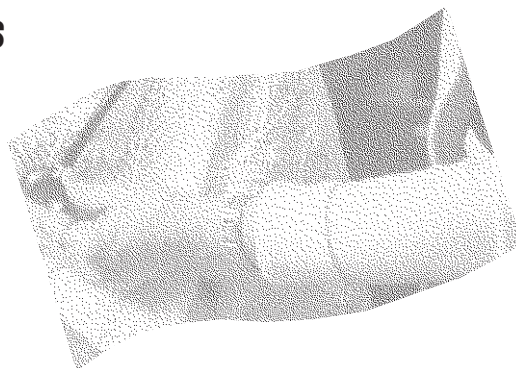


**Étude descriptive des conditions
d'emploi, de travail et de santé
et de sécurité du travail
des infirmières d'agence privée
dans un contexte de pénurie
de main-d'œuvre**



**ÉTUDES ET
RECHERCHES**

Esther Cloutier
Madeleine Bourdouxhe
Élise Ledoux

Hélène David
Isabelle Gagnon
François Ouellet

R-475

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales
2006
ISBN 13 : 978-2-89631-074-6 (version imprimée)
ISBN 10 : 2-89631-074-6 (version imprimée)
ISBN 13 : 978-2-89631-075-3 (PDF)
ISBN 10 : 2-89631-075-4 (PDF)
ISSN : 0820-8395

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,
novembre 2006

Étude descriptive des conditions d'emploi, de travail et de santé et de sécurité du travail des infirmières d'agence privée dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre

Esther Cloutier¹, Madeleine Bourdouxhe², Élise Ledoux¹,
Hélène David³, Isabelle Gagnon³ et François Ouellet³

Avec la collaboration de :
Jean Charest³ et Faïçal Zallama³

¹Service de la recherche, IRSST

²Service veille et gestion de la qualité, IRSST

³GRASP, Université de Montréal

ÉTUDES ET RECHERCHES

RAPPORT

Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document. En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

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

On constate présentement une augmentation du recours au personnel infirmier d'agences privées par les gestionnaires du réseau public. Le contexte actuel de pénurie d'infirmières pourrait avoir des effets contradictoires sur leur SST. D'une part, ce pourrait être un avantage pour les infirmières d'agence en termes de conditions de travail (horaires, rémunération, choix de clientèle, charge de travail, etc.) mais, d'autre part, il est possible que le fait d'être toujours placé en situation de travail inconnu, sans formation préalable suffisante, joue un rôle négatif sur leur SST. L'objectif général de cette recherche est de circonscrire les conditions d'emploi, de travail et de SST des infirmières d'agence dans ce contexte de pénurie de main-d'oeuvre.

Cette recherche interdisciplinaire comprend deux études de cas enchâssées d'agences privées de soins infirmiers (APSI). Neuf unités d'analyse ont été retenues pour cette étude : le marché du travail infirmier au Québec; la main-d'oeuvre infirmière à l'emploi des agences sélectionnées; les lésions professionnelles des infirmières d'agence; l'organisation et les conditions d'emploi dans les agences et de travail chez les donneurs d'ouvrage (DO); l'organisation du travail et de l'emploi entre les agences et les DO ainsi que le partage des responsabilités; la gestion interne de la SST dans les agences, les parcours professionnels des infirmières d'agence, l'activité réelle de travail des ces infirmières et enfin, leur parcours de santé et leurs conditions de SST. Ces unités d'analyse ont été documentées par diverses méthodes de collecte de données : analyses statistiques, analyse documentaire, entretiens et observation de l'activité de travail.

Les premières analyses au niveau macroscopique montrent qu'il existe déjà une pénurie d'infirmières au Québec et que celle-ci va durer encore de nombreuses années. Il n'existe pas de données sur le nombre d'agences privées de soins infirmiers alors qu'on constate une augmentation du poids relatif des infirmières d'agence au cours des dernières années par rapport aux infirmières du réseau public. Les infirmières d'agence sont âgées et expérimentées et elles se comparent à l'ensemble des infirmières en ce qui concerne le taux d'incidence et la durée moyenne d'absence pour cause de lésions professionnelles compensées par la CSST. Des différences existent cependant en ce qui a trait au type de lésions. Les infirmières d'agence déclarent plus de contact et d'infection au VIH, d'une part, et elles sont victimes de moins d'efforts excessifs, de réactions du corps et de TMS d'autre part. Aucune information ne permet d'expliquer cette réalité à partir des données québécoises, d'où l'existence de ce projet.

L'étude réalisée dans deux agences a permis de mettre en relief les choix de gestion qui influencent la SST du personnel. On retrouve les facteurs organisationnels suivants : les critères de sélection à l'embauche, la formation, les horaires de travail et l'attribution des remplacements. Les analyses mettent aussi en évidence une gestion plutôt laxiste de la SST au sein de ces établissements et l'absence d'activité de prévention alors que les infirmières rencontrées rapportent être exposées à différents types de risques au travail ce que corroborent les réponses au questionnaire sur leur santé physique et psychologique.

L'analyse des parcours des infirmières interrogées et rencontrées a d'abord révélé que le personnel d'agence privée constitue un bassin de main-d'oeuvre expérimentée dont les champs d'expertise sont très variés. L'analyse concomitante des parcours professionnels et des parcours de santé a mis en lumière la présence d'une usure physique ou psychologique importante. Celle-ci les a conduit à remettre en question leur sécurité d'emploi dans le secteur public en exerçant

un contrôle sur leurs conditions de travail, ce que leur permet le travail en agence privée. Ce contrôle semble possible actuellement à cause du contexte de pénurie. Cependant ce choix conduit les infirmières d'agence à faire des compromis qui ont malgré tout un coût pour leur santé, un coût qu'elles jugent cependant moindre que si elles continuaient à travailler dans le réseau public.

L'analyse des incidents observés et décrits a permis de mieux documenter leurs conditions de travail et de SST. Elle a aussi mis en évidence l'effet de certains dysfonctionnements organisationnels particulièrement critiques pour la SST : stress relié à une absence d'orientation dans un service, charge mentale accrue lors d'un manque de formation sur une tâche ou une procédure, charge de travail résultant parfois en des contraintes temporelles, posturales et en une charge mentale plus élevée par la réalisation d'activités concomitantes et stress lié à l'exposition à la violence des usagers ou à la préoccupation de développer de bonnes relations avec le personnel régulier. Les dysfonctionnements organisationnels ont aussi un effet direct ou indirect sur la SST du personnel régulier des services. Il a aussi été possible de contraster deux modèles d'organisation du travail au sein des agences et de montrer qu'un type de gestion favorisait plus la SST de son personnel notamment en lui assurant un support organisationnel.

En ce qui concerne les analyses particulières des horaires de travail, nous avons montré que le choix des horaires est une composante fondamentale de la motivation des infirmières à travailler en agences privées plutôt que dans le secteur public. Il existe toutefois une différence entre la flexibilité idéalisée du discours des interviewées et la flexibilité observée réellement dans les feuilles de temps. Les analyses ont aussi montré que incertaines de l'avenir, les infirmières ont tendance à accepter une charge plus élevée (en termes de contraintes d'horaire) que leur disponibilité annoncée. De plus, malgré leur discours qui vante les avantages de la diversité des horaires et des tâches qu'elles trouvent dans les agences privées, les infirmières ont très vite tendance à privilégier la stabilité - mêmes établissements, mêmes programmes ou services, même forme d'horaire - afin de reconstituer le plus rapidement possible leur connaissance des cas, facteur connu comme stratégie préventive. Dans ce but, elles font parfois des compromis sur d'autres aspects de leur SST.

Une analyse comparative du travail des infirmières d'agence et de celui des infirmières de SAD amène à conclure que leur travail est différent bien qu'il y ait une partie commune, le soin technique. La charge de travail ne se situe pas au même niveau. Les infirmières d'agence disposent de moins de temps en moyenne par soin. Au contraire, les infirmières de SAD ont à réaliser des tâches qui sont quasi absentes du travail des infirmières d'agence comme la gestion des routes, les suivis auprès des clients dont elles ont la responsabilité ce qui inclut les suivis des soins dispensés par les infirmières d'agence qui viennent les aider, les réunions professionnelles qui font partie intégrante du travail. De plus, plusieurs éléments particuliers ressortent comme conditionnant différemment le travail des infirmières d'agence et celui des infirmières de SAD. Ainsi, les infirmières d'agence développent une relation différente aux clients ce qui leur permet de maintenir une distance protectrice. Le soutien du CLSC et de l'agence par rapport aux problématiques difficiles semble plus critique pour les infirmières d'agence que pour celles du SAD. Les infirmières d'agence n'ont pas de collectif de travail ce qui présente plusieurs inconvénients (pas de partage des stratégies protectrices, absence de reconnaissance et de valorisation, pas accès aux stratégies collectives, pas de partage d'information, etc.) ayant des

conséquences négatives pour la SST. Enfin, les analyses montrent que le recours aux infirmières d'agence contribue à alourdir le travail des infirmières de SAD.

Il existe des problèmes en termes de gestion de la SST. Il y a sous-déclaration des accidents dans les agences privées. Une des conséquences majeures de cette réalité est que les infirmières d'agence assument personnellement les conséquences de leurs problèmes de santé liés au travail ce qui constitue un double niveau d'externalisation des coûts de SST qui ne sont plus sous la responsabilité du CLSC ni de l'agence.

Les analyses révèlent que les infirmières d'agence puisent des connaissances au sein de diverses sources d'expérience élaborées antérieurement dans différents contextes de travail. L'expérience se construit aussi au jour le jour. Il s'agit d'un processus dynamique qui va au-delà d'un simple transfert d'expérience car il implique une réflexion sur leur pratique infirmière. On peut parler d'une construction itérative de l'expérience du métier. Les analyses montrent que les infirmières d'agence mettent en action six sources d'expérience. Les infirmières développent aussi divers types de stratégies afin de pallier les lacunes présentes au sein de leur contexte de travail, de prévenir les incidents et de se protéger. En effet, il a été montré que le recours à ces sources d'expérience et à ces stratégies visent plus d'un objectif : gain de temps, qualité du service, efficacité, sécurité de l'utilisateur mais aussi pour soi-même en termes de diminution de la charge cognitive ou physique.

Cette étude permet finalement de présenter un modèle qui schématise l'impact du contexte et de la dynamique inter-organisationnelle sur les conditions de SST des infirmières d'agence et de celles du réseau public. Ce modèle tient compte des liens existants entre l'organisation du travail de l'agence, celle du donneur d'ouvrage, les conditions de travail du personnel d'agence et celles du personnel de l'établissement et de leurs impacts sur la réalisation de l'activité de travail de soins. En outre plusieurs pistes d'action et de recherche sont formulées.

REMERCIEMENTS

Cette étude n'aurait pas été possible sans la collaboration, la confiance et le temps de nombreuses personnes des deux agences qui nous ont ouvert leurs portes ainsi que des établissements, CLSC, CHSLD et CH, où les infirmières d'agence ont été appelées à travailler. Nous les en remercions toutes.

Nous sommes particulièrement reconnaissantes 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 des deux agences qui ont aussi permis la réalisation de ce projet.

Nous remercions également nos collègues, Jean Charest et Faïcal Zellama, économistes de l'Université de Montréal, Alain Marchand spécialiste des analyses multiniveaux au département de sociologie de l'Université Concordia, Patrice Duguay et Paul Massicotte du programme organisation du travail de l'IRSSST, pour des analyses spéciales.

La collaboration des membres du comité consultatif 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 consultatif :

- Madeleine Asselin, du CLSC-CHSLD Sainte-Rose;
- Brigitte Doyon, Francine Dufresne, Thérèse Laforêt, Sylvie Vandal et Hélène Caron, 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;
- Rose-Ange Proteau, de l'Association pour la santé et la sécurité du travail, secteur des affaires sociales (ASSTSAS);
- Isabelle Choquette, de l'agence Santérégie qui a accepté d'y participer de façon plus informelle.

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.....	v
TABLE DES MATIÈRES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
LISTE DES FIGURES.....	xii
INTRODUCTION.....	1
1. État des connaissances.....	5
1.1 L'importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des infirmières de SAD.....	5
1.2 L'importance des nouvelles formes d'emplois.....	6
1.3 Les nouvelles formes d'emploi et la SST.....	8
1.4 Les agences privées de soins infirmiers (APSI) et la SST.....	11
1.5 Les infirmières d'agence privée et la SST.....	12
2. Méthodologie.....	17
2.1 L'échantillonnage.....	17
2.2 Les unités d'analyse et les méthodes de collecte de données.....	18
2.2.1 Marché du travail infirmier au Québec et marché des agences.....	18
2.2.2 Portrait de la SST du personnel infirmier d'agence.....	21
2.2.3 Main-d'œuvre infirmière à l'emploi des deux agences sélectionnées.....	22
2.2.4 Organisation du travail et conditions d'emploi dans les agences.....	22
2.2.5 Organisation du travail et de l'emploi entre les agences et les donneurs d'ouvrage (DO) et partage des responsabilités.....	23
2.2.6 Gestion interne de la SST dans les agences et portrait de la SST des deux agences.....	23
2.2.7 Parcours professionnel des infirmières d'agence.....	25
2.2.8 Activité de travail du personnel infirmier.....	25
2.2.9 Santé des infirmières d'agence.....	27
2.2.10 Comparaison du travail des infirmières d'agence et de SAD du CLSC.....	27
2.2.11 Journal de bord.....	27
2.2.12 Approche par convergence.....	28
2.2.13 Comités de suivi et scientifique.....	28
2.3 Portée et limites.....	28
3. Contexte du travail infirmier au Québec.....	31
3.1 Marché de la main-d'œuvre infirmière au Québec.....	31
3.2 Caractéristique démographique de la main-d'œuvre infirmière.....	33
3.3 Agences privées de soins.....	35
3.4 Portrait des lésions professionnelles des infirmières d'agence privée.....	36
3.4.1 Indicateurs de risque.....	36

3.4.2	Description des lésions professionnelles des infirmières d'agence privée de soins.....	37
3.5	Conclusion	40
4.	Le portrait des deux agences participantes	41
4.1	Analyse organisationnelle comparative des deux agences privées de soins infirmiers participantes	41
4.1.1	Contexte d'affaire	41
4.1.2	Relations avec les donneurs d'ouvrage.....	42
4.1.3	Organisation du travail des deux agences.....	42
4.2	Données de main-d'œuvre	49
4.3	La gestion de la SST par les agences et un portrait des risques à la SST du personnel infirmier.....	50
4.3.1	La gestion de la SST dans les agences de soins.....	50
4.3.2	Un portrait des risques à la SST du personnel infirmier d'agence de soins	51
4.4	Les données du questionnaire	54
4.4.1	Symptômes musculo-squelettiques	54
4.4.2	La santé psychologique.....	55
4.5	Conclusion	56
5.	Portrait des infirmières en agence.....	57
5.1	Analyse des parcours professionnels et de santé	57
5.1.1	Les réponses au questionnaire	57
5.1.2	Les parcours professionnels des huit infirmières interrogées	58
5.1.3	Les parcours détaillés de deux infirmières.....	59
5.1.4	Les liens entre les parcours professionnels et la santé.....	64
5.2	Le choix du travail en agence : avantages et désavantages rapportés par les infirmières.....	66
5.2.1	Premier critère : protection de sa santé.....	66
5.2.2	Autres avantages	66
5.2.3	Les désavantages du travail en agence.....	67
5.3	Le travail en agence : un compromis coûteux ?.....	67
5.4	Conclusion	69
6.	Les conditions de travail et de santé et sécurité au travail des infirmières d'agence.....	71
6.1	Typologie et analyse des incidents	71
6.1.1	Incidents liés à un dysfonctionnement organisationnel	72
6.1.1.1	Accueil et orientation dans un nouveau service ou programme	73
6.1.1.2	La formation des infirmières en agence.....	74
6.1.1.3	Charge de travail.....	76
6.1.1.4	Horaires de travail.....	79
6.1.2	Prestation de service	79
6.2	Autres facteurs organisationnels, leurs effets sur la SST du personnel d'agence et les stratégies	80
6.2.1	Stabilisation des services (ou des assignations).....	80
6.2.2	Responsabilités déléguées au personnel d'agence.....	81
6.2.3	Transmission des informations	82

6.2.4	Collectifs de travail et stratégies relationnelles	83
6.2.5	Reconnaissance	85
6.3	Rôle de l'organisation du travail des agences	86
6.4	Rôle de l'organisation du travail du donneur d'ouvrage	88
6.5	Conclusion	89
7.	Les horaires de travail	91
7.1	Hypothèses de recherche	91
7.2	Les réponses au questionnaire	91
7.2.1	La disponibilité	92
7.2.1.1	Disponibilité annoncée	92
7.2.1.2	Quarts effectivement travaillés	93
7.2.2	La charge : nombre d'heures travaillées par jour et de jours travaillés par semaine	94
7.2.3	Résumé	96
7.3	Les informations sur les horaires recueillies en entrevues	96
7.3.1	Les entrevues de gestionnaires et de répartiteurs	97
7.3.1.1	L'organisation des affectations et des horaires	97
7.3.1.2	Consignes et règles minimales; critères d'attribution des horaires	99
7.3.1.3	Disponibilités et choix des infirmières	100
7.3.1.4	Les horaires protecteurs	101
7.3.1.5	L'équilibre travail/famille	103
7.3.1.6	Précarité et instabilité des revenus	103
7.3.2	Les entrevues individuelles des infirmières	104
7.3.2.1	Disponibilités et préférences	104
7.3.2.2	Contraste avec les contraintes horaires du réseau public	105
7.3.2.3	Horaires et parcours de santé	106
7.3.2.4	L'horaire de travail en agence comme stratégie de prévention (fatigue, blessures, stress)	106
7.3.2.5	Conciliation travail/famille	108
7.3.2.6	Stabilité des horaires, sécurité du revenu	109
7.4	Analyse des feuilles de temps sur six mois	110
7.4.1	Les différences entre infirmières	110
7.4.2	La constance hebdomadaire	112
7.4.3	Les grands écarts quotidiens	112
7.4.4	L'évolution des horaires dans le temps	112
7.4.5	Validation des résultats préliminaires des analyses des feuilles de temps en entrevue de restitution	114
7.4.5.1	Diminution avec le temps du nombre de jours travaillés dans la semaine	115
7.4.5.2	Stabilisation des horaires et des clientèles au fil du temps et de l'expérience en agence	115
7.4.5.3	Variations saisonnières	116
7.4.5.4	Absentéisme ou régulation	116
7.4.6	Résumé	116
7.5	Synthèse et discussion	117

8.	Infirmières d'agence et infirmières de SAD : travail et risques différents	121
8.1	Le travail des infirmières d'agence et celui des infirmières de SAD : le même travail?.....	121
8.1.1	Portrait global comparatif des journées de travail des infirmières d'agence et de celles des infirmières de SAD.....	121
8.1.2	Charge de travail différenciée des infirmières d'agence et des infirmières de CLSC	124
8.2	Éléments particuliers conditionnant différemment le travail des infirmières d'agence et celui des infirmières de SAD.....	129
8.3	La SST des infirmières d'agence et des infirmières de SAD.....	133
8.3.1	Les lésions professionnelles compensées et les absences pour problèmes de santé.....	133
8.3.2	Les données de santé musculo-squelettique et psychologique du questionnaire	134
8.4	Synthèse	135
9.	Les sources d'expérience et la SST	137
9.1	Sources d'expérience	137
9.1.1	Transfert d'expérience de la vie personnelle	138
9.1.2	Transfert d'expérience d'autres métiers.....	138
9.1.3	Transfert d'expérience d'emplois antérieurs comme infirmière.....	138
9.1.4	Transfert d'expérience de différents établissements (milieux).....	139
9.1.5	Transfert d'expérience d'un programme à un autre.....	140
9.1.6	Expérience de la tâche	140
9.1.7	Autre source : l'expérience du cas	141
9.2	Stratégies protectrices développées par le personnel d'agence	141
9.2.1	Stratégies posturales.....	142
9.2.2	Stratégies procédurales	142
9.2.3	Stratégies relationnelles	142
9.2.4	Stratégies informatives.....	144
9.2.5	Conclusion	144
10.	Discussion et conclusion.....	145
10.1	Les conditions d'emploi, de travail et de SST des infirmières d'agence : contexte et liens entre les donneurs d'ouvrage et les agences	145
10.2	Les facteurs organisationnels qui influencent la SST des infirmières d'agence.....	147
10.3	Les conditions réelles de SST des infirmières d'agence.....	151
10.4	Parcours professionnel, parcours de santé et compromis	152
10.5	Développement méthodologique	154
10.6	Conclusion	155
11.	Pistes d'action et de recherche.....	157
	RÉFÉRENCES	159
	ANNEXES	165

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 : Caractéristiques des infirmières participantes	18
Tableau 2.2 : Description des unités d'analyse, des variables et des sources de données.....	19
Tableau 3.1 : Évolution annuelle de la pénurie d'infirmières.....	33
Tableau 3.2 : Nombre d'agences privées de soins infirmiers (codes d'activité économique 8662 et 8631) inscrites au Registraire des entreprises du Québec en 2005 et dont la création est antérieure à 2004, selon la taille des entreprises	35
Tableau 3.3 : Taux d'incidence des lésions professionnelles des infirmières d'agence et des infirmières du Québec de 2001 à 2004	36
Tableau 3.4 : Genre d'accident des infirmières d'agence et de celles du réseau public sur une période de cinq ans de 2000 à 2004	38
Tableau 3.5 : Nature de lésion des infirmières d'agence et de celles du réseau public sur une période de cinq ans de 2000 à 2004	38
Tableau 3.6 : Agent causal des lésions des infirmières d'agence et de celles du réseau public sur une période de cinq ans de 2000 à 2004	39
Tableau 3.7 : Siège de lésion des infirmières d'agence et de celles du réseau public sur une période de cinq ans de 2000 à 2004	39
Tableau 4.1 : Analyse comparative du contexte d'affaire et de l'organisation formelle du travail des deux agences	47
Tableau 4.2 : Répartition de la main-d'œuvre de l'agence 2 selon le temps travaillé pour les années 2002 et 2003	49
Tableau 4.3 : Types de risques mentionnés par les infirmières d'agence interrogées.....	53
Tableau 7.1 : Nombre d'infirmières s'annonçant disponibles selon les quarts de travail	92
Tableau 7.2 : Nombre d'infirmières travaillant habituellement selon certains quarts de travail	93
Tableau 7.3 : Nombre d'infirmières ayant travaillé selon certains quarts de travail la semaine précédant l'enquête.....	94
Tableau 7.4 : Nombre de jours travaillés par semaine, en moyenne	94
Tableau 7.5 : Nombre d'heures travaillées par jour, en moyenne	95
Tableau 7.6 : Nombre de jours travaillés la semaine précédant l'enquête.....	95
Tableau 7.7 : Nombre d'heures travaillées par jour la semaine précédant l'enquête	96
Tableau 7.8 : Feuilles de temps sur six mois (du 29-02 au 04-09-2004). Nombre d'heures travaillées par semaine : moyenne, minimum, maximum, nombre de semaines non travaillées, nombre de semaines de plus de 40 heures.....	110
Tableau 7.9 : Heures travaillées par jour, amplitude moyenne par jour, temps supplémentaire par jour	111
Tableau 7.10 : Écarts entre les journées de travail d'une même infirmière (inf. 2, un an d'expérience à l'agence)	112
Tableau 8.1 : Synthèse des journées d'observation au SAD d'infirmières d'agence et de CLSC : éléments contribuant à générer la variabilité dans le travail.....	123
Tableau 8.2 : Comparaison des temps passés à différentes activités par des infirmières d'agence et de SAD	125
Tableau 8.3 : Types d'interaction verbale et proportion du temps qui y est consacré pour les infirmières d'agence et les infirmières de SAD	127

Tableau 8.4 : Les interlocuteurs des infirmières de SAD et d'agence pour la prise d'information et sa transmission.....	127
Tableau 8.5 : Les interruptions de travail des infirmières d'agence et de CLSC	128
Tableau 8.6 : Différence entre les infirmières d'agence et de CLSC sur le nombre de clients prévus, visités à domicile, et le nombre total de clients nécessitant une intervention de tous types	129
Tableau 8.7 : Niveau de risque compensé relié au travail des infirmières de SAD de quatre CLSC sur une période de trois années	134
Tableau 8.8 : Douleurs attribuées au travail par les infirmières d'agence et par les infirmières de SAD	135
Tableau 8.9 : Indices de santé psychologique des infirmières d'agence et des infirmières de SAD.....	135

LISTE DES FIGURES

Figure 3-1 : Ratio des infirmières du secteur privé sur 100 infirmières du public au 31 mars, 1992 à 2003.....	32
Figure 3-2 : Évolution de la structure d'âge des infirmières en exercice au Québec en 1992 et 2003.....	34
Figure 3-3 : Évolution de la structure d'âges des infirmières en exercice au Québec dans le réseau de la santé et des infirmières du privé en 2003.....	34
Figure 4-1 : Douleurs attribuées au travail chez les infirmières des deux agences étudiées	55
Figure 4-2 : Indices de santé psychologique des infirmières des deux agences étudiées	56
Figure 5-1 : Parcours professionnel et de santé de l'infirmière 4.....	61
Figure 5-2 : Parcours professionnel et de santé de l'infirmière 5.....	62
Figure 7-1 : Nombre de jours de travail par semaine : évolution sur 27 semaines.....	113
Figure 7-2 : Nombre de journées brisées dans la semaine : évolution sur 27 semaines	114
Figure 8-1 : Proportion de temps passé selon différentes activités par les infirmières d'agence privée et les infirmières de SAD selon le type de soin observé	124
Figure 8-2 : Proportion des activités réalisées au cours d'une journée par les infirmières d'agence et les infirmières de CLSC au SAD.....	125
Figure 8-3 : Comparaison entre la proportion de temps passée à différentes activités en après-midi des infirmières d'agence et des infirmières de SAD.....	126
Figure 9-1 : Six sources d'expérience décrites par les infirmières d'agence.....	137
Figure 10-1 : Impact du contexte et de la dynamique inter-organisationnelle sur les conditions de SST des infirmières d'agence et de celles du réseau public.....	146

INTRODUCTION

Ce projet s'inscrit dans une programmation intégrée de recherche sur les conditions de SST du personnel de soins à domicile. Il a été réalisé conjointement à un autre projet qui porte sur l'importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices de travail des AFS et des infirmières des CLSC (Cloutier et coll., 2005). Il concerne les infirmières.

Les infirmières occupent une place centrale dans le réseau de la santé au Québec. Cette importance se mesure entre autres en termes d'effectifs car elles sont au nombre de 65 317 personnes d'après les statistiques les plus récentes. Elle représente donc 2 % de la main-d'œuvre québécoise (Charest et Zellema, 2004) et près de 25 % de l'effectif total du réseau de la santé (Ministère de la santé et des services sociaux, 2001). De plus, cet emploi est majoritairement féminin; les femmes constituent 91 % des effectifs infirmiers.

Les statistiques les plus récentes montrent que les infirmières présentent un taux d'incidence des lésions professionnelles de 2,7 % qui correspond à la moyenne québécoise (Duguay et coll., 2003). En termes de gravité, ces lésions entraînent des absences de plus de 40 jours, par rapport à 56 jours en moyenne au Québec (Duguay, Hébert, Massicotte, 2003). Ces données sur les lésions professionnelles indemnisées par la CSST ne présentent cependant qu'une partie du portrait de SST des infirmières. En effet, une étude réalisée dans quatre CLSC du Québec montre que, d'une part, plusieurs infirmières sont placées en assignation temporaire et que, d'autre part, des problèmes musculo-squelettiques et de fatigue liés au travail sont principalement compensés par l'assurance-salaire ce qui donne à penser que les chiffres de la CSST sous-estiment fortement la réalité. Par exemple, dans un des CLSC à l'étude, les infirmières dispensant des soins à domicile présentent un taux de fréquence des lésions professionnelles de 13,1 %. Cependant ce taux triple si on y ajoute les cas d'assignations temporaires ainsi que les absences compensées par l'assurance salaire qui sont potentiellement liées au travail, pour se situer à 51,1 % (Cloutier et coll. 2003). Ces résultats concordent avec ceux d'autres études. Entre autres, Bourbonnais et coll. (2000) montrent qu'entre 1993 et 1999 les absences potentiellement liées au travail des infirmières de la région de Québec représentent 64,2 % de toutes les absences certifiées. Comme causes de celles-ci, on retrouve principalement des problèmes de santé mentale (70 jours d'absence en moyenne) et des problèmes musculo-squelettiques (41 jours d'absence en moyenne).

La main-d'œuvre infirmière actuellement en emploi est vieillissante; plus de 37 % de la main-d'œuvre est âgée de 45 ans et plus (Duguay, Hébert, Massicotte, 2003). Ceci peut constituer un atout comme le montrent diverses recherches puisque le personnel expérimenté développe des stratégies de travail qui présentent de multiples avantages tant au niveau de la qualité des services que de la protection face aux risques présents dans les milieux de travail (voir notamment Cloutier et coll., 1998, 2003). Cependant, cela suppose de conserver cette main-d'œuvre expérimentée qui constitue un atout pour les organisations. Or, présentement la détérioration des conditions de travail dans le secteur de la santé incite plutôt une grande majorité des infirmières expérimentées à vouloir quitter leur emploi dès que possible (retraite, changement d'emploi, etc.). Ainsi, au cours des années à venir, les milieux de travail vont devoir intégrer du personnel infirmier novice et tenter de le garder en emploi de même que pour leur

personnel expérimenté, ce qui constitue un défi de taille (Ministère de la santé et des services sociaux, 2001).

En outre, le domaine de la santé est un secteur en pleine expansion avec la réorganisation des services de santé au Québec et le vieillissement de la population. Notamment, le virage ambulatoire de la fin des années 90 a conduit à une expansion rapide et une diversité de la demande des soins à domicile.

Par ailleurs, la combinaison du vieillissement de la main-d'œuvre, du fait que les études infirmières ont été contingentées et de l'augmentation de la demande de soins infirmiers a conduit à une pénurie des effectifs infirmiers disponibles sur le marché du travail. Ceci est considéré comme suffisamment grave pour que le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec s'en préoccupe dans un rapport sur la planification de la main-d'œuvre infirmière (Ministère de la santé et des services sociaux, 2001). Cette situation crée un contexte particulier pour le personnel infirmier qui pourrait, s'il le désire, se trouver dans la position d'un « entrepreneur » qui a la capacité de négocier ses conditions de travail dans certains cas. Mais nous ne connaissons pas l'ampleur de cette pénurie d'infirmières. Nous ne savons pas non plus si celle-ci est uniforme à travers le Québec et si elle touche tous les organismes du réseau également. Ce qui est connu c'est que plusieurs agences de soins infirmiers ont vu le jour ces dernières années au Québec. L'étude principale de la programmation thématique (Cloutier et al. 2005) montre que les CLSC, qui sont les maîtres d'œuvre des soins à domicile, ont beaucoup de difficulté, face à l'augmentation de la demande de services, à y répondre adéquatement avec leurs effectifs infirmiers réguliers et occasionnels insuffisants. Ils ont donc fréquemment recours aux agences privées pour dispenser des soins infirmiers à domicile.

