevues de validation	2	2	2	2	8
<i>Nb de personnes rencontrées</i>	5	2	3	7	(17)
<i>A F S :</i>	5	2	5	5	(17)
<i>Infirmières</i>					
Entrevue collective avec le personnel accidenté	0	0	1	0	1
<i>Nb de personnes rencontrées</i>	-	-	7	-	(7)
<i>A F S :</i>	-	-	-	-	
<i>Infirmières</i>					
Entrevues individuelles sur les absences	0	0	0	7	7
Journées d'observation					
<i>A F S</i>	5	4	2	0	11
<i>Infirmières</i>	5	4	2	0	11
Réunions observées	6	9	12	8	35
Séance de formation	3	0	0	0	3
Questionnaires	A F S : 16	A F S : 22	A F S : 9	A F S : 24	A F S : 71
Nb répondants (taux de réponse)	(51%)	(49%)	(31%)	(67%)	Inf : 53
	Inf : 13	Inf : 18	Inf : 15	Inf : 7 (39%)	
	(72%)	(36%)	(35%)		
Réunions du comité de suivi du projet M A D formé dans chaque C L S C .	2	2	2	2 + 1 réunion de validation des résultats auprès des gestionnaires	9

ANNEXE 4.1

Nombre d'absence et d'heures compensé par la CSST et en assignation temporaire pour les quatre CLSC étudiés sur une période de trois ans

Emploi	Absence CSST (jour)	Nb de cas CSST	Assignation temporaire (heure)	Nb de cas assignation temporaire
Les CLSC étudiés				
AFS	113,1	38	4277	17
Infirmière	425	20	1398	14
Ensemble des CLSC du Québec				
AFS	38 965	535	-----	-----
Infirmière	16 433	413	-----	-----
Moyenne québécoise⁷⁵	22 934 828	411 658	-----	-----

Sources :

- Données recueillies dans le cadre de cette recherche auprès des services administratifs des 4 CLSC étudiés;
- Statistique Canada – Recensement de la population de 2001, tableau personnalisé;
- Statistique Canada – Enquête sur l'emploi, la rémunération et les heures travaillées (EERH), compilation spéciale;
- CSST – Dépôt de données central et régional, mise à jour de juillet 2004 sur les données couvrant la période 2000 à 2002
- Traitement : IRSST

Légende : ---- : les indicateurs ne peuvent être calculés car les données ne sont pas disponibles
les indicateurs ne peuvent être calculés car les données ne sont pas disponibles

⁷⁵ Moyenne pour tous les secteurs d'activité et pour tous les métiers confondus.

ANNEXE 4.2

Type de lésions compensées par la CSST pour les quatre CLSC étudiés sur une période de trois ans

Type de lésion	AFS	Infirmières
Lombalgie	18	8
Musculo-squelettique	0	2
Tendinite, épicondylite	6	0
Contusion, foulure	2	3
Accident de voiture	2	2
Qualité de l'air	4	3
Non spécifié	6	2
Total	38	20

ANNEXE 4.3

Nature de lésions compensées par la CSST par les AFS et les infirmières des CLSC

Nature de lésion	AFS		Infirmières	
	N	%	N	%
Lombalgie, dorsalgie	41	7,7	17	4,1
Tendinite, épicondylite	47	8,8	19	4,6
Entorse, foulure, déchirure	341	63,7	234	56,6
Piqûre	0	0	11	2,7
Contact avec VIH et autre infection	6	1,1	56	13,6
Autres ⁷⁶	100	18,7	76	18,4
Total	535	100,0	413	100,0

⁷⁶ Contact avec un virus, douleur sauf au dos, fracture, anxiété, choc nerveux, etc.

ANNEXE 4.4

Principales caractéristiques des accidents et des problèmes de santé des AFS du SAD qui sont ressorties des entrevues individuelles

Caractéristiques des AFS interrogées	Programme	Contexte	Type de problèmes de SST
<i>Événements liés à un contexte d'implantation de changements particuliers</i>			
AFS régulière¹ 47 ans 7 ans anc.	Précoce	Remplacement de chef d'équipe, Implantation des horaires de fin de semaine	Absence 3 mois, assurance salaire, trouble psychologique
AFS régulière¹ 47 ans 7 ans anc.	Précoce	Élargissement de ses tâches, vérification des factures d'agences	Absence 3 mois, assurance salaire, trouble psychologique
AFS régulière² 44 ans 7,5 ans anc.	Moyen, long terme	Remplacement de chef d'équipe, affecté à la saisie intensive d'information pour le nouveau logiciel Horaire +	Absence 3 mois, assurance salaire, trouble psychologique
AFS régulière³ 49 ans 13 ans anc.	Inconnu	Remplacement de chef d'équipe, Implantation des horaires de fin de semaine	Absence 3 mois, assurance salaire, trouble psychologique
AFS régulière³ 49 ans 13 ans anc.	Inconnu	Remplacement de chef d'équipe, Implantation des horaires de fin de semaine	Absence quelques semaines, assurance salaire, trouble psychologique
<i>Événements liés à une détérioration de la santé des clients</i>			
AFS régulière 27 ans 5 ans anc.	Précoce	Client difficile, palliatif, état dégénératif rapidement, manque d'équipement	Absence de 6 à 8 semaines, CSST, entorse lombaire
AFS régulière² 44 ans 7,5 ans anc.	Remplacement au précoce	Palliatif, état dégénératif rapidement, équipement défectueux	Épicondylite au bras droit, pas déclaré tout de suite, assurance salaire plus tard
<i>Accidents survenant chez les clients pendant des tâches diverses</i>			
AFS régulière² 44 ans 7,5 ans anc.	Inconnu	Peu d'expérience à ce moment, accident survenu en déplaçant le banc de bain au moment du lavage du bain	Entorse lombaire, pas déclaré tout de suite, ressenti des douleurs après
AFS régulière⁴ 44 ans 7 ans anc.	Inconnu	Présence de neige et de glace	Chute dans un escalier extérieur chez un client, pas d'arrêt tout de suite, assurance salaire plus tard
<i>Usure du métier</i>			
AFS régulière 59 ans 26 ans anc.	Moyen, long terme	La douleur n'est pas associée à un événement particulier mais plutôt aux exigences générales du travail (hygiène,	TMS à l'épaule droite, douleur au début, absence de près de 1 an en assurance salaire

Caractéristiques des AFS interrogées	Programme	Contexte	Type de problèmes de SST
		mobilisation, gestes répétés)	
<i>Parcours de détérioration graduelle de la santé</i>			
AFS régulière⁴ 44 ans 7 ans anc.	Inconnu	-----	Accident de voiture en se rendant au travail
AFS régulière⁴ 44 ans 7 ans anc.	Inconnu	Elle explique avoir changé de façon de travailler pour protéger son dos ce qui a « surtaxé » son épaule	Tendinite épaule droite, pas d'absence mais injection de cortisone car douleur
AFS régulière⁴ 44 ans 7 ans anc.	Inconnu	-----	Problème de talon, absence de 3 mois en assurance salaire
<i>Événement relié à la qualité de l'air</i>			
AFS régulière³ 49 ans 13 ans anc.	Inconnu	Suite au déménagement et à un refoulement d'égout	Problème lié à la qualité de l'air, difficulté à faire reconnaître

¹ Ces événements concernent la même personne

² Ces événements concernent la même personne

³ Ces événements concernent la même personne

⁴ Ces événements concernent la même personne