Cependant, aucun inventaire existe au sujet des agences privées de soins infirmiers. Aucune donnée sur les effectifs des infirmières d'agence privée n'est disponible à l'heure actuelle. Il n'existe donc pas de portrait des caractéristiques de la main-d'œuvre qui y travaille. Plusieurs inconnues subsistent en ce qui concerne le personnel infirmier des agences de soins. Est-ce que ce sont des infirmières expérimentées ou plutôt des novices qui y oeuvrent ? Quels sont les parcours professionnels des infirmières d'agence ? Pourquoi choisissent-elles d'aller travailler en agences ? Quels sont les avantages et les inconvénients du travail en agence privée de soins ? Quelles sont les conditions d'emploi et de travail réelles de ce personnel, entre autres, en termes d'accès à des formations de pointe, de l'équipement et aux choix en termes d'horaire et de charge de travail ? Ces conditions de travail varient-elles selon l'âge de l'agence ? Quelles sont leurs conditions de SST ? Comment s'organise la prise en charge de la SST dans les agences privées de soins ? Comment se passe l'articulation du travail entre le maître d'œuvre qu'est le CLSC et l'agence privée ?

À cet égard un premier portrait québécois sur le recours aux agences privées par les services de soins à domicile d'une région du Québec (David et coll., 2003) a montré qu'il existe un taux de roulement élevé du personnel dans les agences et que la gestion de la SST y est minimale. Cette étude ne permet cependant pas de comprendre les conditions d'emploi, de travail et de SST des infirmières d'agence privée.

Les infirmières d'agence sont appelées régulièrement pour dispenser des soins à des usagers qui ne peuvent être vus par le personnel des SAD. Elles sont ainsi confrontées à des situations de

travail qu'elles ne connaissent pas et à propos desquelles elles n'ont que peu d'information. Or, Cloutier et al. (2005) montrent clairement l'effet protecteur de la connaissance de l'environnement de travail, des particularités du client et de son réseau ainsi que des routes pour gérer les contraintes présentes dans le travail à domicile, notamment les contraintes posturales et temporelles. L'expérience des infirmières d'agence leur permet-elle de compenser la non-connaissance des cas ?

Il semble y avoir des effets contradictoires qui se mesurent en ce moment au niveau du contexte macroscopique de travail des infirmières d'agence. D'une part, on se trouve dans un contexte de pénurie qui pourrait donner aux infirmières d'agence privée l'avantage en termes de conditions de travail notamment sur les horaires, la rémunération, le choix de la clientèle et la charge de travail. Mais, d'autre part, il est également possible que le fait d'être constamment placée en situation de travail inconnu, sans formation préalable suffisante joue un rôle négatif en ce qui concerne les impacts sur la SST. De plus, un autre facteur crée une situation particulière pour les infirmières d'agence, il s'agit du flou existant en ce qui a trait au double niveau de gestion et aux responsabilités des employeurs : dans certains cas, elles relèvent de la direction de l'agence, dans d'autres, du CLSC.

Ce projet de recherche explore donc une problématique qui n'a jamais été abordée. Il s'intéresse aux conditions de travail et de SST du personnel infirmier de deux agences qui font affaire avec un CLSC déjà étudié dans le projet portant sur l'importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices de travail des AFS et des infirmières (Cloutier et al., 2005). De cette façon, la problématique sera abordée de manière systémique en tenant compte des effets combinés des diverses composantes du réseau sur les conditions de travail et la SST des infirmières d'agence.

1. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Cette étude s'intéresse aux conditions de travail et de SST du personnel infirmier de deux agences qui font affaire avec un CLSC déjà étudié (Cloutier et coll., 2005). Les éléments qui peuvent avoir un impact, direct ou indirect, sur la santé et la sécurité des infirmières d'agence privée de soins à domicile sont encore peu documentés. Afin de mieux circonscrire la problématique, nous présentons dans un premier temps les principaux résultats obtenus dans le cadre du projet sur l'importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices de travail des AFS et des infirmières (Cloutier et coll., 2005). Cette recherche a permis d'identifier plusieurs facteurs organisationnels participant à la préservation de la santé des infirmières qui, dans le cas d'infirmières provenant d'agences privées de placement peuvent être mis en échec.

La distinction majeure entre les infirmières employées par les CLSC et les employées d'agence privée est leur statut d'emploi. En effet, le travail obtenu par l'intermédiaire d'une agence de travail temporaire est une des multiples formes de travail atypique. Comme on sait que cette caractéristique est un élément-clé de la santé et de la sécurité du travail, nous avons centré, par la suite, la recension sur les principaux écrits récents en la matière. Par la suite, nous abordons plus particulièrement la problématique SST des agences de location de personnel et des infirmières oeuvrant dans ces agences

1.1 L'importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des infirmières de SAD

Les résultats de cette recherche (Cloutier, et coll., 2005) indiquent que le niveau de risque de problèmes de SST des infirmières de SAD 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 : le taux de fréquence s'élève à 51 % dans un des SAD à l'étude. Les infirmières sont principalement victimes de troubles de santé psychologique reliés au travail.

L'analyse fine de l'activité de travail des infirmières a révélé 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 surtout axées sur la diminution de la charge de travail à court et long terme. Sans ces stratégies, le portrait de SST serait encore plus lourd.

Cette recherche montre également l'importance de la connaissance du cas, favorisée ou non par l'organisation du travail, comme un élément important pour assurer la SST des travailleuses de soins à domicile. Par contre, cette connaissance du cas est nécessaire mais insuffisante pour préserver la santé des infirmières de SAD. 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. Ainsi, plusieurs facteurs

organisationnels favorables à la prévention des lésions ont été identifiés tels que 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; une gestion prudente du personnel de différents statuts d'emploi; l'accès à de la formation ainsi qu'à de l'information sur différentes problématiques et enfin, l'existence de réunions professionnelles et multidisciplinaires. On comprend tout de suite que certains facteurs organisationnels protecteurs sont mis en échec dans le cas de personnel oeuvrant temporairement dans des établissements-clients comme dans les cas des infirmières d'agence privée de soins.

Cette recherche ainsi que la première étude exploratoire sur le recours aux agences privées (David et coll., 2004) montre aussi l'effet désorganisateur qu'ont sur les CLSC leurs relations avec les agences, en termes de circulation de l'information, suivi des patients, gestion des cas et surcharge des infirmières régulières et des responsables de cas. En effet, le personnel régulier doit souvent prendre à sa charge tout le travail de planification, de coordination et de suivi des soins qui n'est pas pris en charge par le personnel occasionnel ce qui augmente d'autant leur charge de travail.

Le recours aux agences de soins infirmiers par les CLSC date du milieu des années 90 et a été précipité par le virage ambulatoire, conjugué à la pénurie d'infirmières. Le développement de nouvelles formes d'emploi ou d'emplois atypiques, tel que le travail pour une agence de location de main-d'œuvre, n'est pas propre au secteur de la santé mais concerne plusieurs secteurs d'activité. Ce phénomène est en croissance depuis les vingt-cinq dernières années comme le montrent les résultats de plusieurs enquêtes.

1.2 L'importance des nouvelles formes d'emplois

Selon les données provenant de *l'Enquête sur la population active* de Statistique Canada, la proportion des emplois atypiques¹ dans l'emploi total au Québec est passée de 16,7 % en 1976 à 29,3 % en 1995. Elle a oscillé entre 37,1 % et 35,5 % de 1997 à 2003. Avec l'accentuation de l'importance du secteur des services et l'application de nouvelles structures organisationnelles dans les entreprises, la croissance la plus forte apparaît dans les formes d'emploi atypiques : le cumul d'emplois (253,7 %), les emplois à temps partiel (198,4 %) et les emplois autonomes (109,2 %) (Institut de la statistique du Québec, 2005).

En Amérique du Nord, 5 % des travailleurs ont un emploi temporaire («contingent work»), 7 % sont des travailleurs autonomes, 2 % travaillent sur appel, 1 % travaillent pour des agences de placement intérimaire et 0,5 % travaillent pour des entreprises de services en sous-traitance qui les envoient chez leurs clients (U.S. Department of Labor, 1999; Statistique Canada, 1998). Les enquêtes européennes montrent des tendances semblables (Merllié et Paoli, 2001).

¹ Le travail atypique est une forme d'emploi dite « non traditionnelle » parce qu'elle déroge au modèle classique de travail salarié issu de la révolution industrielle et consacré plus tard par les lois du travail, à savoir une relation de travail subordonnée de durée indéterminée pour le compte d'un même employeur et dans son entreprise (Bernier et coll., 2003).

En 2003 au Québec, 87,92 % des travailleurs de 15 à 64 ans étaient salariés et 12,6% étaient des travailleurs autonomes. Parmi les emplois autonomes, la composante ayant le plus progressé est celle des travailleurs à leur compte (+ 143,5), ce qui représente un accroissement deux fois plus élevé que chez les travailleurs autonomes qui sont des employeurs (+ 67,9) (Données sociales du Québec, Édition 2005). Au cours de cette même années au Canada, 14,4 % étaient des travailleurs autonomes.

Au Canada, le nombre de personnes ayant déclaré travailler à temps partiel par choix atteignait deux millions en 1999. Elles représentaient 14% de l'emploi total et 73 % de l'emploi à temps partiel (27 % des employés à temps partiel préféreraient donc un emploi à temps plein). Ces travailleurs étaient plus souvent des jeunes de 15 à 24 ans (40 %) ou des femmes de 25 à 54 ans (40 %) (Marshall, 2000).

Au Québec, chez les 15-24 ans, le travail à temps partiel, est avant tout involontaire (37,2 %) et ce, davantage chez les hommes (49,1 %). Chez les plus âgés, de 55 à 64 ans, l'emploi à temps partiel est majoritairement un choix (64,8 %). Pour une partie des travailleurs à temps partiel non désiré, la situation origine d'une intervention de l'employeur, c'est-à-dire une réduction d'heures pour abaisser les coûts de production, le manque de travail, une diminution des commandes ou le réoutillage. En fait, depuis 2001, on déclare plus souvent l'intervention de l'employeur comme motif pour expliquer le fait d'occuper un emploi à temps partiel non désiré (Données sociales du Québec, Édition 2005).

Bien que l'on puisse observer des variations quant à la prédominance de l'une ou l'autre de ces formes d'emploi non traditionnelle, tout indique que le phénomène est là pour durer. Le rapport Bernier et coll. (2003) a révélé un certain nombre de conséquences de ce phénomène. Si ces nouvelles formes d'emploi comportent des avantages pour les entreprises, notamment pour ce qui est d'une flexibilité plus grande dans l'utilisation et la gestion de la main-d'œuvre, elles engendrent des effets sociaux moins désirables. Bernier et coll. (2003) précisent « *qu'il devient souvent difficile de déterminer si les détenteurs de ces emplois atypiques auront accès ou non aux régimes de protection. La multiplication de ces emplois entraîne également des disparités de traitement, parfois importante entre des personnes exécutant des tâches similaires dans la même entreprise* ». Cela signifie qu'un travailleur sur cinq ou six ne bénéficie pas des filets de protection sociale prévus pour les employés «réguliers»; il doit s'arranger pour se les procurer par ses propres moyens.

La notion de précarité est souvent utilisée dans les écrits de langue française par des économistes et des sociologues lors de leurs analyses globales de ces formes particulières d'emploi, de leur articulation aux politiques publiques et d'entreprises (Michon et Germe, 1979; Germe, 1981) ainsi que de leurs effets (Barbier, 2002; Barbier et Lindley, 2002). Elles ont en commun leur écart à la double norme estimée désirable du contrat de travail à durée indéterminée et du travail à temps plein. Elles se caractérisent donc par le fait que leur statut découle d'un contrat à durée déterminée (ou de l'absence de contrat). D'autre part, la durée du travail qui en découle est plus souvent autre que la semaine de cinq jours à horaire de jour continu. Elle s'en démarque tant sur le plan de l'amplitude que de la continuité.

Sans entrer dans les débats sur la polysémie du terme (Germe, 1981; Maruani et Reynauld, 1993; Barbier, 2002), la notion de précarité servira dans les pages qui suivent à qualifier les formes

particulières d'emploi atypiques qu'on retrouve dans les établissements du réseau de la santé en rapport avec les services de soins à domicile. Donc les emplois autres que ceux dits « réguliers », c'est-à-dire régis par des contrats à durée illimitée qui assurent un travail à temps plein ou à temps partiel dans certains cas. Il s'agit des emplois d'infirmières qui travaillent pour des agences privées de soins et également de ceux des infirmières qui sont à l'emploi de CLSC, dites « occasionnelles » car elles n'ont pas de poste et ne travaillent que sur appel.

Il est donc légitime de se demander si le statut d'emploi de ces travailleurs contribue à fragiliser également leur santé et leur sécurité au travail.

1.3 Les nouvelles formes d'emploi et la SST

Michael Quinlan, Claire Mayhew et Philip Bohle répondent en partie à la question dans un article synthèse qui fait date (Quinlan et coll., 2001). Après avoir examiné la méthodologie et les résultats de près d'une centaine d'études publiées depuis 1984 au sujet des effets de la précarité d'emploi sur la santé et la sécurité dans les sociétés industrialisées, ils concluent que ces effets sont de plus en plus nombreux et évidents. L'article pointe également les secteurs nécessitant davantage de recherche pour consolider l'évidence ou éclairer certaines situations peu documentées. Pour sélectionner les études pertinentes, ils ont retenu celles considérant comme précaires les catégories d'emploi suivantes : a) les pigistes, travailleurs d'agences de placement et d'entreprises sous-traitantes (29 études sur 93 ²); b) les travailleurs de micro-entreprises et les autonomes (n=14); c) l'insécurité d'emploi reliée aux changements organisationnels majeurs comme les restructurations, réductions d'effectifs et privatisations (n=41); d) les contrats temporaires et le travail sur appel (n=24); e) le travail à temps partiel (n=7), bien que les auteurs se questionnent sur la précarité réelle du travail à temps partiel quand celui-ci est choisi. Des 93 articles, monographies et chapitres de livres passés en revue, 76 indiquent que la précarité d'emploi est associée à une détérioration de la santé et de la sécurité au travail, qu'il s'agisse de taux de lésions, de risques de maladie, d'exposition aux risques, ou de la connaissance qu'ont les travailleurs et les gestionnaires des responsabilités de chacun en matière de prévention ou d'encadrement légal. Plus de 90 % des 25 études portant sur la sous-traitance et de celles portant sur la restructuration des effectifs montrent que la précarité a des effets négatifs sur la santé. L'association est particulièrement forte pour les travailleurs temporaires, dans 14 des 24 études traitant de ce sujet. Les résultats sont moins évidents en ce qui concerne la petite entreprise, faute d'un nombre suffisant d'études pour pouvoir tirer actuellement des conclusions solides. Toutefois, la tendance vers l'augmentation des conditions de travail pénibles dans ce secteur également est indéniable. Quant au travail à temps partiel, seules quelques études montrent l'existence d'effets négatifs de la précarité sur la santé, encore que l'association soit peu claire et que certaines études démontrent même l'effet inverse.

Suite au travail minutieux de Quinlan et de ses collègues, nous pouvons maintenant affirmer que les indices de santé-sécurité des principales catégories d'emplois précaires - excepté pour le travail à temps partiel où les conclusions sont moins évidentes - montrent une détérioration claire et mesurable. *«L'introduction, la présence, ou la croissance de l'emploi précaire mène généralement à un travail davantage sous pression et désorganisé, auquel les régimes de*

² Certaines études portent sur plusieurs catégories d'emploi précaire, ce qui explique le total de 115 pour 93 études passées en revue

*réglementation, de normalisation et de compensation existants sont mal préparés. En dépit des termes «systèmes de gestion» et «standards de performance», omniprésents dans les écrits officiels des cercles gouvernementaux, industriels ou commerciaux d'envergure, la réalité est une croissance substantielle et soutenue des situations de travail désorganisées...» (Quinlan et al., idem, traduction libre). En fait, selon les auteurs, dans ces grandes entreprises privées et agences gouvernementales qui ont largement recours à la sous-traitance et au travail temporaire, comme dans celles où les effectifs amaigris «post-restructuration» sont démoralisés, les nombreux documents faisant référence à un système soi-disant cohérent et planifié seraient en décalage profond avec une organisation du travail réelle déficiente. Quant à l'armée grandissante des petites entreprises sous-traitantes et des travailleurs autonomes, pour eux, les conditions de travail désorganisées, accompagnées d'un manque de reconnaissance des besoins en matière de SST, constituent la norme. Les recherches inventoriées par Quinlan et collègues démontrent que la croissance de l'emploi précaire a réduit, directement et indirectement, l'espace de participation des travailleurs dans les décisions de gestion à propos des conditions de travail. Rappelons que la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* fait de la mise en place de mécanismes collectifs de participation des travailleurs l'un des moyens d'élimination à la source des dangers en matière de santé et de sécurité du travail. La participation possible des travailleurs en situation de travail non traditionnelle est souvent compromise du fait même de leur présence irrégulière dans un établissement (Bernier et coll., 2003).*

Enfin, Quinlan et coll. (2001) disent qu'il est nécessaire de poursuivre les recherches pour démontrer de façon encore plus fouillée les effets des formes d'emploi dites atypiques ou non traditionnelles et des politiques libérales sur la santé et la sécurité au travail. Ils soulignent également l'importance d'explorer davantage les implications législatives et réglementaires de la croissance des emplois précaires. Enfin, ils proposent une réflexion épistémologique et méthodologique sur les manières qui pourraient aider à mieux conceptualiser et opérationnaliser les liens entre emploi précaire et santé au travail.

De son côté, en 2001, le groupe de recherche Travail et Santé de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail a mené une étude sur l'évolution récente des relations contractuelles d'emploi (Goudswaard et al., 2002). La recherche, basée sur une revue de littérature, un questionnaire et des séminaires d'experts, visait à mieux connaître les implications de ces changements pour la santé et la sécurité. Les auteurs avancent que la forme d'emploi influence les conditions de travail qui à leur tour ont un impact sur la santé et la sécurité des travailleurs. Le concept de conditions de travail est considéré ici sous deux aspects : les conditions de travail proprement dites qui décrivent les conditions matérielles et pratiques particulières à un environnement de travail et les conditions d'emploi qui relèvent des règles contractuelles et des types de statuts selon lesquels les gens sont engagés, formés et payés. En se basant sur cette distinction conceptuelle, deux «scénarios» peuvent être identifiés : 1) le transfert des risques SST dans le champ des conditions de travail et 2) la segmentation des risques dans le champ des conditions d'emploi. Dans le premier scénario, baptisé «précarité extensive», l'exposition au risque est exportée vers des contractuels, des sous-traitants ou des travailleurs d'agence de main-d'œuvre qui réalisent les tâches les plus dangereuses, les plus sales ou les plus monotones dans des conditions ergonomiques relativement déficientes. Dans le second scénario, appelé «précarité intensive», dans une même entreprise, sans qu'il y ait de différence objective dans les conditions de travail et la nature des tâches, un fossé se développe entre employés permanents et temporaires (ou à temps partiel et à temps plein), en termes de sécurité d'emploi, d'accès à la

formation et au perfectionnement, de rémunération, de choix d'horaires et de perspective de carrière; les travailleurs temporaires sont assignés aux horaires les plus défavorables, ont peu de perspective d'avancement et sont moins bien payés.

Des recherches réalisées en Australie (Mayhew et coll., 1997), en Europe (Benavides et Benach, 1999; Derriennic, 1998) et au Québec (Malenfant et coll., 1999) ont aussi démontré que la précarité d'emploi affectait la santé des travailleurs qui y étaient soumis, surtout quand cette précarité n'était pas choisie. Plusieurs arguments soutiennent cette thèse. Ils sont passés en revue dans les paragraphes qui suivent.

D'abord, les enquêtes sur les conditions de travail montrent une dégradation généralisée des conditions de travail, dont certaines (les horaires notamment) ont un impact connu sur la santé. Analysant les résultats de l'Enquête européenne sur les conditions de travail, Thébaud-Mony fait remarquer que les travailleurs occasionnels sont plus fréquemment exposés aux postures douloureuses et fatigantes, au bruit intense et aux gestes répétitifs. (Thébaud-Mony, 2001). On sait aussi que les entreprises ont tendance à sous-traiter leurs travaux les plus dangereux, comme l'indiquent par exemple les études françaises sur les travailleurs intermittents dans l'industrie nucléaire (Doniol-Shaw et coll., 1995). Le lien de responsabilité entre le donneur d'ouvrage et le travailleur se dilue au fil de la cascade des sous-traitances. L'impartition des lésions est faussée. Le donneur d'ouvrage sous-traite non seulement l'intensification du travail et les risques subséquents, mais il en délègue également la gestion de la compensation et il n'a pas à se soucier de leur prévention. Il arrive fréquemment que les travailleurs subissent des pressions les incitant à ne pas rapporter leurs lésions professionnelles à l'organisme chargé de les indemniser. Au Manitoba, par exemple, le problème semble être suffisamment important pour que le législateur ait cru bon de tenter de le corriger via un règlement. Ce dernier fait d'ailleurs partie d'une importante section de la Loi consacrée spécifiquement aux travailleurs occasionnels et il stipule que «...il est interdit aux employeurs ou à leurs délégués de tenter de convaincre ou d'inciter les travailleurs, de quelque façon que ce soit, notamment par des menaces ou des promesses, à ne pas présenter une demande d'indemnisation aux termes de la présente partie». Le terme «promesse» fait ici allusion aux bonis que reçoivent, dans certains secteurs, les travailleurs des entreprises sous-traitantes qui terminent l'année sans avoir rapporté d'accident du travail; ce phénomène a été observé au Québec chez certains «brokers» qui sous-traitent la collecte des déchets (Bourdouxhe et coll., 1992).

On note aussi que les conditions d'insertion déficientes des travailleurs temporaires dans l'entreprise ne leur permettent pas d'élaborer des modes opératoires qui les aideraient à préserver leur santé et leur sécurité. La prévention exige de bien connaître le travail à faire, le lieu de travail et ses risques, le personnel et les équipements, toutes choses que les temporaires n'ont pas le temps d'apprendre (Rebitzer, 1998).

Le contrat de travail prend de plus en plus la forme d'une prestation de service, d'une relation de fournisseur à client, dans laquelle «disparaît tout espace de négociation entre celui qui prescrit le travail et ceux qui l'exécutent, concernant les conditions de travail, le temps de travail, l'hygiène et la sécurité» (Thébaud-Mony, 2001). Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que l'aggravation des conditions de travail révélée par les enquêtes s'accompagne d'une baisse paradoxale du nombre de lésions professionnelles *déclarées* dans les statistiques officielles. Le paradoxe n'est qu'apparent et il peut s'expliquer, en partie du moins, par l'expansion du recours

à la sous-traitance, qui noie les risques compensables visibles. En outre, les travailleurs contractuels temporaires doivent constamment se trouver du travail et ils n'ont donc pas intérêt ni à s'arrêter pour se soigner, ni à se plaindre trop bruyamment et trop souvent. La sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles par les travailleurs précaires est un phénomène important, qui est maintenant bien documenté (Lippel, 2001; Quinlan et Mayhew, 1999).

1.4 Les agences privées de soins infirmiers (APSI) et la SST

Le travail par l'intermédiaire d'une agence de placement temporaire diffère du travail typique non seulement en raison de sa durée, mais aussi par la nature du contrat. De fait, la relation de travail met en jeu trois parties : l'entreprise utilisatrice, le travailleur et l'agence de placement. À la différence des autres situations de travail, les prérogatives de l'employeur ne se retrouvent pas toutes entre les mains de l'entreprise utilisatrice. En effet, l'entreprise qui a besoin d'un travailleur délègue ses fonctions de recrutement, de sélection et d'administration de la paie à une autre, l'agence. Elle conserve cependant les responsabilités qui sont inhérentes à l'exécution et au contrôle des tâches. Cette relation tripartite cause, selon le régime applicable, quelques problèmes juridiques lorsqu'il y a lieu de déterminer celui qui doit être considéré comme l'employeur du salarié, notamment dans le domaine de la SST (Bernier et coll., 2003).

En ce sens, le rapport du comité chargé d'étudier l'impact des nouvelles formes d'emplois sur l'application de la *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles* (Bich et coll., 1997) de la CSST précisait qu'en regard de la responsabilité de la sécurité des lieux de travail « *l'entreprise-cliente et l'entreprise-fournisseur peuvent là-dessus être tentées de se renvoyer la balle. La première allèguera que les travailleurs qui oeuvrent dans son établissement ne sont pas les siens et qu'elle n'a donc pas la responsabilité à leur endroit ; la seconde rétorquera que l'établissement n'est pas sous son contrôle et qu'elle ne peut imposer à l'entreprise-cliente les modifications qui, le cas échéant, rendraient les lieux ou l'équipement de travail plus sécuritaire* ». Pour solutionner ce problème, le Comité recommandait que la L.A.T.M.P. soit modifiée de façon à y inclure une présomption réfragable³ de lien d'emploi entre l'employeur faisant appel à un travailleur par le mécanisme de location de personnel et ce travailleur.

Le recours aux agences de soins infirmiers par les CLSC date du milieu des années 90 et a été précipité par le virage ambulatoire, conjugué à la pénurie d'infirmières. On connaît encore très peu de chose sur la problématique SST dans les agences privées de soins infirmiers.

Le premier volet de la programmation de recherche portant sur les soins à domicile de l'IRSSST explorait les modalités de recours aux agences privées de soins par les services de soutien à domicile des CLSC (David et coll., 2004). D'après les résultats de cette étude exploratoire, les agences ayant participé à la recherche rapportaient peu ou pas d'accidents du travail. Selon les questionnaires d'agence, l'absentéisme était principalement attribuable à des causes courantes de maladies ou à des grossesses. Elles souscrivaient toutes à la CSST et certaines faisaient partie de mutuelles de prévention. Toutes rapportaient un taux de roulement du personnel très important.

³ Ce mot semble inventé par le comité et se veut la contrepartie de « irréfragable » qui signifie « qui ne peut être contredit ». On fait référence ici à une « présomption simple » c'est-à-dire une présomption qui pourrait être renversée par la partie adverse au moyen d'arguments démontrant le contraire.

De ce portrait se dégagent aussi des tendances fortes, en termes de variabilité des clientèles, entre autres. Ainsi a-t-on vu que tous les CLSC n'avaient pas recours aux agences pour les mêmes raisons, ni pour les mêmes types d'usagers, ni sur le même mode, ni pour le même volume de soins, ni avec la même intensité ou le même degré d'urgence. Il n'y a pas lieu de croire, par exemple, que les agences privées s'occupent uniquement des cas lourds, ou l'inverse. Tout dépend en fait du CLSC : certains font appel aux agences pour les cas lourds, d'autres pour les cas urgents, d'autres pour les remplacements d'absence, d'autres pour éponger tout ce qui «déborde» des capacités du personnel en place, ou pour toutes ces raisons à la fois. On a vu en outre que ces modalités varient énormément dans le temps puisque les agences constituent en fait une réserve flexible de recrutement temporaire qui fluctue au gré de l'élargissement de la demande et de la compression des budgets dans les CLSC. Cette variabilité des clientèles accroît le degré d'imprévisibilité de la charge de travail des infirmières d'agence, facteur qui peut influencer leur capacité à faire face au risque en s'aidant de leur expérience antérieure et avoir des impacts possibles sur leur santé et leur sécurité sans qu'ils se traduisent nécessairement dans les indicateurs de lésions professionnelles indemnisées.

Nous connaissons également très peu de chose sur la prise en charge de la SST dans les APSI. Les travaux portant sur les petites entreprises manufacturières peuvent nous fournir quelques clés (Champoux et Brun, 1999). Ces travaux ont mis en évidence que la prise en charge de la SST relève souvent directement des patrons des entreprises qui sont la plupart du temps surchargés de travail et isolés. Bien qu'ils déclarent majoritairement ne pas avoir de problèmes à gérer la SST dans leur entreprise, ils évoquent leur difficulté à identifier les problèmes aussi bien que des solutions, de même que le peu de temps disponible pour faire de la prévention. Les lacunes en termes de prise en charge pourraient aussi être associées à des facteurs tels le manque d'incitation économique pour les PE à faire de la prévention; les caractéristiques de la gestion qui font que les coûts associés aux lacunes organisationnelles et aux problèmes de sécurité ne sont pas perçus; la sensibilisation réduite compte tenu du faible nombre d'accidents et enfin la difficulté à identifier des solutions accessibles pour ces entreprises aux ressources limitées.

Or les agences privées de soins infirmiers font face à des contraintes supplémentaires puisque contrairement aux petites entreprises manufacturières, elles n'ont pas de contrôle direct sur une partie de l'environnement de travail de leurs employées et ont peu de contact régulier avec ces dernières : le travail des infirmières est « invisible » aux yeux des gestionnaires d'agence.

1.5 Les infirmières d'agence privée et la SST

Le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre qualifiée dans le secteur de la santé pose la problématique SST des infirmières d'agence privée dans une perspective bien particulière : nous pouvons faire l'hypothèse que pour le moment – et pour une période susceptible de durer - elles ont la possibilité de choisir leur précarité et, par conséquent, le pouvoir de négocier le meilleur des deux mondes : avantages et liberté du travail autonome sans les contraintes et conditions de travail exigeantes, comme les horaires par exemple. Cela les rapproche davantage des conditions de travail de certains métiers à haut degré de qualification dont les compétences sont très en demande actuellement, des professions pour lesquelles le marché est apparemment libre et où les professionnels recherchés deviennent en quelque sorte entrepreneurs: professeurs d'université enseignant des disciplines de pointe utiles à l'entreprise privée, ingénieurs en aéronautique,

informaticiens, travailleurs des multimédia et de manière plus générale ce que D.G. Tremblay appelle les «carrières nomades» (Tremblay, 2003).

Les agences de placement d'infirmières développent alors toutes sortes de stratégies pour les attirer et les garder, comme en témoignent les annonces de recrutement qu'elles placent dans les journaux spécialisés : toutes les annonces mettent de l'avant les «horaires flexibles»; certaines parlent de «conciliation avec la vie personnelle», de «formation continue», de «salaire compétitif plus primes, avantages sociaux et régime de retraite collectif» (OIIQ, 2003). Les infirmières, quant à elles, peuvent utiliser diverses stratégies (travail en institution, puis en agence, puis à nouveau en institution) selon la phase de leur carrière et dans l'arrimage travail/famille. Il peut exister alors des situations apparemment paradoxales où les conditions objectives de travail et de SST dans les agences sont pires (aux yeux des chercheurs) que dans les institutions, mais que les infirmières acceptent pour conserver leur liberté de choix.

Selon Arvidsson (1997), l'emploi temporaire (intermittent, occasionnel) n'influence pas seulement l'individu dans sa relation à son emploi actuel, il a aussi des conséquences à plus long terme comme les possibilités de développer ses compétences, de relever de nouveaux défis et de faire du travail diversifié. Il y a donc des côtés positifs qui sont valorisés dans le marché actuel de l'emploi où le savoir et l'autonomie sont préconisés. Des anthropologues ont étudié les attitudes des travailleurs autonomes et occasionnels suédois et britanniques (Garsten et Turtinen, 1999, cité aussi dans Bergstrom, 2001). Ils ont trouvé que le concept de flexibilité jouait un rôle primordial dans la construction de l'identité de ces travailleurs. Être flexible implique d'être prêt à s'adapter aux besoins et aux attentes du client, d'être fiable et disponible, d'être quelqu'un sur qui on est sûr de pouvoir compter en toute circonstance. Cette disponibilité inconditionnelle risque de peser lourd sur la santé et la sécurité des travailleurs autonomes, mais c'est le prix qu'ils sont prêts à payer pour bénéficier des avantages que procure la flexibilité d'emploi, selon les auteurs. Au nombre de ces avantages, ils citent la possibilité de se bâtir une vie de travail qui dépasse les limites structurelles traditionnelles, la possibilité d'essayer de nouvelles façons de travailler et d'avoir un style de vie personnelle plus flexible également. Être travailleur autonome, ce serait en quelque sorte choisir de vivre une restructuration permanente de sa vie quotidienne.

Certaines caractéristiques du travail des infirmières d'agence privée s'apparentent aux conditions du télétravail. Dans un article récent, Montreuil et Lippel (2003) exposent les résultats d'une étude dans laquelle elles ont étudié la problématique de santé-sécurité des télétravailleurs à domicile. En se basant sur une recension d'écrits, une revue des recherches empiriques connues et les résultats de six études de cas réalisées dans des entreprises canadiennes, les auteures présentent leurs résultats dans une perspective interdisciplinaire qui tient compte des aspects sociaux, ergonomiques et réglementaires de cette problématique. Les résultats indiquent que les télétravailleurs perçoivent leur situation de travail comme ayant un impact globalement positif sur leur santé, en dépit de problèmes reliés à l'organisation des lieux, aux horaires et à l'isolement.

On ne peut cependant pas transférer intégralement les résultats de cette étude au cas des infirmières d'agence, car si elles vivent les mêmes contraintes que les télétravailleurs à domicile en ce qui concerne les horaires et l'isolement, leur situation s'en différencie – outre le lien d'emploi - par une caractéristique qui influence radicalement leurs conditions de santé et de

sécurité : contrairement aux télétravailleurs à domicile, les infirmières ne connaissent pas leur environnement de travail et n'en ont pas le contrôle. En plus d'être différent pour chaque visite, en particulier quand l'infirmière d'agence assure des remplacements chez des patients nouveaux pour elle, le domicile des patients présente généralement de sérieux défis en termes d'organisation spatiale, d'environnement psycho-social et d'équipement, si on le compare aux conditions d'exercice de la pratique infirmière classique en milieu hospitalier ou en institution (Teiger, 1987; Zarubavel, 1979).

En ce sens, des travaux portant sur les infirmières à statut précaire dans les CLSC montrent l'impact de cette variabilité des clientèles combiné à une moins bonne connaissance des cas, non seulement sur la santé des infirmières occasionnelles mais sur l'ensemble du collectif infirmier. Une recherche s'appuyant sur l'analyse en profondeur de quatre services de soins à domicile de CLSC (Cloutier et coll., 2005) montre que les infirmières occasionnelles ont plus de risques de problèmes de SST que les personnels réguliers de service de SAD. En effet, là où la proportion de personnels précaires est plus élevée, il y a tendance à ce que les taux de fréquence de lésions professionnelles et de problèmes de santé liés au travail pour l'ensemble des personnels à l'emploi de ces services soient plus élevés. Tout se passe comme si ces personnels n'avaient pas la possibilité d'utiliser, autant que les personnels réguliers, des stratégies protectrices. Cette étude met particulièrement en évidence le rôle de certains facteurs organisationnels dans le processus qui rendent les personnels précaires plus à risque. Enfin, à la suite des constats de Quinlan et coll. (2001) et de Rebitzer (1998), cette recherche a mis en évidence la réduction de l'espace de participation, entraîné par le statut précaire, qui empêche la mise en place de différents processus de prévention quant à la SST. Ces résultats laissent soupçonner les difficultés auxquelles les infirmières d'agence peuvent être exposées.

Parallèlement, le travail temporaire ou intermittent qui est le lot de nombreuses infirmières d'agence semble avoir d'importantes conséquences, pas toujours bénéfiques, sur la qualité de vie hors travail, car il influence de nombreux aspects de la vie privée, comme la situation économique du ménage, les relations conjugales et sociales. Barley et Kunda (1998), par exemple, montrent que les travailleurs autonomes américains font face à une foule de problèmes que les salariés permanents n'ont pas à régler : comment trouver des contrats de façon régulière, comment tenir à jour ses connaissances et compétences, comment obtenir une assurance –santé et un fonds de retraite. Chez ces personnes, l'insécurité compterait pour une bonne part dans les mécanismes complexes qui relient la santé au statut d'emploi.

En conclusion, malgré plusieurs études qui démontrent, chiffres à l'appui, l'impact généralement négatif de la précarité du lien d'emploi sur la santé et la sécurité au travail, les mécanismes en jeu ne sont pas tous connus. Ils sont d'autant plus difficiles à cerner qu'ils interagissent entre eux, souvent de façon contradictoire ou convergente, auxquels s'ajoutent les facteurs de risque plus immédiatement présents dans les milieux de travail lui-même.

Finalement, selon Goudswaard et coll. (2002), le passage de l'organisation du travail traditionnelle à l'entreprise flexible (i.e. : ayant un noyau de main-d'œuvre fonctionnel variable, combiné à l'utilisation des sous-traitants et du travail temporaire) devrait révolutionner la recherche en SST. À la suite de ces changements profonds, à leur avis, la recherche devrait cesser de se concentrer sur l'entreprise ou sur les rapports entre employeur et employés et considérer plutôt toutes les relations d'emploi et les procédés de travail comme des constellations

composées de plusieurs parties inter-reliées: chaînes d'entreprises, de sous-traitants, de fournisseurs d'employés ayant différents types de contrats, de travailleurs autonomes indépendants et de clients.

C'est ce que nous avons tenté de réaliser en nous intéressant aux conditions d'emploi, de travail et de SST du personnel infirmier de deux agences qui font affaire avec un CLSC déjà étudié dans le projet terminé récemment portant sur l'importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices de travail des AFS et des infirmières (Cloutier et coll., 2005). De cette façon, la problématique sera abordée de manière systémique en tenant compte des effets combinés des diverses composantes du réseau sur les conditions de travail et la SST des infirmières d'agence. Il sera entre autres possible de voir en quoi les modalités d'accueil, d'orientation et de transfert des cas des donneurs d'ouvrage (CLSC) vers les agences peuvent favoriser la SST des infirmières d'agence ou leur nuire.

2. MÉTHODOLOGIE

Cette recherche exploratoire s'appuie sur une méthodologie d'études de cas multiples enchâssées (Yin, 1994). Sept unités d'analyse ont été retenues : le marché du travail infirmier au Québec; la main-d'œuvre infirmière à l'emploi des agences (APSI) sélectionnées; les lésions professionnelles des infirmières d'agence; l'organisation et les conditions d'emploi dans les APSI et de travail chez les donneurs d'ouvrage (DO); l'organisation du travail et de l'emploi entre les APSI et les DO et le partage des responsabilités; la gestion interne de la SST dans les APSI et l'activité réelle de travail des infirmières d'agence. Ces unités d'analyse ont été documentées par diverses méthodes de collecte de données : analyses statistiques, analyse documentaire, entretiens et observation de l'activité de travail. Chaque unité d'analyse comprend un ensemble de variables qui lui sont propres et qui viennent éclairer d'un point de vue particulier les données sur les variables d'une autre unité d'analyse.

2.1 L'échantillonnage

Plusieurs facteurs ont contribué à une augmentation du nombre d'agences privées en soins infirmiers (virage ambulatoire, vieillissement de la population, départs massifs à la retraite d'infirmières, contexte de pénurie de main-d'œuvre). Un marché de forte demande caractérise le contexte dans lequel œuvrent les infirmières d'agence.

Dans cette étude, nous avons documenté un univers restreint à l'intérieur de ce marché du travail. Cet univers restreint a été défini à partir d'un CLSC-pivot qui recourt aux APSI et dont le service de SAD a fait l'objet d'observation et d'analyse dans le cadre du projet « Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies de travail protectrices des risques chez les auxiliaires familiales et sociales et les infirmières des services de soins et de maintien à domicile » (Cloutier et coll., 2005). Ce choix a permis, d'une part, d'utiliser les résultats portant sur le recours aux agences privées et les mécanismes d'accueil et d'orientation du personnel d'agence documenté dans ce CLSC lors de la première étude. D'autre part, les gestionnaires du CLSC-pivot ont aidé l'équipe de recherche à entrer en contact avec les agences privées, un univers difficile à cerner et à pénétrer. Une informatrice-clé, directrice et propriétaire d'une APSI nous a informé qu'il y a déjà eu une agence qui regroupait l'ensemble des agences de personnel de soins. Cependant, ce regroupement n'existe plus. Il n'y a donc pas de liste nominale des agences existantes.

Deux agences avec lesquelles le CLSC-pivot préfère faire affaire ont été sélectionnées en suivant les conseils des gestionnaires de ce CLSC. Ces agences sont en activité depuis au moins quatre ans ce qui permet de retenir des entreprises ayant un fonctionnement et un réseau d'affaire plus stable que des agences nouvellement créées.

Les deux APSI participantes font affaire avec divers CLSC mais l'agence 2 fait également affaire avec d'autres établissements du réseau de la santé. Cela permet de rendre compte de la diversité des modalités d'accueil, d'orientation et de transfert des cas, ainsi que des stratégies développées par les infirmières selon certaines caractéristiques variables des milieux de travail.

Cinq infirmières par agence ont été sollicitées pour participer à cette recherche. Toutes les infirmières à l'emploi des deux agences ont été invitées par lettre à collaborer à l'étude. De plus,

les propriétaires ont personnellement contacté certaines infirmières pour les inviter formellement à participer à cette recherche. Finalement, cinq infirmières de l'agence 1 et trois infirmières de l'agence 2 ont accepté. Le tableau 2.1 présente leurs caractéristiques en termes d'âge et d'expérience de même que leur type de participation au projet.

Tableau 2.1 : Caractéristiques des infirmières participantes

Infirmière	Agence	Âge (ans)	Expérience comme infirmière (ans)	Expérience en agences (mois)	Participation au projet
Infirmière 1	1	52	30	18	Entrevue Observation
Infirmière 2	1	51	11	13	Entrevue Observation
Infirmière 3	2	45	8	72 dont 36 à l'agence 2	Entrevue Observation Restitution
Infirmière 4	1	51	30	60	Entrevue Observation Restitution
Infirmière 5	1	40	15	3	Entrevue Observation Restitution
Infirmière 6	1	36	10	36	Entrevue Observation
Infirmière 7	2	63	40	72 dont 36 à l'agence 2	Entrevue Observation
Infirmière 8	2	48	11	36	Entrevue

2.2 Les unités d'analyse et les méthodes de collecte de données

Sept unités d'analyse sont considérées dans ce projet. Pour chacune d'entre elles, plusieurs variables ont été documentées à partir de différentes sources et méthodes de collecte de données telles que présentées au tableau 2.2. Nous présentons chacune d'entre elles dans ce qui suit.

2.2.1 *Marché du travail infirmier au Québec et marché des agences*

Le marché du travail infirmier au Québec a été caractérisé à partir de données statistiques publiques (Stat Can, Office des infirmières et infirmiers du Québec) par deux économistes. Le contexte de pénurie de main-d'œuvre infirmière a également été documenté en s'appuyant sur les données colligées dans le rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière publié en 2001 par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Ce portrait permet dans un premier temps de fournir des informations sur les effectifs infirmiers à l'emploi des agences privées de même que sur les caractéristiques de cette main-d'œuvre tout en tenant compte d'un portrait plus global dans l'ensemble du réseau de la santé. Des indicateurs d'emploi, les types de statut et d'emploi ont été considérés de même que des portraits régionaux.

Tableau 2.2 : Description des unités d'analyse, des variables et des sources de données

Unités d'analyse	Variables	Sources de données
1- Marché du travail infirmier au Québec et le marché des agences	Indicateurs d'emploi qui tiendra compte notamment de la région, types de statut et d'emploi	Données statistiques publiques brutes ou déjà traitées (Stat Can, Inst. Stat du Q., MSSS, OIIQ, FIIQ, CIDREQ)
2- Portrait de SST	Différents taux de lésions professionnelles parmi le personnel infirmier au Québec, recherche de données sur l'assignation temporaire	Données statistiques publiques brutes ou déjà traitées (CSST, IRSST, Stat Can)
3- Main-d'œuvre infirmière à l'emploi des agences sélectionnées (APSI)	Nombre, âge, sexe, expérience, dans la profession, ancienneté, niveau de qualification, rotation du personnel, scolarité, durée d'emploi, nombre d'employeurs différents, expertise particulière	Données institutionnelles internes aux APSI et entrevues
4- Organisation du travail, conditions d'emploi dans les APSI	Stratégie d'affaire et plan de développement des APSI, plage horaires, types de cas, circulation de l'information, possibilités de choix (horaire, établissement, clientèle, etc.), soutien organisationnel et professionnel, recrutement et formation du personnel infirmier d'agence (PIA)	Entrevues auprès des gestionnaires des APSI Données institutionnelles internes aux APSI
5 - Organisation du travail et de l'emploi entre les APSI et les CLSC donneurs d'ouvrage (DO) et partage des responsabilités	Historique du recours aux APSI par le DO, % de leur volume de service, processus d'accueil et orientation du PIA, type d'entente entre les parties, processus de réception et de traitement des demandes, fonctionnement des communications, types de cas et responsabilités confiés aux infirmières d'agence, charges de travail, responsabilités des gestionnaires d'APSI et des DO à l'égard des infirmières d'agence	Entrevues auprès des gestionnaires des APSI et de DO Données institutionnelles internes aux APSI et au DO
6- Gestion interne de la SST dans les APSI	Caractéristiques de la gestion SST des APSI (comparée à celles des CLSC connus par le projet SAD2, #097-083) :	Entrevues auprès des gestionnaires des APSI et de l'échantillon de PIA

	<p>Tenue d'un registre d'accident et d'assignation temporaire, formulaire de déclaration d'accidents et d'incidents, cheminement et traitement des déclarations et responsabilité à l'égard des accidents et incidents déclarés (réparation, réadaptation, prévention)</p> <p>Registre d'absences compensées par l'assurance salaire</p> <p>Gestion interne ou recours à une firme ou mutuelle externe</p> <p>Rapports avec l'ASTSASS</p>	Données institutionnelles internes aux APSI
7. Parcours professionnels	Histoire professionnelles des infirmières d'APSI	Entrevues et questionnaires
8- Activité réelle de travail du PIA (comparée à celles du PI des SAD connus par le projet SAD2)	Parcours professionnels, raisons du travail en APSI, choix d'horaires de travail, degré de diversité de leur pratique (types de cas) et des DO, évaluation des rapports avec les DO et les APSI, difficultés rencontrées lors des soins, en particulier en SAD,	<p>Observation ergonomique de quelques infirmières en activité réelle de travail</p> <p>Entrevues auprès l'échantillon de PIA</p> <p>Données institutionnelles internes aux APSI (ex. : feuilles de temps du PIA)</p>
9. Parcours de santé et SST	Parcours de santé, absences pour raison de SST et assignations temporaires	Entrevues, questionnaire

Des démarches ont également été entreprises auprès du registraire des entreprises du Québec afin d'avoir une idée du nombre d'agences privées de soins infirmiers implantées au Québec. Le fichier du Registraire des entreprises du Québec (Gouvernement du Québec, 2005) a été consulté pour dénombrer les agences privées de soins infirmiers. La commande suivante a été déposée au CIDREQ : liste de toutes les entreprises privées de soins infirmiers (codes d'activité économique 8662 et 8631) créées avant ou en 2004, encore immatriculées en 2005⁴, «personnes morales» sous forme juridique de «compagnies», actives sur le territoire du Québec. Un tri sur le nombre de salariés et la date de formation des entreprises a été demandé. Une liste de 126 entreprises a ainsi été fournie par le CIDREQ.

La liste a ensuite été analysée manuellement pour en éliminer les entreprises sans employé (travailleurs autonomes; n=45), celles dont le descriptif révélait qu'il ne s'agissait pas de soins infirmiers (n=34) tels les soins esthétiques, la distribution d'équipement de santé, les services de garde d'enfants ou de personnes âgées, les services de gestion informatisée des soins de santé, les cliniques médicales, les centres de recherche, etc. Enfin les entreprises créées en 2005 ont également été éliminées (n=3). À la fin il reste donc 44 entreprises.

2.2.2 Portrait de la SST du personnel infirmier d'agence

L'incidence et la gravité des lésions professionnelles du personnel infirmier d'agence ont été documentées à l'aide des données de lésions professionnelles issues de la CSST ainsi que des données de main-d'œuvre recensées par l'Office des infirmières et infirmiers du Québec pour les quatre dernières années. Ces données ont été comparées avec le taux de lésions professionnelles des infirmières travaillant dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Les indicateurs considérés sont le taux d'incidence⁵ et les durées moyennes d'absence⁶. Il n'a pas été possible de considérer le taux de fréquence des lésions professionnelles, un indicateur de risque plus fiable, puisque aucune information n'existe sur le nombre d'heures travaillées par les infirmières d'agence privée de soins.

De plus, des descriptions des caractéristiques des lésions professionnelles des infirmières d'agence ont également été analysées et comparées à celles des infirmières du réseau. Des données sur une période de cinq ans ont été considérées. Pour la description des types de lésion, les descripteurs suivants sont considérés : le genre d'accident, la nature de la lésion, l'agent causal de la lésion et le siège de la lésion.

Les lésions professionnelles ne présentant qu'une partie du portrait de SST des infirmières comme l'a montré une autre étude dans le secteur (Cloutier et col., 2005), l'équipe de recherche a tenté de trouver d'autres sources de données pouvant renseigner sur l'ampleur de l'assignation temporaire chez les infirmières d'agence privée ou sur les problèmes de santé compensés par d'autres caisses d'assurance. Aucune banque de données n'a été trouvée.

⁴ Le fichier ne retient pas d'historique de la situation des années antérieures à l'année courante

⁵ Le taux d'incidence correspond au nombre de lésions professionnelles divisé par le nombre d'infirmières exposées au cours d'une période donnée.

⁶ La durée moyenne d'absence correspond au nombre de journée d'absence pour cause de lésions professionnelles divisé par le nombre de lésions professionnelles compensées au cours d'une période donnée.

2.2.3 Main-d'œuvre infirmière à l'emploi des deux agences sélectionnées

Des données de main-d'œuvre des deux agences privées sélectionnées ont été demandées afin de dresser un portrait du profil de la main-d'œuvre infirmière en fonction de l'âge, du sexe, de l'expérience dans la profession, de l'ancienneté ainsi que du niveau de qualification. Nous voulions également avoir une idée des heures travaillées ainsi que du roulement du personnel sur les deux dernières années.

Les demandes répétées auprès des gestionnaires propriétaires des agences se sont avérées peu fructueuses. En effet, nous n'avons obtenu aucune information à l'agence 1, à part une évaluation approximative qui nous a été donnée en entrevue. À l'agence 2, des données nous ont été fournies sur les heures travaillées dont l'analyse s'est avérée instructive.

2.2.4 Organisation du travail et conditions d'emploi dans les agences

L'organisation du travail au sein des agences et les conditions d'emploi ont été documentées à partir d'analyse de données institutionnelles internes et d'entrevues auprès des gestionnaires des APSI ainsi que des répartiteurs. Le protocole des entrevues est présenté aux annexes 2.1 et 2.2; celles-ci portaient sur les thèmes suivants :

- Stratégies d'affaires et plan de développement;
- Stratégies de recrutement du personnel infirmier;
- Avantages sociaux offerts aux infirmières;
- Nombre et type d'établissements desservis;
- Types de clientèles desservies;
- Type d'entente avec les établissements;
- Processus de réception et de traitement des demandes;
- Plage horaire couverte;
- Processus de circulation de l'information entre les gestionnaires et les infirmières;
- Type de soutien organisationnel et professionnel offert;
- Marge de manœuvre offerte aux infirmières dans la planification de leur horaire.

Ces entrevues ont entre autres permis de caractériser les conditions de travail et d'emploi du personnel infirmier d'agence, notamment les horaires et les marges de manœuvre dans la planification de leur travail.

Dans le questionnaire auto-administré, des questions ont été posées aux infirmières sur leurs expériences de travail antérieures comme infirmière mais aussi dans d'autres métiers. Vingt-huit infirmières ont répondu à ces questions. Le questionnaire est présenté à l'annexe 2.3.

2.2.5 Organisation du travail et de l'emploi entre les agences et les donneurs d'ouvrage (DO) et partage des responsabilités

L'organisation du travail et de l'emploi pour chacune des deux agences sélectionnées et les DO a été documentée à partir d'une analyse des données d'entreprise et des entrevues individuelles auprès des gestionnaires propriétaires d'agence. Ces aspects faisaient partie du protocole d'entrevue présenté à l'annexe 2.1. Les thèmes suivants y ont été abordés :

- Processus d'acheminement et de réception des demandes ;
- Processus d'accueil et d'orientation des infirmières d'agence ;
- Types d'entente contractuelle ;
- Types de cas confiés aux agences ;
- Processus de communication avec les gestionnaires des agences ;
- Mécanisme de gestion et de traitement des plaintes ;
- Responsabilité des gestionnaires d'APSI et des DO à l'égard des infirmières.

Ces entrevues ont permis, entre autres, de caractériser les modalités d'accueil, d'orientation et de transferts des cas par les donneurs d'ouvrage.

2.2.6 Gestion interne de la SST dans les agences et portrait de la SST des deux agences

La gestion interne de la SST est documentée à partir d'une analyse des données d'entreprise et d'entrevues individuelles auprès des gestionnaires des APSI. Nous avons demandé l'accès aux registres de lésions professionnelles, d'assignations temporaires et d'absences pour problèmes de santé compensées par l'assurance-salaire ainsi qu'aux registres d'incidents. Aucune des deux agences ne tient ce genre de registres. Les deux gestionnaires propriétaires nous ont présenté un portrait de la SST dans leur entreprise en cours d'entrevue (voir grille d'entrevue à l'annexe 2.1).

Lors de cette entrevue les thèmes suivants étaient abordés :

- Structuration de la gestion de la SST;
- Formation et information en prévention offertes au personnel infirmier d'agence;
- Responsabilités à l'égard des accidents et des incidents déclarés;
- Recours ou non à une mutuelle pour la gestion des dossiers de déclaration d'accident;
- Relations avec l'association pour la santé et la sécurité du travail – secteur affaires sociales (ASSTSAS);
- Principaux problèmes de SST rencontrés dans leur entreprise.

Des informations sur les politiques et procédures en matière de SST, les mécanismes de déclaration des accidents et des absences ont également été demandés.

Ces informations ont été complétées par les entrevues individuelles réalisées avec les infirmières. Cette grille d'entrevue figure à l'annexe 2.4.

Enfin, le questionnaire auto-administré (annexe 2.3) a été distribué à l'ensemble des infirmières des deux agences participantes, lesquelles le renvoyaient aux chercheurs sous enveloppe anonyme. Cette étape s'est déroulée au cours de la période de juin à août 2004. Il n'a pas été possible de calculer un taux de réponse précis puisque nous n'avons pas pu obtenir de données de main-d'œuvre. Cependant nous pouvons l'estimer à partir des données d'entrevue dans le cas de l'agence 1 et à partir des données relativement peu précises obtenues de l'agence 2. Ces taux de réponse se situeraient autour de 56 % pour l'agence 1 et de 50 % pour l'agence 2 si on prend comme dénominateur le nombre d'infirmières travaillant plus de 150 heures en 2003 (ceci représente 10 % du temps de travail au cours d'une année).

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). À 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;
- 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.

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.

2.2.7 Parcours professionnel des infirmières d'agence

Les entrevues individuelles réalisées auprès des infirmières contenaient une section sur le parcours professionnel des infirmières travaillant maintenant en APSI (annexe 2.4). Huit infirmières ont été interrogées. Les principaux thèmes abordés sur cette question sont :

- Parcours professionnel;
- Raisons qui sous-tendent le choix de travailler en agence;
- Avantages et inconvénients du travail en agence.

2.2.8 Activité de travail du personnel infirmier

L'activité de travail du personnel infirmier d'agence privée a été documentée à partir d'analyse documentaire, d'entrevues individuelles et d'observations en situation réelle de travail.

Afin de documenter la charge de travail et la planification de l'horaire de travail des infirmières, les feuilles de temps sur une durée de six mois des infirmières ayant accepté de participer à l'étude ont été demandées. Les données temporelles brutes disponibles sur les horaires réels étaient les feuilles de temps de cinq infirmières de l'agence 1 sur six mois et l'agenda de travail d'une infirmière de l'agence 2 sur six mois également. À partir de ces données brutes, 12 variables ont été codées :

- Âge;
- Nombre d'années d'expérience en agences privées;
- Charge : nombre total d'heures travaillées par jour (calculé ensuite par semaine);
- Amplitude de la journée de travail : nombre d'heures écoulées entre le début et la fin de la journée de travail;
- Quart de travail : jour, soir, nuit;
- Jour de la semaine (indique le travail de fin de semaine);
- En cas d'horaire brisé : nombre d'heures écoulées entre les tranches horaires travaillées dans la journée;
- Travail en temps supplémentaire (>8h/j, 40h/sem), rémunéré ou non;
- Nombre d'établissements différents visités dans la même journée (et la même semaine ?);
- Nombre de programmes (services) différents dans la même journée;
- Nombre de jours travaillés consécutifs;
- Nombre de jours de congé consécutifs.

Les variations quotidiennes, hebdomadaires, mensuelles et saisonnières des horaires, des services et des clientèles ont été mesurées. Dans ce cas de mesures répétées pour les journées et les semaines, l'analyse multi-niveaux a été employée pour mesurer la variabilité des horaires et des situations de travail (Marchand et al., 2003). Les analyses ont été faites à l'aide du logiciel

MlwiN sur les variables mentionnées par Alain Marchand du département de relations industrielles de l'université de Montréal.

Cette analyse permet de déterminer le nombre d'heures de travail par semaine et par jour, la diversité des établissements desservis et les plages horaires couvertes. Cette analyse a été enrichie par une entrevue avec le personnel infirmier afin de rendre compte de la manière dont se construit leur feuille de route et de dégager les marges de manœuvre dont il dispose.

Lors des entrevues individuelles réalisées auprès des huit infirmières (annexe 2.4), les thèmes suivants, centrés sur l'activité de travail, ont été abordés:

- Marge de manœuvre dans la planification de leur horaire de travail;
- Spécialisation ou diversification de la pratique et les établissements desservis;
- Qualité de l'accueil et de l'orientation dans les établissements donneurs d'ouvrage;
- Difficultés rencontrées à domicile et lors des soins.

Le contenu enregistré des huit entrevues réalisées auprès des infirmières participantes a été transcrit sous forme de verbatim. Une grille de codification a ensuite été élaborée afin de réaliser l'analyse de ces verbatim à l'aide du logiciel Atlas, par thèmes et sous-thèmes.

Afin de mieux comprendre l'activité de travail, des observations en situation réelle ont été réalisées. Six infirmières ont accepté et sept journées et demie d'observation ont été réalisées : deux en SAD, deux en urgence, une aux soins courants, une au programme enfance / famille, une aux prélèvements (avant-midi) et en vaccination (après-midi) et une demie à Info-santé. Une autre séance d'observation plus informelle s'est déroulée en santé sexuelle pour la vaccination dans des bars. Chaque infirmière retenue a été observée tout au long d'une journée de travail complète. Une chronique de quart des principales opérations et des communications échangées avec les DO et les usagers à domicile a été enregistrée puis codifiée et analysée à l'aide du logiciel Observer. Les outils d'observation, de codification et d'analyse développés dans le cadre du projet « Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies de travail protectrices des risques chez les auxiliaires familiales et sociales et les infirmières des services de soins et de maintien à domicile » (Cloutier et coll., 2005) ont été utilisés pour fins de comparaison avec les données recueillies sur l'activité de travail des infirmières de CLSC. Les mêmes types de données sur l'activité de travail des infirmières d'APSI ont aussi été codifiées et analysées afin de documenter l'activité de travail réalisée au sein de différents programmes de soins. Ces deux grilles d'observation sont présentées à l'annexe 2.5. alors que les critères de codification, pour les journées travaillées au sein d'autres programmes que le SAD, sont présentés à l'annexe 2.6.

Enfin, des séances de restitution auprès des infirmières participantes ont été réalisées afin de valider les résultats des analyses préliminaires et les hypothèses d'interprétation; trois entrevues individuelles de ce type ont été réalisées. Les huit infirmières participantes ont été contactées : seules trois d'entre elles ont accepté; trois n'étaient plus à l'emploi de l'agence 1 et deux ont décliné notre invitation. 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). Le canevas d'entrevue est présenté à l'annexe 2.7.

2.2.9 Santé des infirmières d'agence

Les entrevues individuelles réalisées auprès des huit infirmières contenaient également une section sur la santé et la sécurité des infirmières qui travaillent maintenant en APSI de même que sur leur état de santé tout au long de leur parcours professionnel (annexe 2.4). Les principaux thèmes abordés sur cette question sont :

- Conditions de santé et de sécurité en portant une attention particulière aux mécanismes de régulation individuelle qui peuvent être utilisés, outre les absences ou les demandes de compensation à la CSST (ex. : refuser de travailler pour quelques jours pour récupérer).

Les questionnaires auto-administrés dont il a précédemment été question s'intéressaient également à cette question.

2.2.10 Comparaison du travail des infirmières d'agence et de SAD du CLSC

Des comparaisons entre le travail des infirmières d'agence et de celui des infirmières de SAD de CLSC ont été effectuées. Ceci a été possible car le même protocole d'observation du travail a été utilisé (Cloutier et coll., 2005). Ces comparaisons permettent d'identifier en quoi le travail de ces deux groupes d'infirmières se ressemble et en quoi il diverge également. De plus, les portraits de SST documentés sont également comparés. Ces analyses permettent également de montrer en quoi le travail des unes influence le travail des autres.

2.2.11 Journal de bord

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 agences, 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. Ces données sont très utiles pour bien documenter la difficulté de pénétrer ces types de milieux de travail caractérisés par la très grande flexibilité.

2.2.12 Approche par convergence

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 portée et la force des résultats. L'avantage principal est de faire converger de multiples sources de 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.

2.2.13 Comités de suivi et scientifique

Ce projet, qui fait partie d'une programmation intégrée sur les conditions de SST du personnel des soins à domicile, a été suivi par le comité consultatif déjà formé pour un autre projet récent sur les soins à domicile (Cloutier et coll, 2005). Ce comité est constitué de représentants du milieu (ASSTSAS, FIIQ, OIIQ, CSN, Ministère de la santé et des services sociaux, association de santé et de services sociaux appelée anciennement régie régionale, directrice de SAD, Association des AFS). Un représentant supplémentaire d'agence privée s'est joint à ce comité. Le comité consultatif s'est réuni à deux reprises : une première fois en début de réalisation du projet et une seconde à la fin. Ce comité permet de donner une portée aux résultats de cette recherche et de bien tenir compte du contexte dans lequel ce projet s'insère.

D'autre part, un comité d'experts scientifiques a également été constitué pour conseiller les chercheurs tout au long du déroulement des projets intégrés sur les soins à domicile. Ce comité composé de trois experts, spécialistes de la gestion et de la santé, s'est déjà réuni une première fois en mars 2003; il a été question principalement de l'approche méthodologique. Une autre rencontre s'est tenue en novembre 2003 où il a été question du projet. La dernière réunion s'est déroulée en juin 2005, elle a principalement porté sur l'intégration de l'ensemble des résultats des différents projets réalisés sur les soins à domicile.

2.3 Portée et limites

Rappelons que ce projet est descriptif puisque très peu d'information existent présentement sur les conditions de travail, d'emploi et de SST des infirmières d'agence. Il fournit donc un premier tableau de cette réalité au Québec à la suite d'une première étude exploratoire fondée uniquement sur des entrevues auprès d'informateurs clé (David et coll, 2004).

L'étude économique réalisée dans le cadre de ce projet fournit un portrait global de la situation du marché du travail des infirmières au Québec. Elle présente des données percutantes sur la pénurie de main-d'œuvre actuelle et future. Nous avons essayé d'obtenir des données sur le nombre d'agences privées de soins infirmiers. Il est difficile d'obtenir ce type de données à partir du registraire des entreprises du Québec car comme nous l'avons constaté, les agences privées de soins s'enregistrent sous différents codes qui sont parfois difficiles à associer à la mission de l'organisation.

Rappelons qu'étant donné que nous avons travaillé avec deux organisations qui faisaient affaire avec un CLSC, il y a de fortes raisons de croire que ces deux agences sont relativement bien structurées et organisées et fournissent des soins de qualité puisque les CLSC continuent de faire appel à eux. Nous ne savons pas comment les autres agences existantes fonctionnent.

L'information qui est ressortie de l'étude de terrain dans deux agences privées est très riche puisque nous tenons compte de plusieurs niveaux d'analyse simultanément. Cependant, la prudence est de rigueur et interdit toute généralisation hâtive des résultats à cause des particularités des milieux ayant accepté de participer au projet. Le comité consultatif qui suit cette recherche tout au long de son déroulement permet cependant d'atténuer cette limite en situant ce portrait par rapport à ce que les membres connaissent de la réalité de travail du secteur.

Certaines particularités des milieux étudiés ainsi que des conditions de travail présentent des difficultés méthodologiques qu'il est important de prendre en compte. La première concerne la difficulté d'obtenir la collaboration des agences et de leur personnel. Pour les agences, les réticences se situent principalement au niveau de leur volonté de ne pas divulguer des informations critiques qui pourraient être utiles à leurs concurrents et ainsi nuire à leur position concurrentielle dans le marché. Le personnel étant relativement instable, il est ardu de les impliquer dans un projet de recherche et même de ne pas perdre leur trace à cause du taux de roulement. La seconde a trait à la difficulté d'obtenir des données de SST. En effet, à cause de la logique de très grande flexibilité qui prévaut dans ce genre d'organisation, la SST est principalement prise en charge par le personnel même si la responsabilité officielle est dévolue à l'employeur. Or, le personnel ne déclare pas fréquemment ses problèmes de SST; il a plutôt tendance à réguler en utilisant sa disponibilité selon l'état de fatigue et de santé. Cette étude montre que même si les registres des entreprises sont vierges à ce sujet, plusieurs événements sont survenus. Ainsi d'autres indicateurs de la SST du personnel doivent être utilisés. Le questionnaire sur la santé musculo-squelettique et la santé psychologique en est un. Il semble que le taux de réponse se situe autour de 50 %, ce qui est important dans un contexte d'une main-d'œuvre mobile.

Bien qu'il soit possible d'avoir une estimation du nombre d'infirmières qui travaillent pour des APSI au Québec, il a été difficile d'obtenir des données de main-d'œuvre dans les agences étudiées. Ceci empêche l'estimation fiable du niveau de risque.

Nous avons eu accès à un matériel très riche en ce qui concerne les horaires de travail. Six infirmières ont fourni leur agenda sur une période de six mois. La période couverte se situe de mars à août 2004 inclusivement. Cette période de temps est intéressante puisqu'elle couvre l'été, une période de forte demande pour les infirmières d'agence, mais nous ne savons pas si elle est représentative de l'année.

Enfin nous voulons souligner à nouveau la difficulté de faire de la recherche auprès d'une main-d'œuvre mobile et d'entreprise favorisant la flexibilité maximum. Nous considérons que notre étude est particulièrement intéressante à ce sujet car l'équipe de recherche a réussi à pénétrer ces milieux et à obtenir des informations riches et diversifiées.

3. CONTEXTE DU TRAVAIL INFIRMIER AU QUÉBEC

Ce chapitre présente quelques caractéristiques macroscopiques qui fixent le cadre de la pratique infirmière au Québec. Celles-ci influencent les conditions de travail et d'emploi qui affectent la SST du personnel infirmier d'agence de soins. Ainsi, dans un premier temps, nous dressons un portrait de l'offre et de la demande de main-d'oeuvre pour bien situer l'ampleur de la pénurie existante et à venir. Par la suite, l'importance d'une caractéristique démographique qu'est l'âge est analysée. Ensuite, nous présentons des données récentes sur le nombre d'agences privées de soins existantes. Enfin, nous tentons de situer le niveau de risque des infirmières d'agence, ainsi que les types de lésion professionnelle compensée par la CSST dont elles sont les victimes, comparativement à celui de l'ensemble des infirmières du réseau.

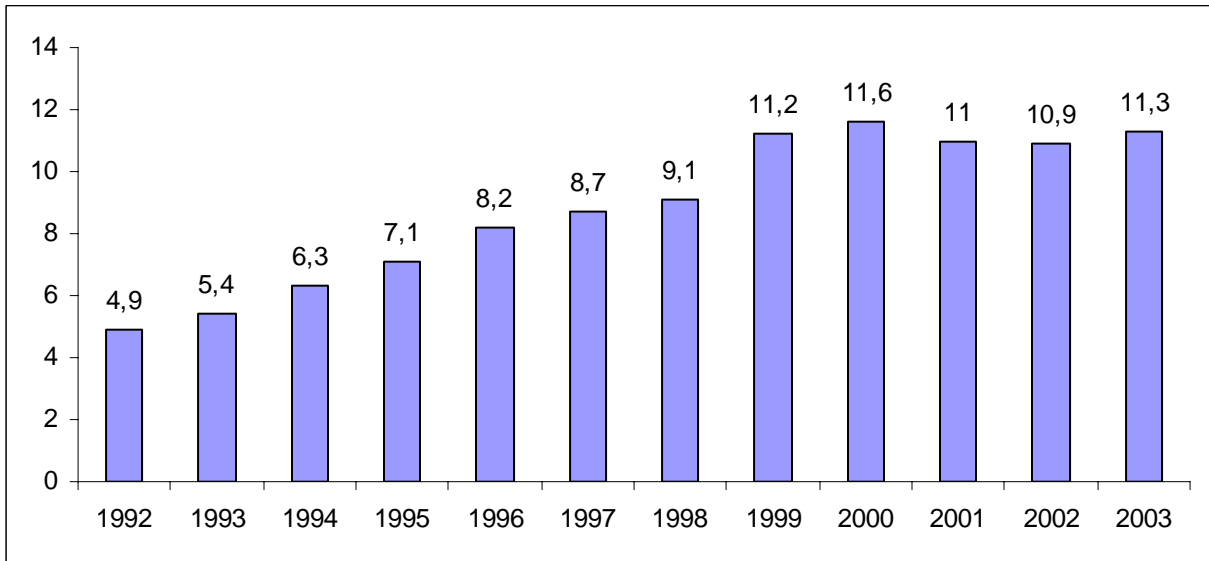
3.1 Marché de la main-d'oeuvre infirmière au Québec

Les informations qui suivent proviennent d'une étude originale réalisée par les économistes Jean Charest et Faïcal Zellama en 2004 pour cette recherche (le rapport figure à l'Annexe 3.1). Elles permettent de mieux comprendre le contexte dans lequel les infirmières sont appelées à travailler.

Au 31 mars 2003, l'offre des effectifs infirmiers était de 65 317 ce qui correspond à un taux d'emploi de 97 % (plein emploi). Depuis 1999, le nombre des infirmières qui exercent la profession dans un emploi à temps partiel occasionnel est en diminution. Parallèlement, le nombre d'infirmières occupant un emploi à temps complet régulier a augmenté durant la même période. Pour l'ensemble des infirmières en emploi, la part des emplois réguliers à temps partiel n'a pas beaucoup changé malgré les transformations qu'a connues le réseau de la santé au Québec. L'emploi régulier à temps partiel est peut-être le statut le plus populaire dans les rangs des infirmières qui optent pour compléter leurs études et/ou pour concilier les exigences de la profession et les besoins personnels. Au sujet de l'évolution de la formation en cours, plus de 20% des infirmières poursuivent des études, ce qui explique la croissance continue du nombre des infirmières ayant le niveau du baccalauréat et de 2^e ou 3^e cycle.

Au 31 mars 2003, 87 % des infirmières pratiquaient dans le réseau public contre 10% dans le secteur privé et le reste se répartissait à peu près à parts égales entre le secteur de l'éducation et les autres secteurs (ministères, écoles, etc.). En comparant le nombre des infirmières du privé à celui du public, on constate une augmentation constante de la pratique au privé par rapport à la pratique dans le secteur public (figure 3.1). C'est un ratio qui a augmenté constamment durant près d'une décennie pour atteindre son « pic » en 2000. Il a marqué une légère baisse durant les années 2001 et 2002 pour connaître une hausse en 2003 et donc être au total assez stable sur une période de cinq ans. Quant à l'augmentation marquante de ce ratio à partir de 1998 et qui s'est accélérée durant les années 1999 et 2000, on peut l'expliquer, entre autres, par les départs à la retraite et les départs volontaires des infirmières du secteur public en 1997 lesquels ont eu un double effet sur ce ratio. D'une part, le nombre total d'infirmières dans le secteur public a baissé. D'autre part, il est fort possible qu'une partie des infirmières bénéficiaires du programme de 1997 (notamment, celles qui ont bénéficié d'une prime compensatoire en contrepartie de leurs départs volontaires) pratiquent dans le secteur privé.

Figure 3-1 : Ratio des infirmières du secteur privé sur 100 infirmières du public au 31 mars, 1992 à 2003



Source des données : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, octobre 2003 et rapports antérieurs.

La main-d'œuvre infirmière se répartit de la façon suivante entre les principaux employeurs du secteur privé au 31 mars 2003 : 28,8 % travaillaient dans des entreprises privées variées, 23,8 % dans des résidences, centres d'accueil ou de réadaptation privés. Près de 20 % des infirmières travaillaient dans des agences privées de soins et de services de santé, en croissance depuis 1999, alors que 17,8 % des infirmières du secteur privé y travaillaient.

En comparant l'offre projetée à la demande, les économistes concluent qu'il faut anticiper une pénurie de 21 400 infirmières en 2017-2018. L'offre projetée pour les quinze prochaines années devrait connaître trois phases de croissance (tableau 3.1). Une première, quinquennale, caractérisée par une croissance continue en termes d'effectifs jusqu'à atteindre le maximum de cette phase. La deuxième, quinquennale, est une phase de « maturité » ou de constance de la tendance. Enfin, un déclin durant toute la troisième, quinquennale également, pour retrouver le point de départ, c'est-à-dire l'offre des effectifs infirmiers de 2002-03. Quant à la demande projetée, elle croîtra régulièrement au cours des quinze prochaines années. La résultante entre l'offre et la demande rendra la pénurie évolutive. Elle atteindra le nombre de 21 400 infirmières qui manqueront à la fin de l'année 2017-18. Le portrait de la pénurie varie d'une région à l'autre : certaines régions qui présentent déjà une proportion importante d'infirmières en exercice de 55 ans et plus (Montréal et Québec) connaissent déjà une pénurie importante alors que d'autres régions ne seront pas touchées.

Tableau 3.1 : Évolution annuelle de la pénurie d'infirmières

Année	Effectif projeté	Effectif requis	Pénurie d'infirmières	Pénurie d'infirmières en % des effectifs requis
2002-03	62375	64513	2138	3,31%
2003-04	62991	65507	2516	3,84%
2004-05	63581	66516	2935	4,41%
2005-06	64065	67541	3476	5,15%
2006-07	64373	68581	4208	6,13%
2007-08	64509	69824	5315	7,61%
2008-09	64557	71089	6532	9,19%
2009-10	64534	72377	7843	10,84%
2010-11	64476	73689	9213	12,50%
2011-12	64056	75024	10968	14,62%
2012-13	63666	76454	12788	16,73%
2013-14	63306	77911	14605	18,74%
2014-15	63006	79396	16390	20,64%
2015-16	62812	80909	18097	22,37%
2016-17	62685	82451	19766	23,97%
2017-18	62622	84022	21400	25,47%

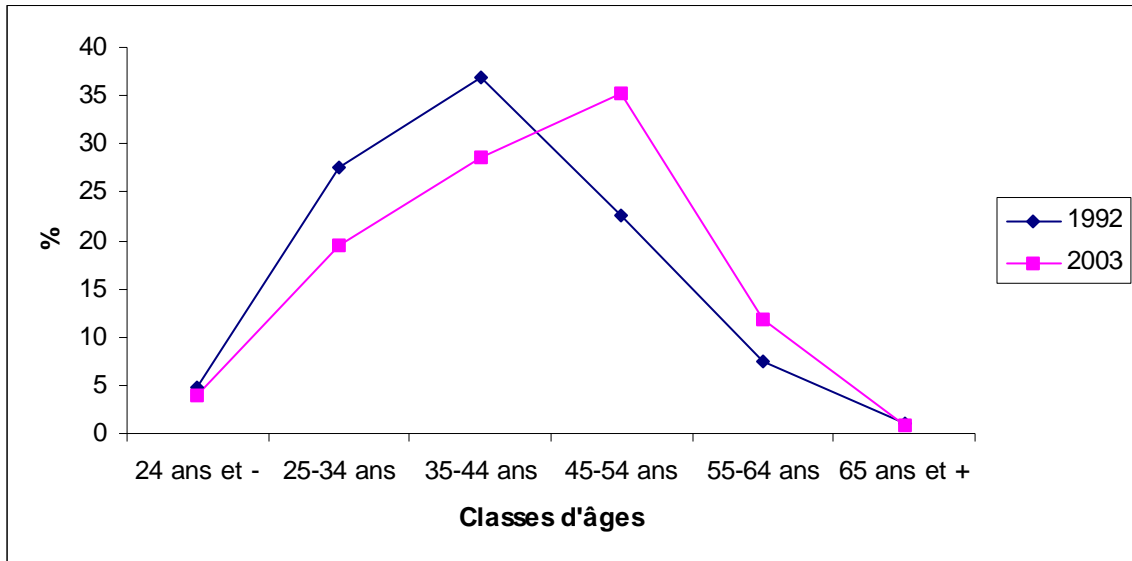
Source : MSSS, Suzanne Jean, août 2003.

3.2 Caractéristique démographique de la main-d'œuvre infirmière

Une des caractéristiques les plus importantes de l'offre disponible de la main-d'œuvre infirmière est sa structure démographique. On constate le vieillissement de la population infirmière (figure 3.2). En effet, les 45 ans et plus représentaient 31 % en 1992, 39 % en 1999, 44 % en 2001 et 48 % en 2003. Ce vieillissement provient surtout d'une diminution des moins de 24 ans de 11,42 % entre 1999 et 2003. En d'autres termes, alors que moins du tiers des infirmières en emploi avaient plus de 45 ans en 1992, actuellement près de la moitié de la main-d'œuvre infirmière a plus de 45 ans. C'est une réalité au niveau de la structure démographique des infirmières qui s'observait depuis des années par une diminution en nombre et en pourcentage des infirmières dans les classes d'âge de moins de 45 ans, alors qu'elles ont augmenté pour les classes d'âge de plus de 45 ans et particulièrement chez celles âgées de plus de 55 ans.

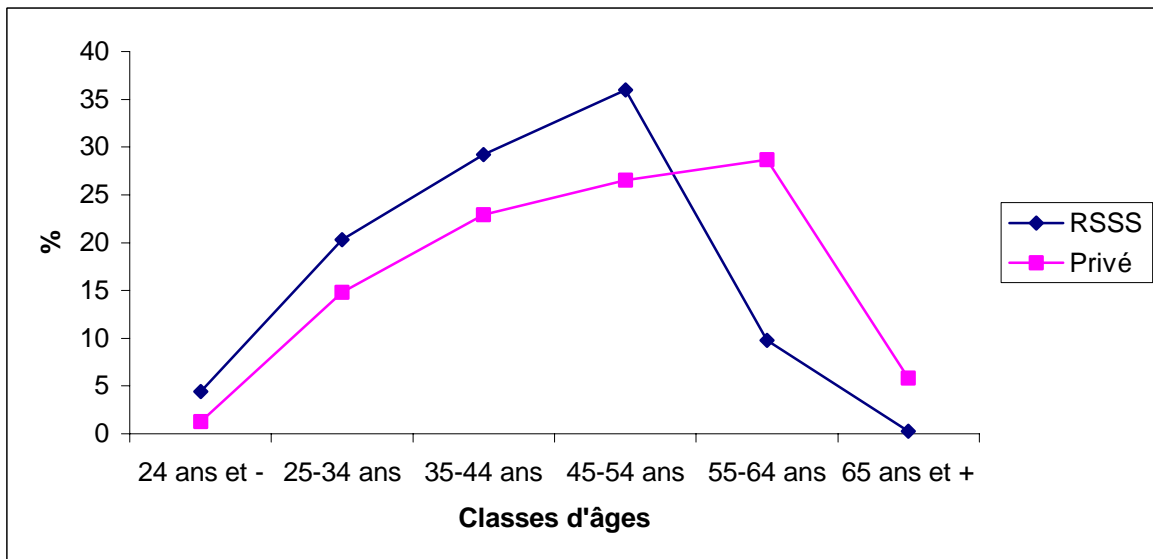
Malgré le départ à la retraite d'environ 4 200 infirmières à l'occasion du programme de départ volontaire de juillet 1997, on n'a pas observé de rajeunissement des effectifs infirmiers en emploi au Québec. Au contraire, la proportion des plus jeunes a diminué depuis 1992. L'augmentation des besoins en soins de santé porte à penser que la situation de l'offre de main-d'œuvre infirmière sera difficilement gérable et que la pénurie sera durable.

Figure 3-2 : Évolution de la structure d'âge des infirmières en exercice au Québec en 1992 et 2003



L'analyse des données montre également que 35 % des infirmières qui pratiquent dans le privé ont 55 ans et plus alors que ce groupe d'âge ne représente que 10 % parmi celles qui pratiquent dans le secteur public (figure 3.3). Il y a donc moins d'infirmières jeunes (âgées de moins de 35 ans, 16,1 %) dans le privé que dans le public (24,7 %).

Figure 3-3 : Évolution de la structure d'âges des infirmières en exercice au Québec dans le réseau de la santé et des infirmières du privé en 2003



3.3 Agences privées de soins

La liste des agences privées de soins infirmiers recensée et épurée contient 44 entreprises qui se répartissent comme suit :

Tableau 3.2 : Nombre d'agences privées de soins infirmiers (codes d'activité économique 8662 et 8631) inscrites au Registraire des entreprises du Québec en 2005 et dont la création est antérieure à 2004, selon la taille des entreprises

Nombre d'employés	N entreprises	%
1 à 5	27	61
6 à 10	4	9
11 à 25	3	7
26 à 49	7	16
50 à 99	1	2
100 à 249	1	2
250 à 999	0	0
Indéterminé	1	2
total	44	100

Selon ces données, le Québec compterait donc 44 agences privées de soins infirmiers, dont près des deux tiers occupent cinq employés ou moins. Loin derrière ces toutes petites entreprises, la catégorie la plus nombreuse est celle des compagnies qui emploient de 26 à 49 infirmières (16 %). C'est dans cette catégorie qu'est inscrite officiellement une des deux agences de l'étude (agence 1). Au total, seules deux entreprises (5 %) ont plus de 50 employés.

Treize des 44 agences (30 %) recensées ici sont, comme l'agence 1, de nature «mixte», c'est-à-dire qu'elles offrent d'autres services que les soins infirmiers : clinique de prélèvement sanguin, enseignement, info-santé, embauche et placement, éducation, aide à domicile, préposés aux bénéficiaires dans les établissements, cliniques de vaccination, services aux entreprises, entretien ménager.

Ces chiffres laissent à penser que le monde des agences privées de soins infirmiers est un univers de très petites entreprises. Cependant, parallèlement à cet univers, il existe aussi de nombreuses agences d'intérimaires qui placent toutes sortes de personnel, dont des infirmières. C'est d'ailleurs sous cette étiquette de la catégorie des «services de placement de personnel» (code d'activité économique 7711) que l'agence 2 s'est inscrite au Registraire des entreprises du Québec. Malheureusement, en raison du mode d'obtention des données du CIDREQ⁸, il a été impossible de détecter, parmi ces agences de placement de personnel - dont certaines sont des

⁸ La consultation est gratuite pour une recherche par mots-clés sur le nom des entreprises, mais les raisons sociales sont souvent peu informatives. En revanche, pour une recherche par codes d'activités économiques, il faut payer d'avance un minimum forfaitaire de 100\$, majoré de 0,20\$ par dossier à la livraison de la commande si le résultat (impossible à estimer d'avance) dépasse le nombre de 500 entreprises. Étant donné l'existence de plusieurs milliers d'agences de placement de personnels de tous métiers, le responsable de l'information du CIDREQ déconseillait de payer un prix élevé pour une information qui risquait d'être très approximative.

multinationales ayant plusieurs milliers d'employés tous métiers confondus - celles qui font du placement en services infirmiers, et encore moins de savoir quelle est la proportion de leur main-d'œuvre qui est constituée d'infirmières. Quoi qu'il en soit, ceci laisse à penser que les chiffres du tableau 3.2 ci-dessus sous-estiment le nombre total d'agences de soins infirmiers faisant affaire au Québec, sans qu'il soit possible de préciser l'ampleur de cette sous-estimation.

3.4 Portrait des lésions professionnelles des infirmières d'agence privée

3.4.1 Indicateurs de risque

Rappelons que les indicateurs de risque dont il a été possible de tenir compte dans cette étude sont le taux d'incidence des lésions professionnelles rapportées à la CSST ainsi que les durées d'absence. Nous comparons ces indicateurs pour les infirmières d'agence à ceux de l'ensemble des infirmières du Québec sur une période de quatre ans.

En consultant le tableau 3.3, on remarque que le taux d'incidence des lésions professionnelles des infirmières d'agence privée est de 2,6 % en moyenne ce qui est semblable au taux de 2,7 % pour l'ensemble des infirmières du Québec. Cependant nous savons que le nombre de lésions professionnelles déclarées à la CSST par les infirmières d'agence est sous-estimé (voir la section 4.3) ce qui conduit à penser que ces dernières seraient plus à risque. Bien que les effectifs relativement faibles des infirmières d'agence appellent à une certaine prudence dans les analyses, on constate qu'au cours de la période de 2001 à 2004, le taux d'incidence varie; il augmente entre les années 2001 et 2003 pour redescendre en 2004. Même s'il est moins prononcé, on observe également ce profil en dents de scie pour l'ensemble des infirmières du Québec ainsi que pour l'ensemble de la population de travailleur du Québec (Duguay, Hébert, Massicotte, 2003).

Tableau 3.3 : Taux d'incidence des lésions professionnelles des infirmières d'agence et des infirmières du Québec de 2001 à 2004

Année	Infirmières d'agence			Infirmières du Québec ¹		
	N Infirmières	N lésions	Taux d'incidence (%)	N Infirmières	N lésions	Taux d'incidence (%)
2001	1078	21	1,9	58295	1547	2,7
2002	1063	35	3,3	58478	1592	2,7
2003	1206	41	3,4	58979	1743	3,0
2004	1356	25	1,8	60016	1598	2,7
Total	4703	122	2,6	235768	6480	2,7

¹ : Ces chiffres ne tiennent pas compte des infirmières cadres ni des enseignantes

Sources : Charest et Zellama, « Portrait d'ensemble du marché de la main-d'œuvre infirmière au Québec, 2004, Tableaux 1 et 6, disponible à l'annexe 3.1

OIIQ, données sur la population infirmière par région administrative à partir du fichier des membres au 31 mars 2004

CSST – dépôt de données central et régional, Traitement IRSSST, juin 2005

En ce qui concerne les durées moyennes d'absence des infirmières d'agence, elles se situent à 34,9 jours ce qui est comparable à celles des infirmières du Québec (34,2 jours) (compilation spéciale IRSSST à partir des données de la CSST).

3.4.2 Description des lésions professionnelles des infirmières d'agence privée de soins

Dans cette section, nous brossons le portrait des lésions professionnelles des infirmières d'agence privée en le comparant à celui des infirmières travaillant ailleurs dans le réseau public de soins. Les données proviennent des fichiers de la CSST pour la période de cinq ans allant de 2000 à 2004. Quatre descripteurs sont disponibles : le genre d'accident, la nature de la lésion, l'agent causal et le siège de lésion. Rappelons que ces données ne concernent que les accidents déclarés à la CSST alors qu'il y a de fortes raisons de croire qu'il y a un phénomène de sous-déclaration dans les agences de soins d'autant plus qu'une part importante des problèmes de SST des infirmières touchent la santé mentale principalement prise en charge par les assurances privées. Il en est de même des problèmes de TMS. Nous reviendrons sur cette question au chapitre 4.

Pendant la période de cinq ans considérée, les infirmières d'agence ont été victimes de 138 lésions compensées ce qui correspond à plus de 28 lésions en moyenne par année. Pour les infirmières du réseau public, ce nombre se situe à 1581 lésions compensées, soit 316 lésions en moyenne par année. La proportion de lésions ayant entraîné des absences compensées par la CSST de plus de 90 jours est plus importante parmi les infirmières d'agence privée que celle des infirmières de l'ensemble du réseau (13 % par rapport à 8,3 %).

On voit au tableau 3.4 que les infirmières d'agence sont principalement victimes de lésions liées à l'exposition à des substances (39,8 %), à des efforts excessifs et des réactions de l'organisme (14,5 % et 18,8 %) ainsi qu'à des chutes (15,2 %). Ce profil de risque se distingue beaucoup de celui des infirmières du réseau public. En effet, les infirmières d'agence déclarent trois fois plus d'exposition à des substances, près de deux fois plus de chutes que leurs collègues du réseau, un peu moins de réactions du corps et plus de deux fois moins d'efforts excessifs. Pour les autres genres d'accident, les nombres étant relativement faibles il est difficile de tirer des conclusions.

En ce qui concerne les diverses natures de lésions (tableau 3.5), les infirmières d'agence ont moins d'entorses, déchirures ou foulures (31,9 %) que les infirmières du réseau (53,8 %) alors qu'elles sont beaucoup plus exposées au VIH (31,9 % par rapport à 6,9 %). En ce qui concerne les lésions musculo-squelettiques diagnostiquées (tendinite, cervicalgie, lombalgie, etc.), la proportion est la même (autour de 10 %).

Tableau 3.4 : Genre d'accident des infirmières d'agence et de celles du réseau public sur une période de cinq ans de 2000 à 2004

Genre d'accidents	Infirmières d'agence		Autres infirmières		Ensemble des infirmières du Québec	
	N	%	N	%	N	%
Exposition à des substances ⁹	55	39,8	1070	13,5	1125	13,9
Effort excessif	20	14,5	2797	35,4	2817	35,0
Réaction du corps ¹⁰	26	18,8	1893	23,9	1919	23,8
Chute	21	15,2	726	9,2	747	9,3
Contact avec un objet ou de l'équipement	7	5,1	713	9,0	720	8,9
Acte violent	5	3,6	489	6,1	494	6,1
Accident de la route	3	2,2	86	1,1	89	1,1
Divers : coincé, heurt d'objet, mouvement répétitif, réaction de l'organisme ou effort non précisé	1	0,7	131	1,6	132	1,6
Total	138	100	7905	100	8043	100

Tableau 3.5 : Nature de lésion des infirmières d'agence et de celles du réseau public sur une période de cinq ans de 2000 à 2004

Nature de lésion	Infirmières d'agence		Autres infirmières		Ensemble des infirmières du Québec	
	N	%	N	%	N	%
Entorse, foulure et déchirure	44	31,9	4287	54,2	4331	53,8
Contact et infection VIH	44	31,9	516	6,5	560	6,9
Affections du dos (lombalgie, dorsalgie, cervicalgie)	9	6,5	326	4,1	335	4,2
Inflammations (tendinite, bursite, épicondylite)	4	2,9	543	6,9	547	6,8
Plaie, coupure, contusion	9	6,5	694	8,8	703	8,7
Fracture, luxation	4	2,9	193	2,4	197	2,4
Choc nerveux, stress, trouble d'adaptation	1	0,7	137	1,7	138	1,7
Autres: dommage prothèse, piqûre, etc.	23	16,7	1209	15,3	1232	15,3
Total	138	100	7905	100	8043	100

⁹ Une substance comprend aussi bien des détergents, des aliments que des liquides biologiques ou de tous types.

¹⁰ Les réactions du corps s'appliquent, dans la liste des codes de la CSST, aux blessures ou aux maladies imputables à une occurrence de libre mouvement du corps ayant imposé un stress ou une tension à une certaine partie du corps. Généralement, les codes de ce groupe s'appliquent aux blessures résultant de l'adoption d'une posture non naturelle ou de mouvements volontaires ou non attribuables à un bruit soudain, à la peur ou aux efforts faits pour se rétablir d'un dérapage ou d'une perte d'équilibre (ne résultant pas en une chute).

Les principaux agents causaux des lésions (tableau 3.6) compensées des infirmières d'agence sont : une personne (47,1 %), la travailleuse elle-même (23,9 %) et le sol (13 %). Pour les infirmières du réseau public, ces proportions sont comparables bien que légèrement supérieur dans le cas d'une personne ou du sol.

Tableau 3.6 : Agent causal des lésions des infirmières d'agence et de celles du réseau public sur une période de cinq ans de 2000 à 2004

Agent causal des lésions	Infirmières d'agence		Autres infirmières		Ensemble des infirmières du Québec	
	N	%	N	%	N	%
Personne (autre que le travailleur)	65	47,1	3231	40,8	3296	40,9
Travailleur lui-même	33	23,9	2436	30,8	2469	30,7
Sol	18	13,0	568	7,2	586	7,3
Agents infectieux	5	3,6	250	3,2	255	3,2
Instruments médicaux	5	3,6	172	2,2	177	2,2
Véhicules	2	1,4	72	0,9	74	0,9
Équipement, outil, éléments solides divers, etc.	6	4,3	968	12,2	974	12,1
Conditions atmosphériques	2	1,4	50	0,6	52	0,6
NCA	2	1,4	158	1,9	160	1,9
Total	138	100	7905	100	8043	100

Enfin, les principaux sièges de lésion (tableau 3.7) atteints sont : les différents systèmes (40,6 %), le dos et le tronc (31,9 %) ainsi que les membres inférieurs (10,9 %). Cette répartition est différente pour les infirmières du réseau public puisque les sièges de lésions s'ordonnent de cette façon : dos et tronc (51,9 %), les systèmes (12,4 %), les membres supérieurs (10,7 %) ainsi que les membres inférieurs (9,9 %).

Tableau 3.7 : Siège de lésion des infirmières d'agence et de celles du réseau public sur une période de cinq ans de 2000 à 2004

Siège de lésion	Infirmières d'agence		Autres infirmières		Ensemble des infirmières du Québec	
	N	%	N	%	N	%
Systèmes	56	40,6	984	12,4	1040	12,9
Dos et tronc	44	31,9	4104	51,9	4148	51,6
Membres inférieurs	15	10,9	783	9,9	798	9,9
Membres supérieurs	9	6,5	849	10,7	858	10,7
Cou	5	3,6	486	6,1	491	6,1
Tête	3	2,2	169	2,1	172	2,1
Sièges multiples	4	2,9	446	5,6	450	5,6
Autres : lunette, NCA	2	1,4	84	1,1	86	1,1
Total	138	100	7905	100	8043	100

Les descripteurs disponibles sur le fichier de la CSST ne renseignent pas sur les circonstances ayant entouré la survenue des lésions professionnelles. De plus, les quatre descripteurs disponibles doivent être considérés conjointement, car ils ne renseignent pas beaucoup pris isolément.

3.5 Conclusion

Un premier constat peut être fait : c'est celui de la pénurie d'infirmières au Québec qui est déjà là et qui va durer encore de nombreuses années. Autre point important, c'est l'augmentation du poids relatif des infirmières d'agence au cours des dernières années par rapport aux infirmières du réseau public. On constate aussi que les agences de soins recrutent des infirmières âgées et expérimentées. Ceci laisse soupçonner que pour pratiquer dans les agences, les infirmières doivent disposer d'un savoir-faire diversifié qui leur permet de travailler dans différentes situations.

Dans ce contexte, nous avons tenté de dénombrer le nombre d'agences existantes au Québec. Selon nous, les chiffres obtenus ne représentent qu'une partie d'entre elles. Il semble que la majorité des agences soient des petites entreprises de un à cinq employés. Il faut souligner que les agences participantes à cette étude sont de plus grande taille. Il serait intéressant d'obtenir des informations plus fiables à ce sujet afin de bien situer le contexte.

Les données québécoises de SST obtenues à partir des fichiers de la CSST montrent que les infirmières d'agence se comparent à l'ensemble des infirmières en ce qui concerne le taux d'incidence et la durée moyenne d'absence. Il aurait été plus intéressant de calculer le taux de fréquence pour comparer ces deux groupes. Ceci n'a pas été possible car aucune donnée n'existe sur le temps travaillé par les infirmières d'agence.

Les comparaisons des types de lésion professionnelle des infirmières d'agence à celles du réseau public sont instructives. Les principales différences sont que les infirmières d'agence déclarent plus de contact et d'infection au VIH d'une part et sont victimes de moins d'efforts excessifs, de réactions du corps et de TMS d'autre part. Pourquoi ces différences en ce qui concerne le VIH ? Nous pouvons émettre quelques hypothèses explicatives :

- Il existe des mécanismes de déclaration obligatoire pour les infections comme le VIH, ce qui expliquerait que les infirmières d'agence sont prises en charge officiellement.
- Les infirmières d'agence sont plus exposées par leurs tâches à ce type d'infection que les infirmières du réseau public.
- La proportion des contacts et infections au VIH ressort de façon prépondérante à cause de la faiblesse relative des autres types de lésions comme les TMS et les efforts par exemple.

Pourquoi cette faiblesse relative des cas de TMS et d'efforts par rapport aux infirmières du réseau ? C'est probablement lié à la sous-déclaration, comme nous allons le voir dans les prochaines sections, puisque ces lésions ne sont pas directement visibles et ne sont pas directement associées à un événement accidentel.

4. LE PORTRAIT DES DEUX AGENCES PARTICIPANTES

4.1 Analyse organisationnelle comparative des deux agences privées de soins infirmiers participantes

4.1.1 Contexte d'affaire

L'agence 1 a été fondée en 1997 par une infirmière qui avait travaillé près de 10 ans dans un Centre hospitalier. Elle a un DEC en soins infirmiers. L'entreprise offre des services de placement de personnel infirmier et opère aussi une clinique médicale. La gestionnaire a choisi les CLSC comme clientèle-cible¹¹. Dans une plus faible proportion, elle dessert aussi les écoles et les individus. Ce qui l'a incitée à cibler exclusivement les CLSC, outre le fait qu'elle a une expérience de travail en soutien à domicile, serait d'abord la possibilité d'avoir un horaire de travail plus équilibré, pour elle et son personnel. Elle estimait également qu'il s'agit d'un travail qui nécessite une formation plus pratique et, en ce sens, jugeait qu'il serait plus aisé d'offrir les services d'infirmières techniciennes. On peut faire l'hypothèse qu'étant donné que les CLSC embauchent généralement des infirmières bachelières, la gestionnaire devait aussi estimer risqué de voir ses clients embaucher son propre personnel. Les valeurs promues au sein de l'APSI par la gestion sont : d'assurer la continuité des soins en n'acceptant pas de remplacement « à la pièce » ou des journées morcelées; d'offrir une formation et un encadrement à son personnel ainsi que d'assurer la qualité des soins. Les objectifs poursuivis actuellement sont de favoriser le travail d'équipe entre les infirmières de l'agence au sein d'un même établissement ou service et d'augmenter le sentiment d'appartenance à l'agence.

L'agence 2 a été fondée en 2001 par une infirmière qui avait cumulé plus de 18 années d'expérience dans un centre hospitalier, notamment au bloc opératoire. Elle avait aussi une expérience préalable dans une APSI. Elle a un DEC en soins infirmiers et un certificat en santé et sécurité du travail. Son entreprise offre exclusivement des services de placement de personnel infirmier. Au départ, sa clientèle-cible était les CH et les CHSLD mais depuis, elle offre aussi ses services aux CLSC qui constitueraient maintenant la majorité de sa clientèle. Le territoire desservi est plus étendu que celui desservi par l'agence 1. La gestionnaire dit promouvoir une « approche qualité » en formant son personnel afin de répondre aux besoins des clients et en maintenant des liens étroits avec ceux-ci. Au près de son personnel, elle dit favoriser « la liberté » et ainsi réduire au minimum les obligations de chacun. Elle dit aussi chercher à développer le sentiment d'appartenance de son personnel. Elle manifeste aussi la volonté d'intégrer des AFS à son équipe dans l'avenir.

Les deux agences offrent les services de personnel infirmier pouvant répondre aux besoins des différents programmes des CLSC : soutien à domicile, Info-santé, vaccination, soins courants, enfance / famille, clinique de santé sexuelle. Les services sont offerts 7 jours / 7 et 24 heures/24. Les agences sont donc comparables sur ces aspects. Cette offre de services semble toutefois contradictoire avec les propos tenus par la gestionnaire de l'agence 1 relativement à l'horaire de travail équilibré.

¹¹ Le contrat de travail étant entre l'APSI et un établissement ou un service d'un établissement, c'est lui qui constitue le client et non pas la personne qui reçoit les soins.

4.1.2 Relations avec les donneurs d'ouvrage

À l'agence 1, la gestionnaire a éprouvé le besoin, avec les années de pratique, de mieux encadrer ses relations avec les établissements-clients, appelés ici les « donneurs d'ouvrage » (DO). Pour ce faire, elle signe avec ces derniers une convention de service qui précise les obligations de chacun des signataires. Par exemple, les donneurs d'ouvrage s'engagent à rembourser à l'agence les frais de formation qu'elle a encourus pour une infirmière qu'ils désireraient embaucher. Cette mesure a été adoptée après que l'agence se soit vue privée de plusieurs de ses infirmières expérimentées. Il est aussi précisé, dans la convention, qu'il est de la responsabilité des donneurs d'ouvrage de dispenser les mises à jour nécessaires au personnel de l'agence (ex : procédures internes, soins) ainsi que de leur fournir les lieux de travail et le matériel requis. Notons cependant que l'agence 1 fournit, pour les infirmières en SAD, une trousse médicale alors que ce n'est pas le cas à l'agence 2. Par ailleurs, dans les deux agences, les infirmières doivent fournir elles-mêmes certains équipements diagnostiques (ex : sphygmomanomètre).

La seule lettre d'entente entre la gestionnaire de l'agence 2 et les donneurs d'ouvrage porte sur les modalités de paiement ainsi que sur les pénalités en cas d'annulation d'une demande de service. Pour le reste, il s'agit d'ententes informelles ou verbales avec les donneurs d'ouvrage à un point tel que l'un d'eux lui a suggéré de demander un délai advenant l'embauche d'un membre de son personnel par un établissement, le temps qu'elle forme une autre infirmière. L'implication financière s'avère toutefois similaire à la convention conçue par l'agence 1. Il n'est nullement question des conditions de travail des infirmières au sein des établissements.

Par ailleurs, pour la gestionnaire de l'agence 1, il est très clair que le lien d'emploi se situe entre l'infirmière et l'agence et non entre l'infirmière et le donneur d'ouvrage. Ainsi, elle se dit la seule imputable en cas d'accident du travail d'une infirmière. Quant à cette question, la gestionnaire de l'agence 2 parle d'une responsabilité « tripartite » en termes de SST, partagée entre l'infirmière, le donneur d'ouvrage et l'agence. Elle évoque, à plus d'une reprise dans son discours, la présence d'une « zone grise » sur l'identification de l'employeur « réel » : nous reviendrons à cette perception surprenante à la section qui traite de la gestion de la SST.

4.1.3 Organisation du travail des deux agences

L'organisation du travail au sein des deux agences présente plusieurs points communs. Tout d'abord, les critères de sélection visent l'embauche de personnel ayant une expérience minimale du métier d'infirmière (1 an minimum et 2 ans en moyenne) et membre en règle de l'OIIQ¹². À l'agence 2 on embauche aussi les infirmières qui détiennent un baccalauréat en sciences infirmières. À l'agence 1, les infirmières doivent signer un contrat d'embauche qui contient une clause d'exclusivité. Il spécifie aussi les modalités de salaire et d'avantages sociaux : taux horaire, paiement du temps supplémentaire et des vacances, cotisations aux assurances. Aucun contrat n'est signé par le personnel de l'agence 2 : l'entente est informelle entre les deux parties afin « qu'il n'y ait pas d'obligation », selon la gestionnaire.

L'expérience recherchée par les deux gestionnaires d'agence porte souvent sur des compétences qui peuvent être transférables ou généralisables comme d'avoir travaillé dans un service

¹² Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

spécialisé tel que celui de médecine-chirurgie. La gestionnaire de l'agence 1 estime qu'avec une telle expérience les infirmières sont mieux outillées pour utiliser un plus grand éventail de techniques de soin et qu'elles démontrent aussi plus d'initiative et d'autonomie. De façon générale, on peut émettre l'hypothèse que la sélection de personnel expérimenté constitue une stratégie des gestionnaires pour réduire le nombre ou la durée des formations à l'embauche.

Les deux agences embauchent aussi une répartiteur (trice) dont les fonctions sont de traiter les demandes de service en assignant les remplacements aux infirmières selon leur expérience, leur formation et leur disponibilité.

Les deux gestionnaires mentionnent respecter, pour l'attribution des remplacements, les choix des infirmières en termes de programmes et d'établissements, ce qu'ont confirmé les infirmières rencontrées. Certaines infirmières de l'agence 2 rapportaient cependant que leur choix de disponibilité n'était pas toujours respecté. En effet, un certain « harcèlement » aurait été vécu par des infirmières de l'agence 2 afin d'augmenter temporairement leur disponibilité pour répondre aux besoins des clients. Même si les infirmières de l'agence 1 rapportent avoir été sollicitées à l'occasion pour les mêmes raisons, elles soulignent qu'elles n'ont ressenti aucune pression à accepter ces demandes et qu'elles ont perçu que leur décision était respectée. Ceci confirme les propos du répartiteur qui dit ne solliciter une disponibilité additionnelle qu'en cas d'absolue nécessité : il expliquerait le contexte et donnerait toujours le choix à l'infirmière. Il spécifie que souvent, il sollicitera une infirmière dont il sait qu'elle connaît bien le milieu ou aime travailler au sein du programme visé, tentant ainsi de tenir compte de ses intérêts. Spécifions toutefois qu'à l'agence 1, les infirmières doivent faire part de leur disponibilité un mois à l'avance alors que ce mécanisme est beaucoup plus flexible à l'agence 2 où elles peuvent la donner qu'une semaine à l'avance, dans certains cas.

Un autre point commun à l'organisation des deux agences est de favoriser la stabilité des infirmières dans les établissements. Pour ce faire, la gestionnaire de l'agence 2 dit tenter de créer une mini-équipe de 3 à 4 infirmières habilitées à travailler dans un établissement. À l'agence 1, on dit procéder de la même façon mais il semble que ça ne soit pas toujours le cas dans la pratique. En effet, afin d'assurer un certain nombre d'heures à plusieurs infirmières, le répartiteur explique que les longs remplacements sont parfois morcelés ce qui va à l'encontre de la stabilité dans les milieux. En contrepartie, cela assure une certaine stabilité financière aux infirmières et probablement une stabilité de main-d'œuvre pour l'agence.

L'organisation du travail au sein des deux agences diffère cependant sur plusieurs aspects. Premièrement, afin d'intéresser et de retenir sa main-d'œuvre, la gestionnaire de l'agence 1 offre, en plus d'un salaire « attrayant », des avantages sociaux (assurance-médicaments et assurance-invalidité, REER) alors qu'à l'agence 2, on mise surtout sur un salaire « compétitif », sans aucun avantage social. On leur permettrait même d'utiliser un statut de travailleuse autonome afin de déduire plus de frais de déplacement.

Pour situer les pratiques de rémunération dans le contexte actuel, il faut tenir compte de deux paramètres principaux de comparaison. D'une part, il y a les normes minimales de travail, décrétées par la Loi et administrées par la Commission des normes du travail. À défaut d'ententes contractuelles prévoyant des conditions de travail supérieures avec leurs employées, les gestionnaires d'agence sont tenus de respecter ces normes. À celles-ci s'ajoute la dernière

convention collective maîtresse négociée entre le Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux, le sous-comité patronal de négociation des centres hospitaliers publics et la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ)¹³ (2000-2002, encore en vigueur).

La convention individuelle que l'agence 1 fait signer à ses employées contient deux articles qui réfèrent explicitement aux dispositions de la Loi sur les normes de travail. Elles portent sur la durée de la semaine normale de travail, les congés fériés et vacances prévus à la Loi. Par contre, l'agence 2 ne fait signer aucune entente de travail écrite à ses salariées.

Outre les taux de salaire minimum qui ne concernent pas les infirmières, les normes de travail, telles que décrétées par la Loi, ont trait notamment au temps supplémentaire payable à taux et demi après 40 heures de travail sur une semaine de cinq jours continus. La norme ne s'applique cependant pas aux journées même lorsque leur durée excède huit heures. Une pause-repas de 30 minutes (non rémunérée), après cinq heures continues de travail, est obligatoire. Les congés fériés (chômés et payés) sont au nombre de sept. Lorsque travaillés, leur rémunération, à temps simple, s'ajoute à la rémunération du congé payé. La durée des vacances est équivalente à deux semaines de travail au prorata du temps travaillé, et augmente à trois après cinq ans d'ancienneté.

Quant à la convention collective maîtresse du réseau public de la santé qui concerne les infirmières, il y est convenu que la semaine de travail s'étale sur sept jours et comprend les soirs et les nuits. Les heures normales de travail (au-delà desquelles le temps de travail est rémunéré au tarif du temps supplémentaire, donc à taux et demi), s'élèvent à 7¼ heures/jour (36½ heures/semaine) en centre hospitalier et à sept heures (35 heures /semaine) en CLSC. Pour tous les établissements du réseau public de santé, la convention collective prévoit des mécanismes, variables selon la mission de l'établissement, qui imposent une obligation individuelle ou collective de présence ou de garde au personnel infirmier en cas de nécessité. Les jours fériés rémunérés sont au nombre de 13; lorsqu'ils sont travaillés, c'est en temps supplémentaire (à taux double). Après un an d'ancienneté, les vacances sont de quatre semaines (20 jours). Entre 17 et 24 années d'ancienneté, une journée de vacances s'ajoute aux deux ans; à partir de 25 ans d'ancienneté, les infirmières ont droit à une cinquième semaine de vacances.

Dans certaines conditions (maternité, études, fonctions civiques par exemple), les salariées avec un poste à temps plein ou à temps partiel ont droit à des congés sans solde de durée variable sans perdre leur poste. Les avantages sociaux comprennent en outre un régime d'assurance-salaire ainsi qu'un régime de retraite (le régime des employés du gouvernement, le RREGOP dont la rente maximale est équivalente à 70 % du salaire des cinq meilleures années). Depuis 2000, celui-ci permet la prise de retraite progressive (entre un et cinq ans avant la date définitive de prise de retraite entre les âges de 60 et 65 ans); les salariées qui s'en prévalent peuvent diminuer leur temps de travail de 20 % par an sans perte de rémunération, celle-ci étant comblée par une prestation partielle de retraite).

¹³ Organisme qui représente le plus grand nombre d'infirmières syndiquées. Les autres se retrouvent dans des unités syndicales affiliées à la CSN ou à la CSQ.

En 2003, les échelles de salaires, dont le sommet s'atteint après 12 ans (en équivalent temps plein), vont de 32 705 \$ à 48 703 \$ pour les infirmières qui détiennent un DEC et de 33 931 \$ à 62 475 \$ par an pour celles qui sont bachelières.

Il est souvent dit, par différents interlocuteurs du milieu des soins de santé, que les conditions salariales des infirmières d'agence sont « avantageuses ». Mais il nous a été impossible de vérifier cette affirmation, faute de données précises qui auraient permis de faire un comparaisons détaillée avec chacune des composantes de la rémunération du personnel infirmier à l'emploi des établissement du réseau.

Malgré l'affirmation que les conditions salariales y sont bonnes (notamment parce que le taux horaire est supérieur à celui des échelles salariales du secteur public), le fait que la seule entente contractuelle écrite (en vigueur à l'agence 1) donne peu de détails sur les calculs servant à établir la paye bi-hebdomadaire en tenant compte des exigences de la Loi des normes minimales permet de supposer qu'elles ne sont pas aussi avantageuses que celles négociées pour les infirmières à l'emploi des établissements publics de santé. Par ailleurs, l'absence d'un régime de retraite dans les deux agences constitue une différence majeure car même si l'agence 1 offre un REER, ses contributions ne peuvent aucunement remplacer la valeur pécuniaire des prestations d'un régime de retraite pendant toute la durée de la retraite. Quant au respect des normes minimales, on ne peut le prendre pour acquis sans vérification empirique.

Si on revient à l'organisation du travail des agences étudiées, à l'agence 1, on demande un minimum de 2 à 3 journées de disponibilité par semaine afin de maintenir une certaine stabilité de la main-d'œuvre alors que la gestionnaire de l'agence 2, qui prône « la liberté », n'exige aucune disponibilité minimale : elle va même jusqu'à inciter les infirmières à conserver leur poste (souvent à temps partiel) dans le secteur public car elle « ne peut leur offrir aucune garantie de travail ». Ces choix organisationnels semblent se refléter dans le portrait de la main-d'œuvre : les infirmières de l'agence 1 semblent n'occuper, en général, qu'un seul emploi, souvent à raison de 4 ou 5 jours par semaine (temps plein) alors que pour les infirmières de l'agence 2, cet emploi ne constituerait pas toujours leur emploi principal et serait souvent occupé à temps partiel.

Le thème de la formation est très présent dans le discours des deux gestionnaires mais son organisation diffère d'une agence à l'autre. Concrètement, l'agence 1 a mis sur pied, en parallèle avec la démarche de gestion de la qualité, un programme de formation. En théorie, cela consisterait en une journée d'orientation à l'agence, incluant une brève présentation verbale concernant le volet de la SST, et une formation par jumelage d'une ou deux journées avec une collègue qui remplace au sein du programme visé. En pratique, la majorité des infirmières rencontrées disaient avoir reçu une formation d'une demie ou d'une journée dans un nouveau programme ou une orientation de quelques heures (souvent une demi-journée) dans un nouveau milieu, alors que la formation au programme d'Info-santé est plus longue. Les plus anciennes disent n'avoir pas vraiment reçu de formation à l'embauche et d'autres rapportent que même si une formation avait été prévue dans un nouveau service, il leur est arrivé de ne pas en bénéficier et de devoir « être lancée dans le bain » à cause d'un manque d'effectifs au sein du service du CLSC. La responsabilité incombait alors au donneur d'ouvrage, qui ne remplaçait pas sa main-d'œuvre et comptait sur la présence du personnel d'agence, non encore formé, pour pallier ses besoins. Depuis, l'agence a mis sur pied une entente formelle avec les donneurs d'ouvrage qui stipule qu'une infirmière-formatrice doit être dégagée de son poste de travail lorsqu'elle forme

une infirmière de l'agence. Ceci a été confirmé par l'une des formatrices qui dit apprécier cette mesure car cela lui évite une surcharge de travail : elle n'assume que la supervision. Cette mesure peut s'avérer protectrice pour la SST du personnel car elle limite l'exposition à une charge de travail élevée.

De plus, cette agence offre des mises à jour notamment sur différentes techniques de soin à raison de deux séances par mois qui se déroulent les midi : les infirmières s'y présentent sur une base volontaire et sont rémunérées. Dans les deux cas, des infirmières-ressources peuvent enseigner différentes techniques de soin à leurs collègues et les infirmières peuvent recevoir une formation continue sur demande. En plus, une personne-ressource, soit une infirmière d'expérience autre que la gestionnaire, est disponible à l'agence 1 et peut se déplacer au besoin pour assister une infirmière ce qui n'est pas le cas à l'agence 2.

À l'agence 2, la mise en place de moyens d'orientation et de formation semble très récente et moins structurée. Un jumelage est aussi organisé afin d'orienter une nouvelle infirmière dans un milieu, par exemple, mais cette mesure n'est pas systématique. De plus, elle n'offre pas de séances de mise à jour. Concernant la charge de travail des formatrices, aucune entente n'est conclue avec les donneurs d'ouvrage. Mais la gestionnaire dit payer ses formatrices plus cher, ce qui donne l'impression qu'elle croit que la surcharge de travail engendrée par la formation d'une collègue, tout en maintenant l'activité régulière de travail, peut être compensée par le salaire.

L'approche face à la clientèle distingue aussi les agences l'une de l'autre, et a un effet certain sur la main-d'œuvre. Ainsi, la politique de l'agence 1 est la suivante : « temps travaillé = temps facturé » ; si le personnel doit faire du temps supplémentaire, ce dernier est facturé au CLSC. La gestionnaire dit qu'elle doit souvent argumenter pour justifier le temps supplémentaire de son personnel. Pour ce faire, elle vérifie la journée (route) dont l'infirmière se plaint et se base sur son expérience et sa connaissance du territoire : allers-retours multiples pour le dépôt des prélèvements, incidents à domicile, route éclatée. Elle dit rappeler à ses clients, les DO, que ce sont eux qui planifient des routes (SAD) souvent très chargées. Elle serait même allée jusqu'à retirer temporairement son personnel d'un service, après plusieurs argumentations stériles, car les journées assignées à ses employées étaient trop chargées et que l'établissement contestait toujours le paiement du temps supplémentaire. Depuis, afin de faciliter le dialogue, il a été convenu avec tous les donneurs d'ouvrage que les chefs de programme (ou leurs assistants) contresignent, donc valident, les feuilles de temps du personnel. Cette attitude de l'agence face aux clients (DO) s'avère très protectrice pour la SST des infirmières qui sont par ailleurs, selon la gestionnaire, toujours préoccupées du respect du temps prescrit alors qu'elle souhaite qu'elles se concentrent sur le soin. Cette mesure a d'ailleurs été notée lors des journées d'observation.

La gestionnaire de l'agence 2 adopte une attitude différente basée sur une logique marchande : « le client a toujours raison ». Ainsi, si un établissement refuse de payer le temps supplémentaire fait par l'infirmière, elle ne le réclamera pas mais dit payer tout de même son employée. D'une part, cela protège la SST de son personnel car elle reconnaît leur temps supplémentaire. Mais cela ne permet pas, à long terme, la reconnaissance de la surcharge de travail par les donneurs d'ouvrage.

Finalement, la gestionnaire de l'agence 1 a, de façon générale, beaucoup plus formalisé ses contacts avec les donneurs d'ouvrage en implantant notamment un système de contrôle de la

qualité. Ce système comprend des procédures concernant, par exemple, le traitement d'une demande de service ainsi que la satisfaction de la clientèle et l'évaluation du personnel.

Le tableau 4.1 résume les principales caractéristiques organisationnelles des deux agences privées de soins infirmiers étudiées.

Tableau 4.1 : Analyse comparative du contexte d'affaire et de l'organisation formelle du travail des deux agences

Caractéristiques	Agence 1	Agence 2
Offre de service	CLSC, particuliers, écoles Clinique externe	CLSC, CHSLD, CH
Territoire desservi	Laval, Laurentides, Montréal	Laval, Laurentides, Montréal, Rive sud
Répartiteur	Oui	Oui
Contrat avec les clients (DO)	Oui, assorti de clauses d'exclusivité prévoyant des amendes importantes	Oui, prévoyant des pénalités en cas d'annulation de demande de service moins de 12 heures avant le début de la prestation
Mécanisme d'envoi et de réception des demandes	Oui	Oui
Procédure formalisée de vérification de la satisfaction de la clientèle	Oui	Non
Mode d'évaluation du rendement et période de probation	Oui	Non
Contrat signé avec les infirmières	Oui, assorti de clause d'exclusivité prévoyant des amendes importantes Précisant le calcul du temps supplémentaire	Non
Exigences d'embauche	Membre de l'OIIQ DEC Minimum 1 an d'expérience en médecine ou en chirurgie Disponibilité minimale	Membre de l'OIIQ DEC ou BAC Minimum 1 an d'expérience
Cotisation à la CSST	Oui	Oui
Assurance collective	Oui	Non
REER collectif	Oui	Non
Disponibilité exigée	Minimum 2 jours/ semaine et une fin de semaine aux deux semaines ou aux trois semaines si l'infirmière a un autre emploi Fixé pour un mois	Aucune Une semaine à l'avance dans certains cas Peu être changée à volonté

Caractéristiques	Agence 1	Agence 2
Remboursement du kilométrage	Oui pour le MAD	Les infirmières ont le choix de réclamer à l'agence ou de déduire de leur rapport d'impôt (statut de travailleur autonome)
Vacances payées	Oui selon les normes du travail	Il semble que non
Respect des choix de programme des infirmières	Oui	Oui
Programme d'accueil formel	Oui avec une présentation verbale concernant le volet SST (Précautions, ÉPI, Rapport d'accident, premiers soins, transport des prélèvements)	Non
Plan d'entraînement et jumelage	Oui, formellement défini par programmes avec partie théorique et pratique supervisée, temps défini	Oui mais pas formellement défini, temps variable selon l'expérience de l'infirmière
Personnes ressources pour la formation à l'agence autre que la propriétaire	Oui	Non
Infirmières ressources pour différentes techniques	Oui	Oui
Formations continues prévues	Oui	Non
Formations continues sur demande	Oui	Oui
Équipement fourni	Trousse MAD	Aucun
Rencontres du personnel entre eux	Seulement lors des formations continues qui sont volontaires ou lors du travail chez un client Souper de Noël	Seulement lors des formations ou des jumelages ou lors du travail chez un client Un souper de Noël l'an dernier
Procédure formelle de SST	Aucune	Aucune
Événements ayant entraîné des absences pour raisons de santé	Retrait préventif pour grossesse Douleurs au cou.	Fracture de pouce (source de compensation inconnue) Épuisement professionnel pas lié au travail selon la propriétaire (absence compensée par le chômage)
Incidents rapportés en lien avec la SST	Piqûres	Piqûres

4.2 Données de main-d'œuvre

Dans cette section, il sera question de la taille des deux agences ainsi que des caractéristiques de leur main-d'œuvre. Bien que nous ayons négocié l'accès à ce type de données en début de projet, nous n'avons pu obtenir que des informations assez sommaires.

À l'agence 1, le répartiteur a déclaré en entrevue préparer les horaires de 30 à 32 infirmières. N'ayant pas de données plus précises, il n'est pas possible de savoir à combien d'équivalents temps complet elles correspondent. Cependant, rappelons que la disponibilité minimum demandée aux infirmières de cette agence est de deux jours par semaine. Nous ne connaissons pas non plus l'âge de ce personnel si ce n'est que la directrice décrivait l'âge des infirmières ainsi : la plus grande proportion des infirmières serait âgée de 30 à 45 ans, certaines ont 25 ans et quelques-unes sont au début de la cinquantaine. Les cinq infirmières de cette agence qui ont participé au projet sont âgées de 36 à 52 ans. Elles ont toutes plus de 8 ans d'expérience comme infirmière et leur ancienneté à l'agence varie de trois à 60 mois. Pendant la durée du projet (un an), trois des cinq infirmières rencontrées ont changé d'emploi, ce qui représente un haut taux de roulement.

À l'agence 2, la directrice a déclaré employer de 60 à 75 infirmières lors de son entrevue. D'après les données fournies pour les années 2002 et 2003 à l'équipe de recherche, le nombre d'infirmières auquel l'agence 2 a eu recours a varié de 55 à 59 personnes. Ce qui est remarquable c'est qu'en 2002, 67 % des infirmières (37 sur 55) ont travaillé moins de 10 % d'un temps complet et seulement l'une d'elles a fait plus d'un mi-temps. En 2003, neuf infirmières ont travaillé plus de la moitié de l'année. Il semble donc y avoir un accroissement des heures travaillées dans cette agence. Ces chiffres reflètent bien le fait que cette agence ne demande pas de disponibilité minimum à ses infirmières. De plus, la directrice les encourage à conserver leur autre emploi, si elles en ont un, car elle ne peut leur garantir un nombre fixe d'heures de travail. Il n'a pas été possible d'avoir des informations sur l'âge de ses employées. Cependant, les trois infirmières de cette agence qui ont participé au projet sont âgées respectivement de 45, 48 et 63 ans. Elles étaient encore toutes à l'emploi de l'agence un an après leur entrevue avec l'équipe de recherche.

Tableau 4.2 : Répartition de la main-d'œuvre de l'agence 2 selon le temps travaillé pour les années 2002 et 2003

Heures travaillées dans l'année ¹⁴	Nombre d'infirmière en 2002	Nombre d'infirmière en 2003
Moins de 154 heures	37	35
De 154 heures à 460 heures	12	12
De 461 heures à 769 heures	5	3
770 heures et plus	1	9
Total	55	59

¹⁴ On considère qu'une infirmière à temps plein travaille 1540 heures par années ce qui correspond à 220 jours de 7 heures de travail. Ainsi 154 heures correspondent à 10 %, 460 heures à 30 % et 770 heures à 50 % d'un temps complet.

4.3 La gestion de la SST par les agences et un portrait des risques à la SST du personnel infirmier

4.3.1 La gestion de la SST dans les agences de soins

Les deux propriétaires d'agence de soins paient des cotisations à la CSST et se déclarent responsables de ce dossier. Cependant, la gestionnaire de l'agence 2 semble difficilement reconnaître sa responsabilité en tant qu'employeur. Elle dit : *« je préfère assumer les responsabilités pour ne pas perdre mon client. De toute façon, j'assume les coûts de cotisation à la CSST et je n'ai jamais eu à réclamer en trois ans. Il n'y a eu qu'un seul accident avec quelques heures de perte de temps. »*. De plus, le discours des deux gestionnaires révèle l'existence de zones floues de responsabilité car elles font très fréquemment allusion aux responsabilités des donneurs d'ouvrage qui ont à fournir un milieu de travail sain pour les infirmières d'agence.

En outre, d'après la cueillette et l'analyse des documents disponibles, il n'existe aucun document formel concernant la gestion de la SST dans les deux agences. Les procédures formalisées de l'agence 1 n'en font même pas mention. Le seul endroit où il est question de SST est l'accueil d'une nouvelle employée. Du temps doit être prévu pour parler aux nouvelles recrues des précautions à prendre, du port d'équipement de protection individuelle, des rapports d'accident ainsi que du transport des prélèvements, y explique-t-on.

À l'agence 1, la gestionnaire déclare n'avoir eu aucune réclamation pour cause d'accident du travail depuis la fondation de l'agence. Les seuls incidents rapportés en lien avec la SST sont des piqûres d'aiguille. Les seuls événements ayant entraîné des absences du travail sont des retraits préventifs (au nombre de 4 ou 5) en regard du programme de « maternité sans danger ». Quatre des cinq infirmières rencontrées n'ont rapporté aucun événement accidentel pendant leur travail à l'agence alors que la cinquième rapporte une blessure au cou (hernie) lors d'un remplacement dans un service de prélèvement ; n'ayant pas entraîné de perte de temps, il n'a pas été déclaré. Elle dit avoir signalé cette douleur à la gestionnaire qui ne l'a pas encouragée à la déclarer à la CSST. Cette infirmière rapporte également des épisodes de douleur au cou qui disparaissent à la suite de longues fins de semaine. Elle peut donc récupérer sans demander d'absence compensée. Lors de la restitution des premiers résultats de la recherche, nous avons appris qu'une autre infirmière se serait blessée lors du travail dans un service de prélèvement sans l'avoir déclaré. Elle ne donnerait plus de temps de disponibilité pour ce service depuis.

À l'agence 2, la gestionnaire déclare en entrevue qu'un seul accident a eu lieu depuis la création de l'agence (une fracture à un pouce à la suite d'un coup de pied d'un usager). Il n'a pas été possible de préciser s'il y a eu compensation de revenu pour l'infirmière ni de quelle source. Comme à l'agence 1, trois incidents de piqûre ont eu lieu. Une infirmière se serait aussi absentée du travail pendant six mois pour maladie ; ses problèmes seraient reliés à sa vie personnelle et non au travail, selon la propriétaire. L'infirmière aurait été indemnisée par l'assurance-chômage. Des trois infirmières rencontrées, l'une rapporte une piqûre avec une aiguille alors que les deux autres n'auraient subi aucun incident ou accident depuis leur arrivée à l'agence. Lors de la restitution des premiers résultats des analyses, une infirmière a clairement expliqué que la

gestion souple des disponibilités de cette agence lui permettait de ne pas se rendre disponible lorsqu'elle est trop fatiguée ou lorsqu'elle ressent des douleurs.

Dans l'ensemble, les infirmières rencontrées en entrevues sont plus ou moins informées et ne se souviennent pas des procédures de déclaration d'accident de travail. Pour elles, la gestion de la SST est associée à la formation (ou à l'information) ainsi qu'au protocole à suivre en cas de piquûre. Ce protocole semble être standardisé et elles le connaissent car la grande majorité d'entre elles ont d'autres expériences comme infirmières dans divers milieux de travail. Certaines infirmières de l'agence 2 estiment que la gestionnaire s'en remet aux infirmières en ce qui a trait à la prévention.

4.3.2 Un portrait des risques à la SST du personnel infirmier d'agence de soins

Bien que les gestionnaires-proprétaires rencontrées aient tracé un portrait de SST très favorable, les entrevues et les observations révèlent la présence de nombreux risques dans le travail des infirmières d'agence de soins.

Le tableau 4.3, énumère l'ensemble des risques qui sont ressortis de l'analyse systématique des entrevues réalisées avec les huit infirmières d'agence rencontrées. Ils sont classés par ordre de fréquence de mention. Les risques sont diversifiés et varient selon le programme où les infirmières travaillent.

Les plus fréquemment mentionnés concernent *les contraintes physiques et les risques liés à l'aménagement et aux équipements*. On voit que des aménagements et des équipements inadéquats induisent des problèmes posturaux (posture statique en élévation pour les membres supérieurs par exemple, manque d'appui-bras, manutention de matériel lourd, etc.) qui seraient relativement faciles à régler dans certains cas. Les observations de différentes situations de travail confirment les risques rapportés en entrevue par les infirmières. Il sera question plus en détail au chapitre 6 de ces risques qui ne semblent pas particuliers aux infirmières d'agence.

La charge mentale et la santé mentale sont aussi souvent mentionnées. Les infirmières d'agence interrogées disent que ce type de risque est plus élevé pour elles que pour leurs consœurs qui ont un statut régulier. En effet, la différence de traitement entre les infirmières régulières et les infirmières d'agence peut faire en sorte que ces dernières disposent de moins de formation sur la tâche ce qui augmente alors leur charge mentale. Les situations rapportées sont associées à des lacunes d'orientation ou de manque de support de l'organisation. Par exemple, une infirmière explique que la charge de travail est élevée lorsqu'elle travaille aux prélèvements. En effet, elle effectue des prélèvements, comme les deux autres infirmières du CLSC avec qui elles travaillent, en plus d'assurer la centrifugation à toutes les heures et d'aider ses collègues ainsi que les commis. Elle explique qu'étant donné que les autres infirmières ont peu d'expérience, puisque ce service présente un haut taux de roulement, c'est souvent elle qui dépiste en premier les malaises des clients et rattrape les incidents. Son attention est toujours sollicitée vers la détection d'incidents, en plus de sa tâche, ce qui entraîne une charge mentale élevée. Celle-ci est accentuée du fait que l'organisation semble peu tenir compte de l'effet du roulement de personnel sur la tâche de responsable de service qu'elle assure. Les exigences physiques élevées de ce service, ainsi que la banalisation de la complexité du type de soin expliqueraient le haut taux de

roulement du personnel infirmier de ce service. Ces éléments ne sont pas reconnus non plus par l'organisation. De plus, la responsabilité que l'infirmière d'agence assure à l'égard du personnel régulier contribue à alourdir sa charge. Le second exemple a trait à une infirmière qui fait du remplacement en fin de semaine dans une unité de soins de 60 patients en CHSLD. Elle décrit ainsi son expérience : « *on est laissées complètement toute seule à nous autres mêmes* ». Elle a relaté deux incidents qui ont eu lieu avec des usagers qu'elle ne connaissait pas. Elle dit avoir vécu un stress important car elle devait identifier l'utilisateur et son médecin traitant en plus de faire le traitement approprié très rapidement à cause du malaise ressenti par l'utilisateur. Ces situations dénotent l'absence de planification d'un encadrement minimal par l'organisation donneuse d'ouvrage lors de la première journée de remplacement.

Il est également fait mention des risques liés à **la violence des usagers**. Ce type de risque est plus important dans les services où il y a contact direct avec l'utilisateur (SAD, santé sexuelle, enfance/famille) et qui peuvent desservir des clientèles particulières (toxicomanies, problèmes psychiatriques, etc.). Ces risques existent aussi sous une autre forme à Info-santé. Très souvent, c'est l'absence de formation spécifique à ces situations qui ressort le plus des entrevues des infirmières. Toutefois, une formation sur les attitudes à adopter face à des comportements violents a été dispensée à une infirmière rattachée à un programme de prévention (vaccination) dans les bars. Celle-ci a expliqué les stratégies qu'elle a développées pour minimiser les risques : elle s'organise pour ne pas être identifiée comme infirmière, cache son matériel (aiguilles) dans un sac opaque, travaille toujours dans un local fermé face à la porte. On peut supposer que la formation dispensée accélère le développement de ces stratégies de protection. Certaines infirmières disent avoir reçu de la formation quand elles travaillaient dans d'autres programmes ou organisations. Elles expliquent comment elles font le transfert de ces savoirs pour se tirer de mauvaises situations. À Info-santé, il semble exister des formations sur la façon de traiter l'appel en tentant de « contrôler » le client ainsi que des directives claires lorsqu'un appelant est agressif ou irrespectueux au téléphone : « *On va les écouter, on vérifie toujours l'ABC, on lui accorde cinq minutes. C'est clair. Tu dis écoutez, vous avez d'autres questions, j'ai cinq minutes puis après ça je dois vous laisser j'ai d'autres appels. C'est une conduite.* »

Plusieurs **incidents de piqûre** sont rapportés en entrevues. Ils ont lieu dans tous les services où il y a un contact direct avec l'utilisateur. Une infirmière rapporte s'être piquée quelques semaines avant l'entrevue. Elle l'a signalé et le CLSC où elle était en service a appliqué le protocole tel que prescrit : « *y'a des protocoles autant pour nous autres (infirmières d'agence) que pour eux autres (infirmières de CLSC)... y prennent soin de toi comme ils prendraient soin de leurs employés* ». Elle déclare s'être aussi déjà piquée deux fois alors qu'elle travaillait dans une autre agence. Nous ne savons toutefois pas ce qui se passe après : est-ce l'agence qui défraie les coûts ou le donneur d'ouvrage ? Selon les dires de la propriétaire de l'agence 1, ceux-ci relèveraient de sa responsabilité. Cette question est d'autant plus importante que les risques de piqûre semblent plus importants pour les infirmières d'agence que pour les infirmières du réseau comme nous l'avons vu au chapitre 3.

Enfin, les infirmières d'agence ont parlé **des contraintes temporelles** qui seraient plus importantes pour elles que pour leurs consœurs du réseau. Elles semblent plus fréquentes dans deux programmes, celui des prélèvements et le SAD. Cette question sera abordée en détail aux chapitres 6 et 8.

Tableau 4.3 : Types de risques mentionnés par les infirmières d'agence interrogées

Type de risques mentionnés par les infirmières d'agence	Risques spécifiques selon les programmes
<p>Contraintes physiques et risques liés à l'aménagement et aux équipements (22 mentions)</p>	<p>Prélèvements</p> <ul style="list-style-type: none"> - chaise sans appui-bras; - peu d'appui au dossier; - table basse et surface de travail petite ; - membres supérieurs statiques en élévation; - flexions importantes du cou; - contraintes au dos (flexions). <p>SAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - surface basse de travail ; - manutention du matériel ; - conduite automobile ; - l'environnement des domiciles (entrées de cour pas déglacées l'hiver et/ou pas éclairées, etc.) ; - présence d'animaux ; - membres supérieurs statiques; - flexion ou rotation cou et tronc; - efforts pour transporter les trousses. <p>Info-santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - aménagement pas toujours adapté au travail à l'écran et/ou non réglable pour de multiples utilisateurs; - statisme important au niveau du cou, tronc et des membres supérieurs.
<p>Charge mentale (9 mentions)</p>	<p>Prélèvements</p> <ul style="list-style-type: none"> - supervision de personnel de statut différent; - travail de responsabilité à exercer dans un contexte de manque de personnel et dans un service avec un haut taux de roulement; - surcharge de travail. <p>SAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - manque de support de l'organisation lors d'un événement difficile sur le plan émotif. <p>CHSLD</p> <ul style="list-style-type: none"> - manque de planification de l'intégration la 1^e fois. <p>Soins courants</p> <ul style="list-style-type: none"> - manque d'orientation. <p>Info-santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - exigences cognitive et temporelle élevées; - responsabilité professionnelle.
<p>Risques liés à la violence (8 mentions)</p>	<p>Ce type de risque est plus important dans les services où il y a contact direct avec l'utilisateur (SAD, santé sexuelle, enfance/famille) dans le cas de clientèles particulières (toxicomanes, problèmes psychiatriques, etc.) mais il existe aussi sous une autre forme à Info-santé.</p>

Type de risques mentionnés par les infirmières d'agence	Risques spécifiques selon les programmes
Risques de piqûre (7 mentions)	C'est le genre de situation dont les infirmières parlent spontanément; Plusieurs incidents de piqûre sont rapportés en entrevues dans tous les services où il y a contact direct avec l'utilisateur.
Contraintes temporelles (6 mentions)	Prélèvements <ul style="list-style-type: none"> - charge de travail très élevée; - tâches connexes. SAD <ul style="list-style-type: none"> - route surchargée et souvent mal planifiée; - contraintes liées au dépôt des prélèvements.

4.4 Les données du questionnaire

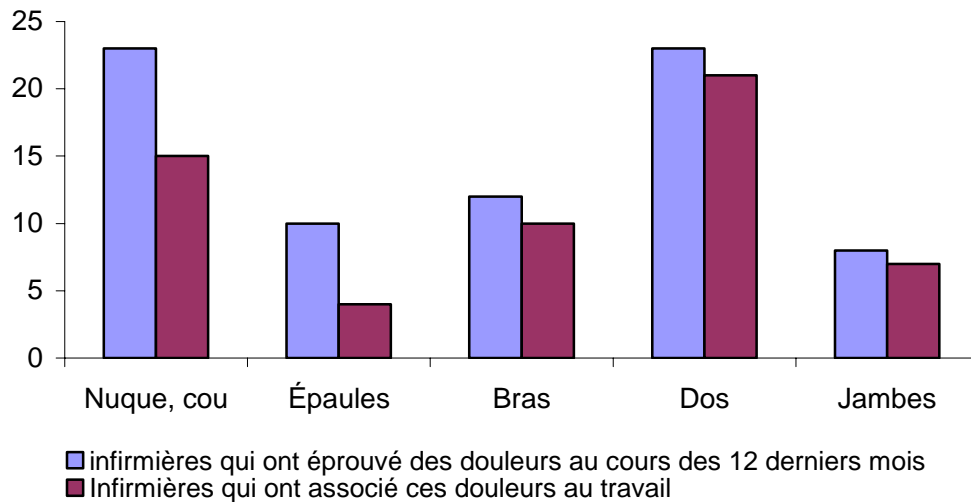
Un questionnaire portant sur la santé musculo-squelettique et la santé mentale a été remis aux gestionnaires des deux agences qui l'ont posté aux membres de leur personnel infirmier. Trente questionnaires ont été retournés par la poste : 18 par les infirmières de l'agence 1 et 12 par les infirmières de l'agence 2. Il n'est pas possible de déterminer le taux de réponse exact puisque le nombre total d'infirmières à l'emploi de chaque APSI (et par conséquent le nombre d'effectif) est inconnu. Cependant, comme nous l'avons vu au chapitre 2, nous estimons le taux de réponse autour de 50 %.

4.4.1 Symptômes musculo-squelettiques

La figure 4.1 présente le portrait des réponses des 30 infirmières aux questions portant sur les sites où elles ont ressenti des douleurs au cours des douze derniers mois. Les principaux sites de douleur déclarée par les infirmières sont dans l'ordre : le dos et la région cou-nuque (77 % des répondantes respectivement) ainsi que les bras (42 %). Les épaules s'ajoutent à ces sites pour 33 % des infirmières. De façon très majoritaire, elles ont relié ces douleurs au travail. Pour les douleurs au dos ainsi qu'au cou et à la nuque, les infirmières les associent à l'ensemble de leur travail, dans la grande majorité des cas, ainsi qu'à certaines tâches particulières comme la réalisation de pansement à domicile, sans pouvoir s'installer correctement, les soins au lit, le travail à l'ordinateur ainsi que le travail de bureau, les postures statiques, le transport de matériel lourd, la réalisation de pansements aux membres inférieurs, le fait de monter et de descendre fréquemment de l'auto ainsi que la conduite. Ces douleurs sont ressenties par les infirmières à différents moments de la journée, aussi bien au travail que chez elles, et la nuit.

Dix-neuf infirmières ont déclaré avoir consulté des spécialistes de la santé pour leurs douleurs. Six se sont absentes du travail pour ces douleurs. Trois disent avoir fait des réclamations à la CSST alors que deux déclarent avoir été compensées. Ces informations ne concordent pas avec les statistiques obtenues à l'agence 2 qui stipulent qu'il n'y a eu aucune absence compensée. Ces données ne correspondent pas, également, avec le portrait de la SST tracé par la gestionnaire de l'agence 1 à l'effet qu'aucune des infirmières ne s'est absente du travail.

Figure 4-1 : Douleurs attribuées au travail chez les infirmières des deux agences étudiées

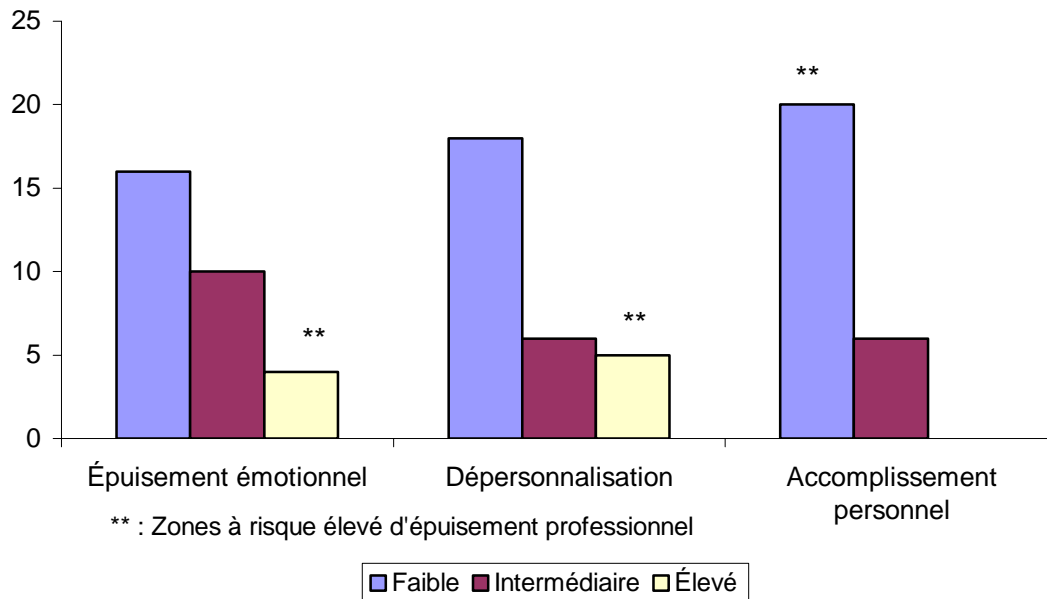


Dix-neuf infirmières ont déclaré avoir consulté des spécialistes de la santé pour leurs douleurs. Six se sont absentes du travail pour ces douleurs. Trois disent avoir fait des réclamations à la CSST alors que deux déclarent avoir été compensées. Ces informations ne concordent pas avec les statistiques obtenues à l'agence 2 qui stipulent qu'il n'y a eu aucune absence compensée. Ces données ne correspondent pas non plus au portrait de la SST tracé par la gestionnaire de l'agence 1 à l'effet qu'aucune des infirmières ne s'est absentée du travail.

4.4.2 La santé psychologique

En ce qui concerne la santé psychologique, les infirmières d'agence présentent majoritairement des cotes faibles sur les deux premières échelles, celles d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. En effet, 13,3 % et 17,2 % des infirmières sont à risque élevé pour ces deux indices (Figure 4.2). En outre, sur l'échelle de l'accomplissement personnel, 77 % des infirmières considèrent que leur travail ne leur permet pas de se réaliser ce qui est très préoccupant. Il y a 13,3 % des infirmières d'agence 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 élevée que celle trouvée dans la population québécoise par Dion et Tessier (1994) soit 7,3 % pour les éducatrices et 9,8 % pour les infirmières. Rappelons cependant que le taux de réponse au questionnaire est faible.

Figure 4-2 : Indices de santé psychologique des infirmières des deux agences étudiées



4.5 Conclusion

La présente étude a permis dans un premier temps de décrire le contexte d'affaire de deux agences privées offrant des services de soins infirmiers ainsi que la nature des relations qu'elles entretiennent avec leurs clients, les donneurs d'ouvrage.

Elle permet aussi de contraster en profondeur l'organisation du travail de ces deux APSI en mettant en relief les choix de gestion de chacune d'elles relativement aux facteurs organisationnels suivants : critères de sélection à l'embauche, formation, horaires de travail et attributions des remplacements pour ne nommer que ceux-là. Au fur et à mesure que l'étude avançait, un modèle prenait forme afin de caractériser les liens existant entre les donneurs d'ouvrage, les APSI et le personnel infirmier d'APSI. Le résultat de ce processus itératif est discuté au chapitre 8 alors que l'analyse des données provenant de différentes sources montre, au chapitre 6, les effets de ces deux organisations différentes sur l'activité réelle de travail des infirmières d'agence.

Dans un deuxième temps, les données recueillies permettent de tracer un certain portrait de la main-d'oeuvre infirmière des deux APSI en termes d'effectifs et du temps travaillé. Elles mettent aussi en évidence une gestion plutôt laxiste de la SST au sein de ces établissements et l'absence d'activité de prévention alors que les infirmières rencontrées rapportent être exposées au travail à différents types de risque. Les résultats tirés des réponses au questionnaire sur leur santé physique et psychologique corroborent ces propos : les répondantes rapportent dans une proportion importante la présence de douleurs à différents sites corporels qu'elles associent majoritairement au travail. De plus, 77% des répondantes disent ne pas se réaliser au travail ce qui constitue un résultat préoccupant même si le taux de réponse s'avère faible.

5. PORTRAIT DES INFIRMIÈRES EN AGENCE

5.1 Analyse des parcours professionnels et de santé

Afin de mieux comprendre le choix des infirmières de travailler au sein d'une agence privée de soins infirmiers, après avoir généralement débuté leur carrière et pratiqué de nombreuses années au sein du réseau de santé public nous avons, à l'aide des réponses au questionnaire distribué et des verbatim des huit entrevues réalisées, retracé leur parcours professionnel. Celui-ci montre, dans un premier temps, l'accumulation d'expériences diversifiées de travail de ces personnels. L'analyse des huit entrevues a surtout permis, dans un deuxième temps, de mettre en parallèle les parcours de santé et les parcours professionnels, révélant ainsi des liens entre le choix de travailler en agence et la santé physique et/ou mentale. Ces données sont également mises en parallèle, lorsque possible, avec les autres activités professionnelles réalisées par l'infirmière ainsi qu'avec les effets des changements ou des caractéristiques du réseau public de santé sur cette dernière. Les parcours schématisés des huit infirmières rencontrées sont présentés à l'annexe 5.1.

5.1.1 Les réponses au questionnaire

Rappelons que dans le questionnaire distribué aux infirmières des deux agences, il y avait des questions portant sur l'âge, l'expérience comme infirmière, l'expérience en agences ainsi que l'expérience dans d'autres métiers. Vingt-huit infirmières ont répondu à ces questions.

En moyenne, les infirmières ont 41 ans (43 % d'entre elles ont 45 ans et plus), près de deux ans d'expérience en agence (13 ont 2 ans et plus d'expérience en agence de soins) et près de 11 ans d'expérience comme infirmière dans d'autres établissements (différents départements de centres hospitaliers - chirurgie, neurologie, cardiologie, équipe volante, etc., CHSLD, résidences privées, CLSC, centres d'accueil). Sept d'entre elles ont 15 ans et plus d'expérience dans ces institutions). La majorité des infirmières répondantes ont un DEC (une détient un baccalauréat et une un certificat).

Les analyses ont révélé une corrélation élevée entre l'âge et l'expérience comme infirmière (corr = 0,66) ce qui veut dire que plus les infirmières avancent en âge plus elles acquièrent de l'expérience. Cependant, la corrélation entre l'âge et l'expérience dans d'autres emplois est beaucoup plus faible (corr = 0,33) ce qui signifie que des infirmières de toute catégorie d'âge ont acquis de l'expérience dans d'autres emplois avant de pratiquer leur métier. Il en est de même de la relation entre l'expérience comme infirmière et l'expérience dans d'autres métiers (corr = - 0,29). En effet, l'expérience comme infirmière n'est pas un très bon prédicteur de l'expérience dans d'autres emplois. Ainsi, il n'est pas automatique qu'une forte expérience dans un autre emploi implique une faible expérience comme infirmière.

Vingt des 28 infirmières répondantes ont entre un an et 20 ans d'expérience dans d'autres emplois. De plus, parmi celles-ci, 14 ont cumulé auparavant plus de cinq ans d'expérience dans d'autres emplois ce qui représente 70 % d'entre elles. Quatre de ces infirmières ont plus de 45 ans et sept d'entre elles entre 35 et 44 ans. D'autre part, sept des huit répondantes qui ont déclaré ne pas avoir d'expérience dans d'autres emplois sont âgées de plus de 45 ans.

Les autres emplois occupés sont diversifiés et nombreux. Onze des 20 infirmières ont déclaré avoir d'autres expériences dans un seul autre emploi, sept en ont occupé deux, une infirmière quatre autres et une dernière jusqu'à cinq emplois. Certains de ces emplois étaient dans le secteur de la santé puisque sept infirmières ont été préposées aux bénéficiaires, infirmière-auxiliaire ou psychologue. Les autres emplois occupés sont ceux de caissière, vendeuse, assistante-gérante de restaurant, monitrice de camp de vacances, commis de bureau, directrice et formatrice pour un centre de santé, directrice générale d'une résidence privée, directrice de service communautaire, réceptionniste, serveuse, tailleuse de mode, assistante administrative, barmaid, déléguée commerciale, entretien ménager, animatrice de loisirs, ouvrière, propriétaire d'un institut de beauté. Comme on peut le constater, la très grande majorité des autres emplois occupés par les infirmières au cours de leur carrière sont dans le secteur des services. Ils impliquent donc une relation avec un client. Nous verrons dans les analyses plus approfondies qui suivent comment elles transfèrent cette expérience fort utile puisqu'elle leur permet d'élaborer des stratégies de protection dans leur métier d'infirmière.

5.1.2 Les parcours professionnels des huit infirmières interrogées

Tout d'abord, les huit infirmières rencontrées sont âgées entre 36 et 63 ans, pour un âge moyen de 48 ans. Elles cumulent, en moyenne, 38,8 mois (un peu plus de 3 ans) d'expérience en agence privée de soins infirmiers (minimum= 3 mois ; maximum = 72 mois). L'expérience moyenne du métier est de 20 ans et elle s'échelonne de 8 à 40 ans.

Concernant la pratique du métier dans le réseau public de santé, elles ont toutes, sauf une, débuté leur carrière d'infirmière dans ce secteur. L'une d'elles a, en effet, débuté sa carrière en travaillant pendant trois ans pour une agence privée. Son embauche dans un CLSC a ensuite été facilitée par l'expérience acquise dans les différents services lors des remplacements. Cette dernière¹⁵ n'a, par ailleurs, travaillé que deux années dans le secteur public alors que les sept autres, y ont travaillé entre 7 et 25 ans, pour une moyenne de 12,9 ans. Tout au long de leur carrière, la majorité des infirmières ont changé d'employeur à trois reprises, incluant leur emploi dans les agences étudiées alors que l'une d'elles a changé d'emploi jusqu'à sept fois¹⁶.

Une infirmière a complété un baccalauréat (obtenu en 1962 en Ontario) alors que les sept autres détiennent un diplôme collégial en soins infirmiers du Québec. Certaines infirmières (3/8) ont poursuivi, en parallèle de leur pratique, des études dans des domaines connexes : certificat en sciences infirmières, massothérapie, naturopathie, baccalauréat en psychologie. Quant à l'expérience de travail, deux des huit infirmières (2/8) ont travaillé au sein d'autres secteurs d'activités : l'une a travaillé pendant 14 ans en hôtellerie alors que l'autre a travaillé pendant 17 ans au sein de cliniques d'esthétique et de traitement de l'obésité. La première infirmière souhaitait ainsi concilier son horaire de travail avec sa vie familiale puisqu'elle occupait un emploi de nuit dans un centre hospitalier. Pour la seconde, il s'agissait d'une réorientation professionnelle après avoir subi un accident du travail grave au dos alors qu'elle occupait un poste d'infirmière en psychiatrie et qu'elle avait été agressée par une usagère. Deux autres

¹⁵ Il s'agit, par ailleurs, de l'infirmière de l'échantillon ayant la plus petite expérience du métier (8 ans).

¹⁶ Il s'agit d'une infirmière qui a occupé plusieurs emplois dans le secteur privé pendant plus de 14 ans.

infirmières (2/8) ont arrêté de travailler pendant trois et cinq ans pour des raisons familiales. Il s'agit d'infirmières qui cumulent respectivement 27 et 31 ans d'expérience du métier.

Finalement, seulement deux infirmières (2/8) ont exercé un autre type d'emploi avant de suivre une formation collégiale en soins infirmiers : l'une a travaillé pendant cinq années comme préposée aux bénéficiaires dans un CHSLD alors qu'une autre a occupé un emploi en écologie.

5.1.3 Les parcours détaillés de deux infirmières

Une analyse plus fine a porté sur le parcours de deux infirmières : le parcours de l'infirmière 4 a été sélectionné car il s'agit d'une infirmière qui cumule plus de cinq années d'expérience en agence mais il s'agit aussi de celle qui, en moyenne, travaille le moins d'heures par semaine, qui a un horaire plus régulier et dont les journées présentent le moins d'amplitude¹⁷. L'autre parcours a été sélectionné car il s'agit de l'infirmière (infirmière 5) qui cumule le moins d'expérience en agence (3 mois) mais qui, par ailleurs, a une bonne expérience du métier. Il s'agit aussi de l'infirmière qui, de façon générale, travaille le plus en agence.

La figure 5.1 montre que l'infirmière 4 a une grande expérience de métier et d'agence qui l'a amenée à concentrer ses horaires de travail dans le temps. Elle a débuté dans le secteur public mais a finalement rejoint le secteur privé il y a quatorze ans. Elle travaille dans une agence privée de soins infirmiers au Québec depuis cinq ans et pratique le métier d'infirmière depuis trente ans. C'est une personne qui aime son travail et dit en particulier aimer le contact avec les usagers. Elle présente un parcours professionnel très riche tant au niveau de son expérience, de son parcours de santé, de ses horaires de travail et de l'élaboration de stratégies protectrices.

Le survol de ses nombreuses expériences de travail révèle l'étendue de ses compétences. Il nous semble également, à la lumière des propos recueillis, que les multiples expériences acquises lui permettent de faire face aux imprévus de son travail et aux risques de son métier.

L'infirmière 4 a un parcours de santé marqué par plusieurs événements qu'elle a reliés à son parcours professionnel. Quant à sa santé physique, elle déclare avoir vécu l'apparition de tensions et de douleurs récurrentes au niveau cervical au cours de ses seize années d'exercice au sein d'un centre hospitalier du secteur public en tant qu'infirmière régulière. Lors de la pratique dans ce milieu, elle a ressenti un sentiment de non-reconnaissance de ses compétences. Elle avait l'impression qu'on lui disait « *Oui t'es bonne pour faire ça mais tu serais pas capable de faire d'autre chose* ». De plus, d'après elle, l'atmosphère de travail se dégradait au fil du temps : « *y'ont commencé à pointer le travail qu'on faisait là. Combien d'heures. Dans notre journée là c'était pu une personne. C'était un corps, un objet qui avait besoin de 1/2 heure pour une toilette le matin...* ». Confrontée à cette non-reconnaissance et à ce conflit avec ses valeurs professionnelles, elle dit qu'elle « *avais besoin de voir ailleurs* ». Ainsi, elle cumule pendant trois mois son poste au CH et un emploi (à temps partiel) en soins palliatifs à domicile dans une APSI. Elle cherchait à découvrir un autre environnement de travail. Elle dira qu'à son départ définitif pour l'APSI, on lui a finalement proposé le poste d'assistante-chef qu'elle avait déjà occupé par intérim mais qu'on lui avait auparavant refusé.

¹⁷ Le chapitre 7 discute des horaires de travail des infirmières d'APSI.

Après un an et demi de travail auprès de la clientèle en soins palliatifs à domicile, presque à temps plein, elle quitte ce poste en expliquant qu'elle avait le désir de se rapprocher de ses enfants et qu'on lui avait refusé une semaine de vacances. Rétrospectivement, elle dit avoir vécu à cette période « *un certain épuisement psychologique* » qu'elle verbalise ainsi « *Je mangeais de la mort [...] je me documentais sur la mort et je lisais même régulièrement la notice nécrologique dans le journal* ». Ensuite, elle a occupé pendant cinq années un emploi de nature clinico-administratif. On peut faire l'hypothèse que cela peut lui avoir permis de se préserver à la fois physiquement et psychologiquement. On peut supposer qu'elle désirait être, consciemment ou non, moins confrontée à une clientèle difficile afin d'être moins vulnérable. Elle a donc été « infirmière-conseil » dans un bureau et s'est ainsi retirée de la pratique clinique. Une exacerbation de ses douleurs cervicales associée au travail statique à l'ordinateur s'est alors manifestée. Au bout de cinq ans, la perte de cet emploi l'a moralement déstabilisée. Elle en parle comme d'un sentiment d'échec. L'infirmière 4 s'est alors dirigée vers des postes de « clinicienne » dans le privé. Elle n'aimait pas le retour à cette pratique et rapporte avoir souffert d'insomnies à cette époque. Par la suite, pendant trois ans, elle a effectué des examens paramédicaux à domicile. Cependant, la compagnie pour laquelle elle travaillait étant en difficulté financièrement, elle a fait le choix de retourner travailler comme clinicienne dans une APSI. Cette fois-ci, elle cible les services de vaccination et de prélèvements et ne désire plus travailler en SAD.

Peu de temps après son embauche à l'agence 1, l'infirmière 4 a été victime d'un accident du travail non déclaré à la CSST. Il serait lié à un mauvais aménagement du poste de travail associé à une charge de travail et à des contraintes de temps importantes. Cet accident a réactivé les douleurs au cou ce qui l'a poussée à consulter des spécialistes. Elle apprend qu'elle avait des problèmes d'arthrose au niveau de la colonne cervicale où l'on notait aussi la présence d'une hernie discale. À ce jour, elle conserve un engourdissement à l'index gauche et des fatigues temporaires associées à de mauvaises postures lors de son activité. Cependant, elle n'aurait pas de problème de santé persistant. Il est important de souligner qu'elle n'a déclaré aucun arrêt de travail depuis son entrée à l'agence ; elle dit ne pas s'être absentée pour maladie depuis son embauche.

Figure 5-1 : Parcours professionnel et de santé de l'infirmière 4

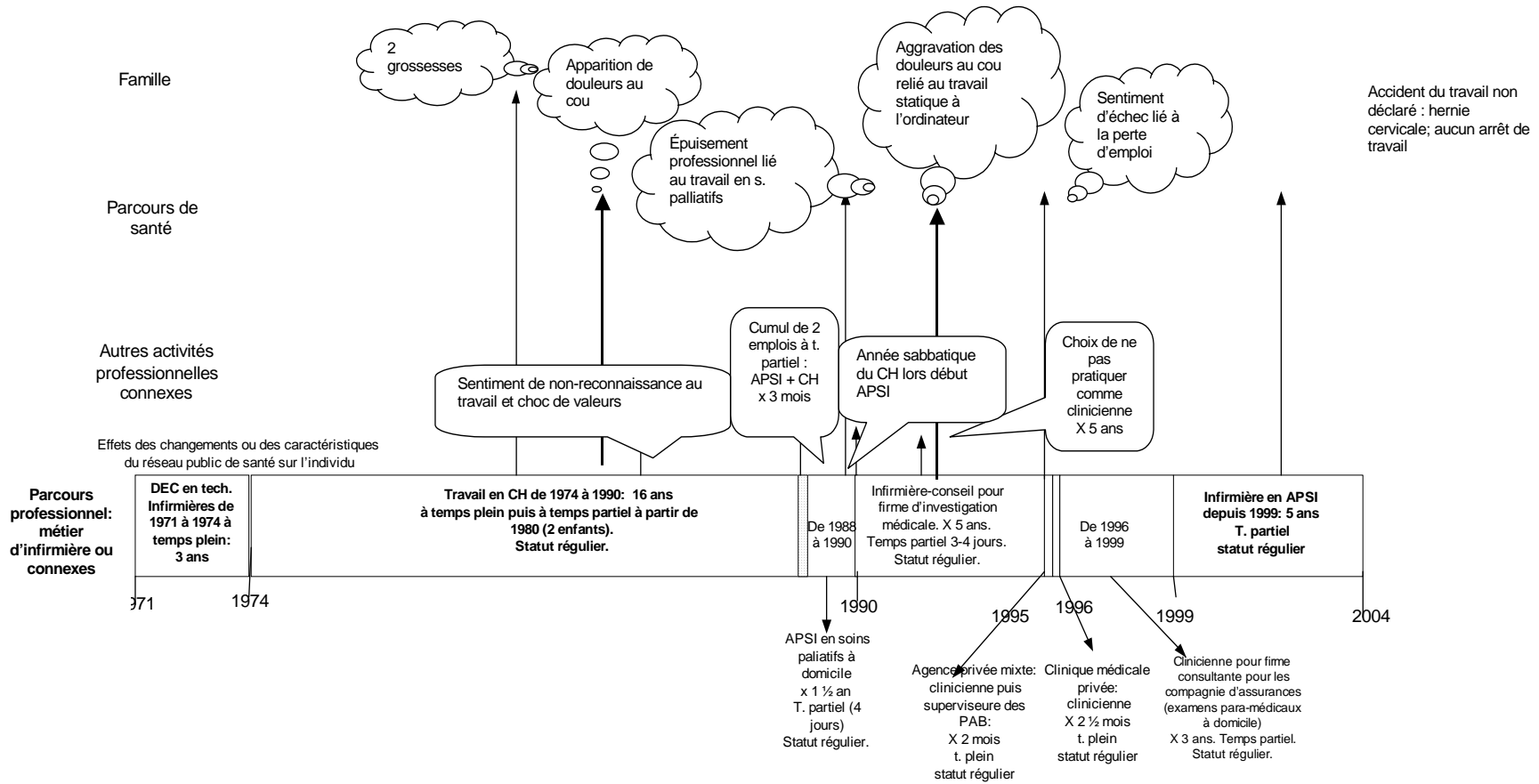
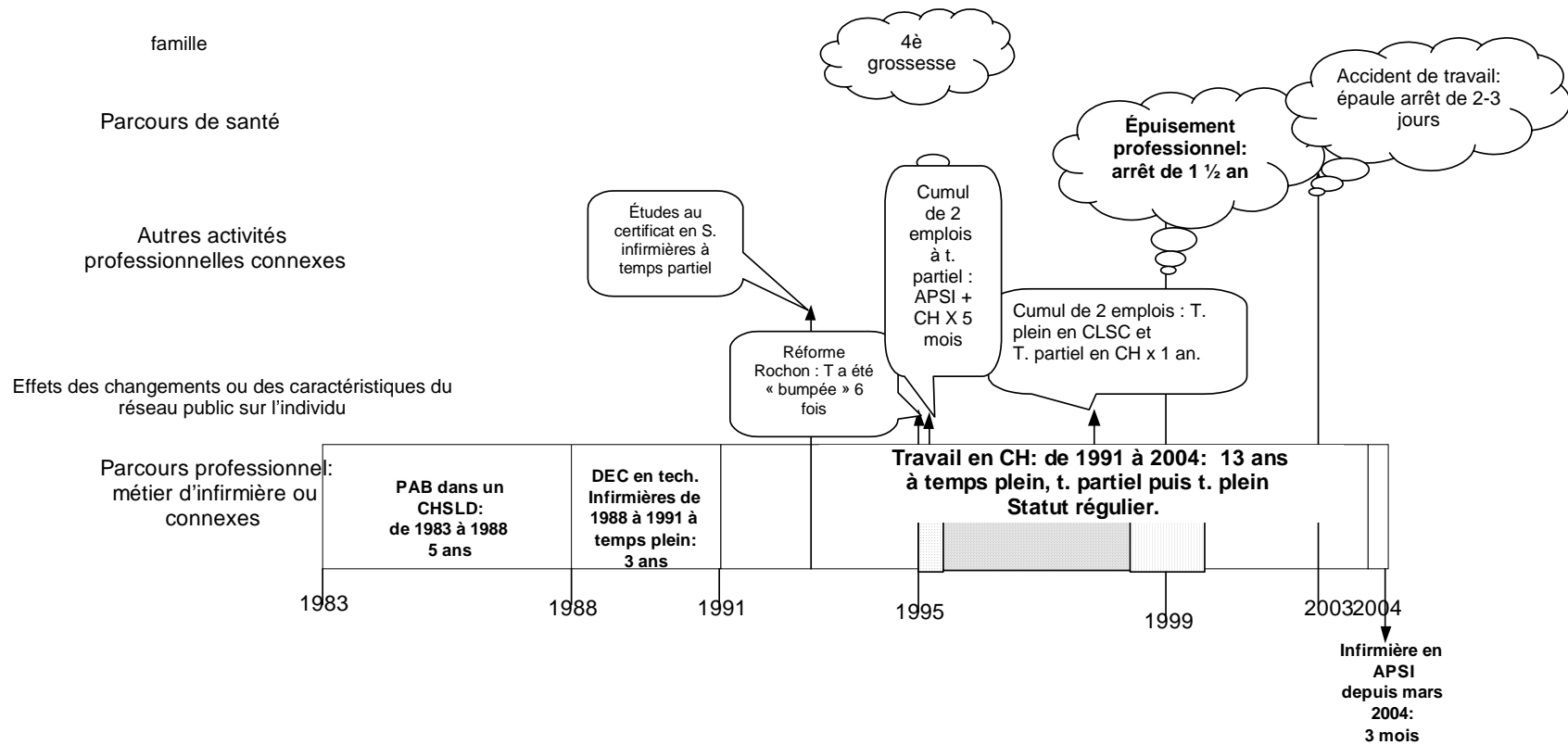


Figure 5-2 : Parcours professionnel et de santé de l'infirmière 5



L'analyse du parcours professionnel de l'infirmière 5, illustré à la figure 5.2 révèle que cette dernière, comme 20 autres des infirmières ayant répondu au questionnaire, a occupé un autre emploi avant de suivre une formation collégiale en techniques infirmières. Il s'agissait toutefois d'un emploi dans un domaine connexe puisqu'elle a été pendant pendant cinq ans préposée aux bénéficiaires dans un CHSLD. Après sa formation, elle a été embauchée dans un centre hospitalier et a occupé un poste occasionnel à l'urgence puis aux soins intensifs. Elle dit avoir ressenti fortement les effets de la réforme Rochon lorsqu'elle a été « bumpée » à six reprises : « *C'est traumatisant. Y nous croient pas, pour eux autres, c'est pas important. T'as une famille, t'as une vie, t'as un salaire pis après t'as plus rien.* » Ainsi, pour s'assurer une sécurité financière, elle a cumulé, à deux reprises, deux emplois : un emploi à temps partiel dans une APSI pendant cinq mois puis, plusieurs mois plus tard, elle a cumulé pendant quatre années un emploi à temps plein de soir dans un CLSC alors qu'elle poursuivait le travail à temps partiel au centre hospitalier. Par la suite, l'infirmière 5 a subi un épuisement professionnel qu'elle associe à la surcharge créée par le cumul de deux emplois : « *J'ai frappé le mur : ça s'arrête là. Y'a fallu que j'arrête. C'est là que j'ai développé, j'avais fait de l'hypertension enceinte, après j'étais correcte, mais là, ça s'est installé. Tu t'dis : pas moi. Mais on m'a dit : faut que tu t'arrêtes. J'avais plus le choix.* ». Elle a alors dû s'absenter du travail pendant une année et demie.

Par la suite, même si elle a eu un poste à temps plein en CH, elle dit avoir été minée par l'incertitude qui planait face à ces assignations : « *Y'a une sorte de terrorisme derrière ça : tu sais jamais, t'as beau avoir un poste à temps complet, c'est bon pour les finances, pour tout, mais tu sais jamais ce qui va t'arriver, c'est épuisant.* » À son retour, elle a donc travaillé à ce CH pendant trois années. Elle y a subi en 2003 un accident de travail à l'épaule en mobilisant un usager aux soins intensifs : elle a bénéficié d'un arrêt de quelques jours, déclaré à la CSST. Elle ne rapporte aucune séquelle en lien avec cet événement.

En 2004, elle quitte le réseau public et débute à temps plein à l'agence 1. Elle choisit alors de travailler en SAD et au programme d'Info-santé mais de ne travailler, au début, que dans deux CLSC. Concernant ses raisons de quitter le réseau public, elle mentionne qu'après huit ans d'ancienneté à l'hôpital elle « *ne voyait pas l'heure de travailler de jour* » (elle travaillait de soir aux soins intensifs) et qu'à ce moment, elle désirait travailler de jour pour concilier le travail et sa vie familiale. Pour elle, l'avantage du travail en APSI réside dans le choix des quarts de travail, des horaires. Au départ, ce choix ne visait pas la préservation de sa santé malgré son épisode d'épuisement professionnel. Cependant, elle mentionne l'avantage suivant du travail en agence : « *La seule chose qu'on a, c'est le détachement [...]. On fait un peu plus si on a un poste. Tandis que là, t'as pas de poste [...]. Tu fais tes soins, tu fais tes affaires, tout le monde est correct, tout le monde est content puis après ça s'arrête là. Y'a pas de continuité : est-ce que je pourrais faire mieux, comment je pourrais développer ça.* » Elle ajoute qu'elle ne ressent plus de préoccupation liée à l'évolution d'un usager spécifique comme lorsqu'elle travaillait en soins intensifs. Elle apprécie aussi le travail en agence pour le contact avec l'usager, moins technique qu'avec des appareils : « *il parle et il marche; il n'est pas « branché » sur des machines comme aux soins intensifs* » alors qu'elle dit aussi aimer le travail à Info-santé car elle sent une poussée d'adrénaline comme lorsqu'elle a travaillé à l'urgence. Pour elle : « *chaque appel est différent, c'est un peu comme un défi je dois trouver une solution, répondre au besoin* ».

Afin d'expliquer son envie de quitter le secteur public pour le privé, l'infirmière 4 dénonce :

- le manque de reconnaissance des valeurs personnelles et professionnelles en milieu hospitalier;
- la surcharge de travail;
- la valorisation de l'ancienneté au détriment des compétences;
- le non-respect des usagers en raison des contraintes de temps et de la charge de travail.

Alors que l'infirmière 5 dénonce la valorisation de la formation universitaire (baccalauréat vs DEC) au détriment des compétences. Toutes deux disent que leur premier critère pour choisir un emploi portait sur la possibilité de concilier le travail et la vie familiale.

En résumé, l'infirmière 4 a connu divers problèmes de santé en lien direct avec un parcours professionnel très riche. Elle a choisi de changer d'employeur en raison des conditions de travail qu'elle jugeait défavorables pour sa santé ainsi que pour la conciliation « travail-famille ». Ceci reflète la situation d'autres infirmières rencontrées. Pour l'infirmière 5, il s'agissait d'éliminer l'insécurité ressentie à la suite de plusieurs « bumpages », malgré ses huit années d'ancienneté, d'améliorer ses conditions de travail et d'éviter enfin le cumul de deux emplois.

Toutes deux insistent sur le fait qu'en agence privée, leur polyvalence et leur expérience du métier sont valorisées. Elles peuvent également choisir leurs horaires de travail et les établissements où elles souhaitent intervenir. Ces propos rejoignent aussi ceux tenus par les six autres infirmières rencontrées.

5.1.4 Les liens entre les parcours professionnels et la santé

Avec l'illustration des parcours de deux infirmières, il apparaît plus que pertinent d'ajouter à la trajectoire des parcours professionnels les événements que les infirmières ont rapportés et qui sont liés directement à leur santé. Nous présentons ici une brève synthèse de l'analyse des parcours des huit infirmières¹⁸ rencontrées au cours de ce projet. Cette analyse montre qu'en ce qui concerne les événements de santé rapportés par les infirmières, il s'agit d'incidents ou d'accidents généralement en lien avec le travail même si d'autres problèmes de santé, non reliés directement au travail par l'infirmière elle-même, ont été intégrés ici dans les parcours. De façon générale, toutes les infirmières rencontrées ont rapporté des événements qui peuvent avoir eu diverses répercussions sur leur santé, physique et mentale. Ces événements sont survenus, pour la grande majorité d'entre elles (6/8), avant de faire le choix de travailler en agence.

La consultation des parcours de santé révèle que la moitié des infirmières rencontrées (4/8) ont présenté un épisode d'épuisement professionnel au cours de leur carrière. Trois d'entre elles ont dû s'absenter du travail pendant plusieurs mois et soulignons que l'infirmière 4 a plutôt choisi de changer d'emploi pour un travail de bureau : « *j'avais besoin de changer d'air, je mangeais de la mort* ». L'une de ces quatre infirmières a subi deux épisodes d'épuisement nécessitant des arrêts de travail alors qu'elle occupait un emploi dans le secteur des services. Une cinquième a vécu un arrêt de travail de quelques mois alors qu'elle a présenté une affection pulmonaire idiopathique.

¹⁸ Les six autres parcours professionnels et de santé sont présentés à l'annexe 5.1 du rapport.

Ironiquement, les mots qu'elle utilise pour décrire le choix de quitter son milieu pour le travail en agence sont éloquents : « *j'avais besoin de changer d'air* »!

L'analyse des parcours montre aussi que les trois infirmières qui ont occupé un poste de nuit dans un centre hospitalier (3/3) rapportent de la fatigue ou des troubles de sommeil chroniques ainsi que des problèmes de santé associés au sommeil. Une seule d'entre elles, à l'approche de sa retraite, avait alors bénéficié d'un changement d'horaire. Depuis leur embauche en APSI, elles refusent toutes de travailler le soir et la nuit.

Les problèmes liés à la santé mentale ou aux troubles du sommeil sont dominants alors que les accidents du travail causant des atteintes musculo-squelettiques¹⁹ s'avèrent moins fréquents et n'ont pas donné lieu à des absences de longue durée²⁰ contrairement aux épisodes d'épuisement professionnel évoqués par les infirmières. Cela ne signifie pas cependant que les infirmières ne souffrent pas, plusieurs années plus tard, d'inconforts physiques résultant de ces accidents. En effet, plusieurs rapportent des inconforts lors du travail dans des postures qui présentent une astreinte pour les segments corporels blessés²¹. Finalement, certaines infirmières qui mentionnent avoir souffert de troubles du sommeil lors du travail en CH disent avoir fait des demandes de modification de leur horaire de travail qui n'ont pas, pour la plupart, été agréées. La possibilité de ne plus travailler la nuit constitue pour plusieurs d'entre elles l'une des raisons du choix du travail en APSI.

Le faible taux d'absentéisme officiellement déclaré au sein des APSI (présenté au chapitre 4) exige un examen critique à l'égard des absences d'arrêt de travail. En effet, ces absences peuvent cacher un phénomène de « sous-déclaration » d'accidents de travail dont les causes se doivent d'être explorées. Soulignons que certaines d'entre elles s'absentent pour cause de fatigue ou de maladie en retirant simplement leur disponibilité : aucune absence n'est ainsi enregistrée dans un registre de maladie. Cette situation est d'autant plus vraie à l'agence 2 puisque sa main-d'œuvre ne bénéficie pas d'assurance-maladie.

¹⁹ Les accidents de travail rapportés qui ont causé une atteinte musculo-squelettique sont les suivants :

- une blessure à l'épaule lors d'une manipulation d'une usagère en CH (infirmière 5);
- une blessure au cou lors d'un emplacement au service de prélèvements d'un CLSC lors du travail à l'agence 1 (infirmière 4);
- trois blessures aux mains et membres supérieurs consécutives à une agression lors du travail dans un centre psychiatrique et une entorse au genou, sans séquelle lors du travail en CH.

²⁰ Sauf une lésion sévère au dos pour une infirmière qui a été agressée lors du travail dans un centre psychiatrique et qui a nécessité des soins en réadaptation pendant plusieurs mois. Une réorientation professionnelle avait aussi été réalisée par la suite.

²¹ Par exemple, l'une d'elles rapporte un inconfort au dos consécutivement à l'adoption de la posture assise prolongée lors de remplacements à Info-santé : elle a déjà subi une blessure grave au dos. Une autre allègue l'exacerbation des douleurs au cou lors d'un remplacement dans un service de prélèvement, lors d'une journée chargée : le problème de cou est récurrent.

5.2 Le choix du travail en agence : avantages et désavantages rapportés par les infirmières

5.2.1 Premier critère : protection de sa santé

L'un des objectifs de ce projet est d'identifier les raisons qui ont poussé les infirmières à choisir le travail en agence, considérant notamment que ce type d'emploi est précaire et qu'il offre peu de sécurité. L'analyse des parcours de santé répond en partie à cette question : en effet, rappelons que la grande majorité des événements de santé rapportés par les infirmières sont survenus avant de faire le choix de travailler en agence. Il est donc réaliste de croire que leur survenue a constitué sinon le seul du moins l'un des incitatifs au travail en APSI. Ainsi, le fait de pouvoir choisir son horaire, sa charge de travail et la clientèle desservie, ce qui constitue un élément protecteur de la santé et représente l'une des hypothèses de ce projet, a été confirmé par les infirmières rencontrées. La possibilité de faire des choix qui portent sur l'organisation de son travail favorise la santé mentale de ces travailleuses en leur offrant une latitude décisionnelle protectrice, selon les concepts définis par Karasek²².

D'autres éléments, indirectement liés à la santé mentale des infirmières, peuvent avoir constitué un incitatif à quitter le secteur public pour le secteur privé. Trois infirmières rapportaient différentes difficultés vécues au sein de leur emploi dans le secteur public : sentiment de non-reconnaissance au travail pour deux d'entre elles, en termes d'expérience et de compétences acquises au sein d'un service ; conflit de valeurs face à l'introduction d'une nouvelle approche de soin qui ne tenait pas compte de l'expérience et finalement, sentiment d'insécurité après avoir été « bumpée » à plusieurs reprises. Ainsi, plusieurs d'entre elles rapportent de l'insatisfaction liée tant aux valeurs professionnelles qu'aux conditions de travail dans le secteur public : manque de moyens, surcharge, travail posté (quart de soir et de nuit), le temps supplémentaire « obligatoire ». La comparaison du portrait de la santé mentale des infirmières d'agence et de SAD détaillée au chapitre 8 montre en effet que les infirmières qui oeuvrent dans le réseau public présentent un taux deux fois plus élevé de risque d'épuisement professionnel. Cependant, les infirmières d'APSI présentent un risque deux fois plus élevé de dépersonnalisation²³. Il semble par ailleurs qu'une expérience de travail prolongée en relation de service a conduit ces infirmières à rechercher une certaine distanciation avec les usagers, que peuvent leur procurer les conditions de travail en APSI en opposition avec celles présentes dans le secteur public.

5.2.2 Autres avantages

Ainsi, lorsque l'on analyse de façon plus détaillée les parcours de chacune des huit infirmières, on note aussi que pour deux d'entre elles, le travail en agence constituait la porte d'entrée pour un retour à la pratique : l'une, suite à deux années de retraite, et l'autre, suite à 17 ans dans le secteur privé. Une jeune infirmière, quant à elle, a choisi le travail en agence qui s'avérait selon elle plus conciliant à la fin de son congé de maternité. Pour l'infirmière 5, il s'agissait aussi de faciliter la conciliation travail-famille.

²² Bourbonnais et coll., 2005

²³ Pour la définition de la dépersonnalisation, voir chapitre 2.

On note cependant, qu'avant leur embauche par l'une des agences étudiées, au moins trois d'entre elles ont cumulé leur emploi dans le secteur public et celui au sein de l'agence pendant quelques mois, avant de quitter leur poste : plusieurs disent avoir « essayé » le travail en agence avant de rompre définitivement leur lien d'emploi avec le secteur public. Il était important pour elles de s'assurer d'aimer le travail en APSI ainsi que ses conditions d'exercice avant de quitter un emploi « stable ». Par la suite, plusieurs rapportent avoir apprécié la reconnaissance de leur expérience du métier par les gestionnaires des agences et les établissements-clients. Elles parlent aussi de la valorisation de leurs compétences depuis qu'elles travaillent en agence et du sentiment que leur polyvalence est reconnue. Certaines affirment même que la perception des milieux vis-à-vis le personnel d'APSI s'est améliorée depuis les dernières années et qu'on leur témoigne plus de considération.

5.2.3 Les désavantages du travail en agence

Spontanément, les réponses des infirmières lors du questionnement des désavantages liés au travail en agence ont porté sur l'aspect financier. Ainsi, l'inconvénient majeur rapporté par les infirmières porte sur l'insécurité financière liée à l'absence de sécurité d'emploi : certaines s'inquiètent d'obtenir un nombre minimal d'heures de travail par semaine. Les infirmières de l'agence 2 jugent que l'absence d'assurances est aussi un désavantage important en cas de maladie ou d'accident²⁴. En les questionnant un peu plus, certaines d'entre elles rapportent la variété des milieux de travail comme un désavantage : ne pas connaître les façons de faire, devoir s'adapter à chaque fois et créer des liens avec le personnel régulier qui sont ensuite rompus. Elles parlent des changements de milieu en termes de court-circuit de leurs stratégies de fonctionnement et des bonnes relations qu'elles ont mis du temps à bâtir avec le personnel des établissements. Certaines déplorent le fait qu'elles sont très isolées malgré l'aide qu'elle peuvent recevoir des infirmières du CLSC et déclarent moins de plaisir au travail : « *on travaille beaucoup individuellement* ». Ces propos confirment le faible taux de satisfaction au travail tiré des réponses au questionnaire (chapitre 4). Il existe une limite qui est déterminée par leur statut de personnel d'APSI. Elles rapportent des situations où elles ont vécu un manque de considération de la part de la gestion des donneurs d'ouvrage. Par exemple, même si elles assument depuis plusieurs mois un remplacement dans un milieu, on ne les avise qu'à la dernière minute du renouvellement ou non du remplacement ce qui leur génère une insécurité financière : « *tu reçois ben des compliments mais on a pas la décence de te répondre à une question : dis-moi le, j'implore pas de rester [...] c'est logique que je puis avoir une réponse. Vous me réservez à long terme, fait que pendant ce temps-là moi je vais pas travailler ailleurs. Ca veut dire que tout ce qui rentre de demandes ici là, moi je sui pas disponible.* »

5.3 Le travail en agence : un compromis coûteux ?

Il a été montré que le fait de respecter le choix de l'infirmière de travailler le jour et non le soir et la nuit a certainement attiré les trois infirmières, qui rapportaient des troubles de sommeil, vers le travail en agence. Pour d'autres, le choix des horaires mais aussi des clientèles (ou programmes) constitue aussi un facteur de protection car il détermine le degré d'implication auprès des clientèles. Par exemple, deux des huit infirmières affirment clairement préférer les courts au

²⁴ L'agence 1 offre à son personnel infirmier une assurance maladie et invalidité.

longs remplacements afin de ne pas avoir à assumer les suivis des usagers comme doit le faire une infirmière-pivot en SAD. D'autres aiment changer régulièrement de milieu de travail afin de ne pas être exposées à des climats de travail tendus au sein d'un service. De cette façon, elles se coupent cependant volontairement de l'accès à un collectif de travail au sein duquel elles pourraient recevoir un soutien et bénéficier, par exemple, des « trucs » développés par les infirmières régulières pour intervenir auprès d'usagers spécifiques. D'autres préféreront, comme exposé à la section 5.2.2, la stabilité des milieux afin d'élaborer une stratégie de travail qui tienne compte du mode de fonctionnement du service et qui vise aussi la création de liens de confiance avec le personnel du milieu pour obtenir aisément sa collaboration facilitant ainsi leur travail. La distanciation envers l'utilisateur mais aussi envers une certaine pratique du métier, telle que décrite précédemment par l'infirmière 5 serait un élément protecteur du travail en agence: *«T'as pas à dire qu'est-ce que je pourrais faire et être chez vous pis à y penser : qu'est-ce que je pourrais essayer d'améliorer...Tu peux décrocher, c'est fini là. »*. Par contre, cette distance protectrice peut présenter un revers ce qui expliquerait que 77 % des infirmières interrogées considèrent que leur travail au sein d'une APSI ne leur permet pas de se réaliser²⁵.

De plus, on note que les deux infirmières, dont les parcours ont été analysés de façon détaillée, choisissent de travailler au sein d'un programme qui présente une certaine astreinte pour leur santé et ceci, afin de préserver leur santé à un autre niveau.

Par exemple, l'infirmière 4, qui effectue un retour comme clinicienne après avoir occupé des postes de nature plus clinico-administrative, a choisi de travailler au sein du programme de prélèvements : il s'agit du programme où le plus de contraintes physiques (cou et dos) et d'atteinte aux membres supérieurs ont été observés (réf : chapitre 6) ce qui constitue pour elle une astreinte compte tenu de ses antécédents au cou. Cependant, cette assignation lui permet de concentrer ses horaires de travail de façon à ne pas travailler la fin de semaine, ni de soir ou de nuit. Il s'agit donc d'un compromis qui vise à optimiser sa qualité de vie, considérant le vécu d'un épisode d'épuisement professionnel (sans arrêt) au détriment de sa santé physique. Le choix d'œuvrer aussi au sein d'un programme dont les services ne requièrent pas de continuité (les usagers s'y présentent de façon ponctuelle) favorise également une forme de distanciation face aux usagers ce qui réduit les contraintes liées à la relation de service (ou d'aide).

L'infirmière 5, après avoir vécu un épisode d'épuisement professionnel d'une durée d'un an et demi, accepte des assignations au programme d'Info-santé où elle dit être continuellement exposée à un certain stress (« adrénaline ») et parfois, à de l'agressivité ou de la violence verbale. Elle rapporte aussi des contraintes cognitives liées à la nécessité *« d'être toujours alerte pour traiter les appels; cibler le problème en 5 minutes même si on a, en moyenne, 15 minutes par appel. Parfois c'est dur car la personne ne sait même pas elle-même pourquoi elle appelle, c'est pas précis [...] c'est pire quand ils sont impatients ou agressifs. Dans ce temps-là, je recadre : j'ai 5 minutes à vous accorder, je vais devoir répondre à d'autres personnes qui attendent. »* Cette infirmière voit l'enregistrement des appels comme un facteur de protection car lorsqu'un appelant se plaint et est agressif, elle lui dit que l'appel est enregistré et généralement, selon elle, le ton baisse. On peut émettre l'hypothèse que cette infirmière choisit de travailler beaucoup en APSI et ce, au sein d'un programme qui présente une astreinte pour sa santé mentale, afin de pallier l'insécurité financière déjà ressentie en CH. Par conséquent, elle est aussi l'infirmière qui

²⁵ Indice de l'accomplissement personnel présenté au chapitre 4.

travaille le plus d'heures par jour et par semaine. Elle se dit toujours très disponible même si elle doit concilier le travail et la vie familiale. Elle refuse maintenant de travailler de soir et de nuit. Le choix de travailler majoritairement au programme d'Info-Santé peut aussi constituer un facteur de protection pour cette infirmière en facilitant la distanciation avec les usagers compte tenu de l'absence de continuité des services, contrairement à des programmes comme le SAD.

5.4 Conclusion

L'analyse des parcours des infirmières interrogées et rencontrées a d'abord révélé que le personnel d'agence privée de soins infirmiers constitue un bassin de main-d'œuvre expérimenté : rappelons qu'en moyenne, les infirmières cumulent 11 ans de pratique infirmière dont deux années de travail en agence. L'analyse montre aussi que les champs d'expertise sont très variés et que 70 % d'entre elles ont occupé d'autres emplois, que ce soit dans le secteur de la santé mais aussi des services. Une constante se dégage cependant de ce type d'emplois : il s'agit de la relation avec un client qui est étudiée en ergonomie sous « la relation de service ». Les caractéristiques propres à ce type d'emploi présentent différentes contraintes pour le personnel infirmier discutées dans les chapitres 6 et 8.

L'analyse concomitante des parcours professionnels et des parcours de santé des huit infirmières a mis en lumière la présence d'une usure physique ou psychologique chez près de la totalité des infirmières rencontrées : ceci constitue un résultat majeur. Cette forme d'accumulation peut les avoir conduites à remettre en question leur sécurité d'emploi dans le secteur public et ceci, afin de préserver leur santé en exerçant un contrôle sur leurs conditions de travail, ce que leur permet le travail en agence privée. Par ailleurs, rappelons que plusieurs infirmières ont dit opter pour le travail en APSI afin de concilier le travail et la vie familiale alors que pour d'autres, plus âgées, il s'agissait d'une forme de « pré-retraite » leur permettant de réduire le temps de travail sans l'obligation de se retirer complètement du métier. Soulignons que la migration de « meilleures conditions de travail » vers le secteur privé est directement lié au contexte actuel de pénurie de la main-d'œuvre infirmière qui offre une certaine possibilité aux infirmières de négocier leurs conditions de travail compte tenu de la demande. La constance de ce contexte favorable aux infirmières, en termes de choix, n'est toutefois pas un absolu. En l'absence de cet avantage, les conditions de travail en APSI ne s'avèrent pas plus avantageuses que celles existantes au sein du secteur public.

Le portrait de cette main-d'œuvre d'APSI illustre donc un certain exode d'un personnel expérimenté du secteur public vers le secteur privé. L'analyse faite ici des raisons évoquées par les infirmières met aussi en évidence les enjeux auxquels sont confrontés les établissements publics pour attirer mais surtout retenir leur main-d'œuvre infirmière.

6. LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET DE SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL DES INFIRMIÈRES D'AGENCE

Le portrait de la SST des infirmières d'agence privée présenté au chapitre 4 révèle le peu de données existantes sur la SST de ces personnels au sein des organisations. Afin de mieux documenter ce portrait et d'atteindre un des objectifs de ce projet, les incidents ont été analysés. Il s'agit de ceux mentionnés lors des entrevues individuelles ainsi que ceux notés lors des journées d'observation réalisées dans différents milieux²⁶.

Outre la description d'un portrait de la SST du personnel d'APSI, l'analyse des incidents avait aussi comme objectif d'illustrer le type de relations entre les donneurs d'ouvrage et les APSI qui favorise ou non la SST des infirmières d'agence.

Dans un premier temps, les types d'incident seront classifiés. Leurs causes et conséquences, tant pour les infirmières d'agence que sur le personnel des donneurs d'ouvrage, seront identifiées. Les recours à des stratégies protectrices par les infirmières d'agence afin de réduire les conséquences de ces incidents sur leur activité de travail et leur santé seront mis en relief. La présence de correctifs mis en place par les APSI et les DO sera discutée. Cette démarche focalisera en premier lieu sur les facteurs organisationnels auxquels le plus de dysfonctionnements sont associés:

- 1) Accueil / orientation;
- 2) Formation;
- 3) Charge de travail;
- 4) Horaires;
- 5) Prestation de services.

Dans un deuxième temps, le rôle joué par d'autres facteurs organisationnels sur la SST des infirmières d'APSI sera mis au jour. Il s'agit de la stabilisation des services et la délégation de responsabilité à des infirmières d'agence, spécifiques au travail en agence. La transmission des informations, les collectifs de travail et la reconnaissance seront aussi abordés. Par la suite, une analyse de l'organisation du travail des agences privées de soins infirmiers et de celle des donneurs d'ouvrage mettra en lumière les lacunes organisationnelles qui ont conduit aux incidents étudiés ici. Finalement, on discutera brièvement des pistes de prévention à privilégier.

6.1 Typologie et analyse des incidents

Dix-sept (17) incidents ont été rapportés lors des entrevues réalisées auprès des huit infirmières d'APSI alors que soixante-onze (71) incidents ont été observés lors des journées d'observation réalisées au sein de différents services²⁷. Les incidents observés monopolisent en moyenne 9 % du temps travaillé avec des variations allant de 1 à 20 % du temps selon les programmes. Tous

²⁶ Sept journées et demie ont pu être analysées à l'aide du logiciel *Observer*. Les grilles d'observation et le protocole de codage des variables dépendantes (et indépendantes) sont présentés à l'annexe 2.5.

²⁷ Deux journées d'observation ont été réalisées en SAD ainsi qu'en urgence ; une journée aux soins courants; une journée au programme enfance / famille ; une journée aux prélèvements (am) et en vaccination (pm) et une demie-journée à Info-Santé.

les incidents rapportés ou observés ont eu des répercussions diverses sur l'activité de travail des infirmières d'APSI qui doivent les récupérer ou en contrer les conséquences sur leur activité de travail, sur le bien-être de l'usager et sur leur santé et sécurité. Ces incidents ont aussi, la plupart du temps, des répercussions sur les infirmières des établissements du réseau public où les infirmières d'APSI travaillent.

L'analyse a permis de regrouper les incidents en deux catégories :

- a) Incidents liés à l'organisation du travail : il s'agit souvent d'un dysfonctionnement organisationnel qui peut être révélé lors d'une intervention auprès d'un client mais aussi sans aucun lien direct avec un client (horaire, route, matériel manquant ou défectueux, archives, etc.);
- b) Incidents liés à une intervention auprès d'un usager : il s'agit d'un événement imprévu qui survient lors d'une intervention avec un usager (des liens avec l'organisation du travail peuvent parfois être faits mais peuvent se situer à un niveau plus « macro » ou moins visible).

Dans un premier temps, on abordera de façon détaillée les incidents liés à un dysfonctionnement organisationnel pour ensuite discuter plus brièvement des incidents liés à la prestation de service auprès des usagers.

6.1.1 Incidents liés à un dysfonctionnement organisationnel

Les quatre facteurs organisationnels suivants : accueil / orientation, formation, charge et horaires de travail, mis ici en lumière par l'analyse des incidents, constituent des déterminants importants de l'activité de travail des infirmières d'agence. L'analyse qui suit porte sur onze des dix-sept incidents décrits en entrevue par les infirmières d'agence. Soulignons par ailleurs que les observations réalisées dans différents milieux de travail ont aussi permis d'illustrer les conséquences de dysfonctionnements organisationnels sur le travail de ces infirmières. Ainsi, il appert que quarante-sept (47) des soixante-onze (71) incidents relevés au cours des sept journées et demie d'observation étaient aussi liés à un dysfonctionnement organisationnel au sein du service. Les observations ont montré que ces dysfonctionnements portaient spécifiquement sur les aspects suivants de l'activité de travail :

- le matériel (n=25);
- les informations (n=8);
- autres problèmes organisationnels (n=14) (réf : méconnaissance des lieux et des procédures par l'absence d'orientation dans le service, par exemple).

Le plus grand nombre d'incidents, tous types confondus²⁸, sont survenus lors de l'observation du travail au sein de trois services: les soins courants²⁹, l'urgence³⁰ et le soutien à domicile (SAD)³¹.

²⁸ La grille et le protocole d'observation, présentés à l'annexe 2.5, détaillent les types d'incident observés : en plus des catégories énumérées ci-haut, les incidents observés avaient trait à l'usager (ex : absent ou en retard) ou autre (ex : oubli de l'infirmière).

²⁹ L'observation d'un quart de travail complet au sein des services courants d'un CLSC, une infirmière de l'agence 1 a été exposée à un total de 24 incidents. De ce nombre, 18 découlaient de dysfonctionnements organisationnels variés dont : 8 liés au matériel (manquant), 8 liés à d'autres problèmes (de cela 4 avaient trait à un problème à la

Les incidents liés à des dysfonctionnements organisationnels constituent entre 55 % et 80 % de tous les incidents observés dans ces trois services. Mentionnons finalement que les effets de dysfonctionnement liés à la formation, la charge et les horaires de travail sur l'activité de travail ont également été identifiés lors de la recherche réalisée dans quatre services de SAD (Cloutier et al. 2005, à paraître).

6.1.1.1 Accueil et orientation dans un nouveau service ou programme

Les incidents les plus nombreux (5/11) rapportés par les 8 infirmières d'APSI sont survenus lors de leur première journée de remplacement dans un service d'un établissement. Ceci révèle des lacunes importantes concernant l'accueil et l'orientation dans le service notamment en termes de transmission d'information sur le fonctionnement et les procédures du service ainsi que sur les informations pertinentes sur les usagers. Les incidents décrits ici ont eu lieu lors de remplacements en SAD et dans un CHSLD.

Une infirmière rapporte, par exemple, qu'elle n'a bénéficié d'aucune séance d'orientation quant aux procédures du département ni d'aucune information sur l'état des usagers lors d'une première journée de remplacement en CHSLD. À la mi-journée, un incident est survenu : *« j'ai fait un nouveau CHSLD. Et les CHSLD tout le monde pense ah, c'est facile! T'es là juste pour prendre la paperasse! Sauf que si y'a quelque chose qui va mal c'est toi qui est responsable. La première journée, t'as le plancher là, t'es responsable de 60 patients. Et puis à l'heure du dîner, une patiente s'est mise à aller mal. Mais moi je suis arrivée à 8 heures le matin. À midi là, la patiente est dans la salle à dîner, elle est même pas dans sa chambre. Je sais pas son nom, je sais pas son numéro de chambre. C'est comme « ramène-la à sa chambre, c'est quoi son nom, c'est quoi son numéro de chambre ». Je vais chercher son dossier, je regarde ses médicaments. Mais tout ce temps-là, trouver le numéro de téléphone du médecin, une chance qu'il y avait une coordonnatrice qui était sur place. Heureusement parce que d'habitude y'en a pas la fin de semaine. On est laissées complètement toute seule à nous autres mêmes. Et pi bon il s'est avéré que c'était une crise d'épilepsie. »*

On note la présence de différents risques pour la santé et la sécurité du personnel d'agence lors de ces incidents. L'exemple cité ci-haut illustre clairement le stress auquel l'infirmière a été exposée lors du malaise de la résidente du CHSLD. De tels incidents ont aussi des conséquences directes sur la qualité des soins et des services sans compter, à plus long terme, les conséquences potentielles sur le personnel régulier de ces établissements. Afin de pallier ces incidents et d'en réduire les conséquences le plus possible pour l'utilisateur et pour elles-mêmes, les infirmières recourent à diverses stratégies individuelles et puisent dans leurs expériences antérieures. Lors de cet incident, l'infirmière a recherché puis validé l'information avec la coordonnatrice qui était

réception) dont 1 relié à la formation sur une technique particulière de soin et 2 liés à la gestion des informations (ex : manque d'info sur une procédure du service).

³⁰ L'observation de 2 quarts de travail de soin en urgence montre qu'une infirmière de l'agence 2 a été exposée à un total de 22 incidents lors des 2 quarts. De ce nombre 17 incidents découlaient d'un dysfonctionnement organisationnel réparti comme suit : 11 lié au matériel (manquant ou défectueux), 3 à la gestion des informations et 3 à d'autres problèmes.

³¹ L'observation de 2 quarts de travail réalisés en SAD par 2 infirmières de l'agence 2 totalisait 20 incidents dont 11 liés à un dysfonctionnement organisationnel, répartis comme suit : 5 liés au matériel, 3 à la gestion des informations et 3 à d'autres problèmes.

exceptionnellement sur les lieux et elle lui a délégué certaines tâches. Soulignons que la même infirmière avait été exposée à un incident identique au sein d'un autre CHSLD. Elle a donc été soumise à un stress intense à deux reprises alors qu'elle remplaçait dans un nouveau milieu. Elle disait par ailleurs ressentir tout le poids de cette responsabilité puisqu'aucun employé régulier n'était présent sur les lieux.

Une autre infirmière d'agence, expérimentée, relate avoir été tenue d'encadrer et d'assumer une partie du travail d'une infirmière d'une autre agence alors qu'elles étaient les deux seules infirmières assignées à un service : aucune infirmière de l'établissement n'était présente et aucune séance d'orientation n'avait été prévue pour cette nouvelle remplaçante. L'infirmière disait même avoir dû assumer certains soins car l'autre remplaçante n'était pas formée: cet exemple illustre la mauvaise planification d'un remplacement pour lequel le donneur d'ouvrage n'a pas ciblé ses besoins en termes de qualification du personnel remplaçant ainsi que de la part de l'agence qui envoie une infirmière non formée.

L'analyse des journées d'observation montre que plusieurs incidents ont aussi trait à l'accueil et à l'orientation d'une infirmière au sein d'un service. Par exemple, nous avons observé une infirmière de l'agence 2 au cours de deux quarts de soir dans une urgence. Elle y effectuait un remplacement pour la première fois et ce, pour trois quarts de travail consécutifs. Lors du deuxième quart de travail, l'infirmière observée ne savait toujours pas comment fonctionnait le système informatique qu'elle était tenue d'utiliser pour saisir les notes évolutives dans le dossier des usagers. Elle a dû demander des explications aux infirmières en place ce qui contribue à alourdir la charge de ces dernières. Elle ne savait pas non plus où trouver tel ou tel matériel de soin. Cette observation de l'activité réelle de travail révèle que l'infirmière n'a pas bénéficié d'une séance d'orientation suffisante pour l'informer adéquatement au sujet du fonctionnement du service et des particularités de certaines tâches. Elle a aussi révélé les multiples pertes de temps liées à la recherche d'information ou de matériel ainsi que leurs effets sur le personnel en place déjà fort occupé. Trente pour cent (30 %) des incidents subis par cette infirmière lors de ces deux quarts de travail sont directement reliés à un manque d'orientation.

6.1.1.2 La formation des infirmières en agence

Il ne faut pas s'étonner si trois des onze (3/11) incidents étudiés sont liés à des lacunes de formation. En effet, tout comme pour l'accueil et l'orientation des infirmières d'APSI, la formation à long terme des infirmières d'agence n'est pas toujours planifiée par les donneurs d'ouvrage ou par l'APSI. Rappelons qu'une infirmière d'agence peut assumer un remplacement d'une durée qui varie d'une journée à plusieurs mois consécutifs mais aussi assumer des remplacements fréquents au sein d'un même service³². Considérant ainsi qu'une infirmière est appelée à revenir dans un service donné, les parties auraient donc avantage à la former afin de lui permettre, entre autres, d'être autonome plus rapidement dans l'exécution de son travail.

Une infirmière rapporte que même si une formation avait été planifiée par l'agence³³ et qu'une entente avait été conclue avec le donneur d'ouvrage, la formation n'a pas eu lieu car il manquait

³² Selon les informations obtenues dans ce projet, les donneurs d'ouvrage et les APSI prôneraient la stabilité des assignments.

³³ La formation devait être donnée par une infirmière de l'agence qui remplaçait déjà dans le service.

du personnel au sein du service : elle a compensé pour ce manque d'effectif. Une autre infirmière relate l'incident suivant : « *Sauf que j'suis arrivée aux prélèvements, la dernière fois que j'avais fait du prélèvement c'était en soins à domicile un peu le matin. Mais c'était à l'hôpital. Donc là, le prélèvement là, de 7h30 à 11h30, c'est DU prélèvement là : c'est une en arrière de l'autre, des p'tites veines des pas de veines, ça éclate pi envoye, les tubes de telle couleur, les réquisitions, c'est-y avec l'hôpital Sacré-Cœur, j'ai toutte appris ça toute seule. [...]. y fallait que j'aïlle voir l'infirmière à côté : « ben là écoute, j'ai un code 50 à faire, comment vous fonctionnez ici là? L'infirmière avait l'air de dire «non, mais! ». Au bout de deux mois, tes compétences c'est toutte mis en place, pi là y disent pourquoi tu t'en vas? Ben là...Par contre j'ai entraîné l'infirmière qu'ils avaient engagée. » La même infirmière rapporte avoir bénéficié par hasard d'une formation: « *y'a des cours d'appoint (à l'agence 1) mais, comme la 4S on l'a pas vue. Y'a un nouveau pansement qui est sorti sur le marché. Si j'avais pas été au CLSC X je l'aurais pas appris. Par bonheur, je suis arrivée une heure plus tôt. Tout à fait par hasard. Et la formation se donnait et ils m'ont demandé d'y aller. Donc c'est vraiment un pansement avec pompe que tu mets, ça succionne, c'est des éponges, c'est entièrement stérile. Et c'est moi qui a eu le patient pendant 4 jours après. Fait qu'une chance que j'étais là. »**

Les trois incidents relatés ici sont encore causés par la non-planification d'une nouvelle assignation : on assigne un soin spécifique (nouvelle technique de pansement) ou une nouvelle tâche à une infirmière sans aucune formation préalable. Ce genre de situation, malheureusement plus commune qu'on le souhaiterait, a des conséquences directes sur la santé et sécurité des infirmières. Leur charge mentale est plus élevée car elles doivent réaliser un apprentissage, intégrer des règles de fonctionnement et exécuter l'activité de travail tout en s'assurant qu'il n'y a aucun risque pour l'usager. Il faut assimiler toutes les particularités de la tâche, parfois faire face à une charge de travail élevée (service de prélèvements) tout en étant préoccupée de la qualité du service. Il faut aussi gérer les relations interpersonnelles avec le personnel régulier du service, qui pallie le manque de formation en répondant à leurs questions et qui, souvent, n'a pas été avisé de la venue d'une remplaçante ni sensibilisé à la nécessité de faciliter son intégration.

Cette situation peut aussi avoir des répercussions sur la qualité des soins et des services selon l'expérience de l'infirmière. Dans le premier cas, l'expérience de travail antérieure de l'infirmière (travail pendant plusieurs années auprès d'une clientèle nécessitant diverses analyses sanguines) a constitué un atout pour s'adapter à cette nouvelle situation, contrairement à sa collègue. Ainsi, afin de pallier aux manques de formation, les infirmières puisent dans leurs expériences antérieures et développent aussi diverses stratégies, ne serait-ce que d'arriver plus tôt sur les lieux pour préparer leur journée et établir le contact avec le personnel régulier.

Le manque de personnel au sein d'un service a été rapporté à diverses reprises par des infirmières de l'agence 1 alors qu'elles devaient y recevoir une formation à la suite d'une entente prise par l'agence avec le donneur d'ouvrage. Cette situation laisse croire que plutôt que de remplacer son personnel absent, l'attitude du donneur d'ouvrage consiste à se fier sur l'infirmière en formation qui, selon l'entente, est en surplus.

Notons d'abord que les APSI ne prennent pas toujours des ententes avec les donneurs d'ouvrage sur la formation afin d'assurer la SST de leur personnel en termes de formation et d'encadrement. En effet, le plan de formation est souvent inégal d'une infirmière à l'autre comme l'a démontré l'un des incidents cités plus haut. Il est cependant important de

souligner que lorsque les exigences de la tâche le requièrent, les donneurs d'ouvrage paient la formation des infirmières ciblées pour ce type de remplacement. Par exemple, plusieurs infirmières d'agence reçoivent à chaque année une mise à jour sur la vaccination anti-grippale afin d'être en mesure de participer à la campagne automnale. Une infirmière de l'agence 1 rapportait aussi avoir suivi une formation de plusieurs jours afin de posséder les connaissances nécessaires pour assumer des remplacements au sein d'un programme spécifique³⁴. Quant à la formation plus ponctuelle sur différentes techniques de soins, l'analyse des incidents a montré que plusieurs de ces situations glissent entre « les mailles du filet » ce qui reflète un manque de planification de l'assignation des soins au personnel remplaçant. Ceci est d'autant plus critique que le secteur de la santé est caractérisé par une évolution très rapide des techniques médicales auxquelles les infirmières qui oeuvrent en CLSC (SAD et aux soins courants surtout) seront de plus en plus exposées à cause de la réduction des durées d'hospitalisation. Cette situation crée une pression supplémentaire pour des mises à jour régulières au sujet des nouveautés et ce, pour tout le personnel impliqué : de l'établissement et des agences.

6.1.1.3 Charge de travail

Tant la charge mentale que la charge physique sont ici abordées afin d'identifier les causes de surcharges dans un but préventif. Un seul incident étudié a trait à une charge de travail élevée. Cependant, l'analyse des données recueillies lors des entrevues et des observations permet aussi de tracer un portrait de la charge de travail des infirmières d'agence.

En effet, même si un seul (1/11) incident réfère directement à une charge de travail quotidienne élevée, ce type de situation a été rapporté à plusieurs reprises lors des rencontres avec le personnel d'agence. L'incident est relaté de la façon suivante : « *Ben moi j'ai déjà vu qu'il était midi et quart, y'avait l'accueil du maintien à domicile qui m'appelle « Ah y'a une collerette qui a lâché chez un patient », il me restait deux patients à voir pi j'étais pas loin, j'ai dit OK je vais y aller!. Pi là je vois deux infirmières assises dans un parc, en passant, y sont en train de dîner tsé. Et moi je cours encore, je n'aurai pas le temps de dîner parce que je vais aller pour la collerette, je sais pas combien de temps ça va me prendre, pi par-dessus deux patients, pi j'ai toute mes dossiers à faire, pi eux autres sont en train de dîner. Tsé c'est des choses comme ça. »*

Un tel incident présente des risques quant à la charge de travail accrue et aux contraintes temporelles : en plus d'être en retard, l'infirmière doit aller récupérer un incident survenu à domicile ce qui risque de prendre encore plus de temps. Ceci peut ajouter au stress déjà présent et ce, d'autant plus que l'usager lui est inconnu. La qualité des soins peut en souffrir malgré l'expérience et le professionnalisme de l'infirmière.

Cet incident nous amène à discuter de l'existence d'une différence de traitement entre les infirmières du service et les infirmières d'agence. Cette différence a été décrite par plusieurs infirmières d'APSI car elle résulte souvent, selon elles, en une charge mentale et en des contraintes temporelles plus élevées. Par exemple, les infirmières d'agence décrivent souvent les routes mal planifiées ou surchargées qui leur sont assignées en SAD et qui ne tiennent pas compte des contraintes liées notamment au dépôt des prélèvements. Ainsi, un horaire peut

³⁴ Formation spécifique sur la prévention et le dépistage des MTS et des approches de soin au programme de santé sexuelle.

comporter un nombre trop important de prélèvements alors que dans d'autres cas, ils sont dispersés sur un grand territoire et elles doivent faire des aller-retour au point de dépôt ce qui leur fait perdre du temps. Lors d'une journée d'observation, l'une d'elles a même, dans sa précipitation, échappé un tube de prélèvement à son arrivée au CLSC: elle a dû retourner chez l'utilisateur. De plus, on a noté qu'elle a dû faire jusqu'à quatre arrêts pour déposer les prélèvements. D'autres rapportent avoir été tellement exposées à des différences de traitement dans certains services de SAD qu'elles n'y remettent plus les pieds : « *Les infirmières tsé qui vont dire ah on va envoyer une fille de l'agence là, parce que cette patiente-là est difficile par exemple, à piquer. Mais y pensent pas que étant donné qu'elle est difficile à piquer qu'il faut que tu prennes deux fois plus ton temps peut-être pour vraiment lever une patiente, au lieu de m'en mettre 8 ou 9 ou 10. Tsé pi y'en a qui ont déjà dit ah ben y'ont pas de case-load eux autres, c'est pas grave, mets-y en 10 patientes. Pi eux autres s'en prenaient 2, 3. Parce que eux y'ont des case-load. Sauf que je trouve ça plate, parce que moi, je fais des suivis, fait que j'avais le même travail qu'eux, avec des patients de plus, pi faut toujours que tu penses que quand tu vas arriver à domicile, tu sais pas ce qui va arriver.* » Le fait de refuser de travailler dans certains services constitue une stratégie de préservation de soi à long terme clairement verbalisée par plusieurs d'entre elles.

La charge de travail décrite ici a trait tant à la charge physique liée au nombre de visites à effectuer, à la fatigue résultant de la conduite automobile qu'à l'exécution des soins eux-mêmes³⁵. Les données recueillies lors des journées d'observation ont montré que la proportion du temps travaillé passé sous contraintes posturales de tous types³⁶ varie selon les programmes :

- ↪ aux prélèvements : 28 %;
- ↪ en SAD : 16 %;
- ↪ à l'urgence : 7 %;
- ↪ au programme enfance / famille : 5 %;
- ↪ aux soins courants : 1 %;
- ↪ à Info-santé : 0 %.

Spécifions cependant que la définition des contraintes posturales est tirée de l'étude antérieure réalisée par Cloutier et al (2005) et qu'elle ne tenait pas en compte la charge statique puisqu'une telle contrainte n'a pas été observée lors de soins à domicile. Lors de l'observation d'une demi-journée de travail réalisée par une infirmière au programme d'Info-santé, aucune contrainte n'avait été notée car les postures des segments corporels se situaient à l'intérieur des zones de confort des articulations. Cependant, l'adoption d'une posture assise statique était présente pendant toute la durée de l'observation ce qui constitue une contrainte majeure qui n'a pas été prise en compte lors du traitement des données.

³⁵ L'étude antérieure réalisée dans quatre services de SAD a montré notamment la présence de contraintes posturales surtout pour le dos et les membres inférieurs, liées à la réalisation de pansements dans différentes positions de travail (réf : agenouillée ou accroupie, penchée).

³⁶ Les contraintes ont été définies comme l'adoption d'une posture contraignante pour un ensemble de segments corporels sollicités pendant l'activité de travail: cou et dos (réf : flexion ; flexion/torsion ; flexion latérale); membres supérieurs (réf : flexion ; extension ; abduction maintenu de façon statique); membres inférieurs (réf : posture accroupie ou agenouillée) sans toutefois considérer le statisme postural.

Les types de contraintes varient selon les programmes. Ainsi on note que 23 % de toutes les contraintes observées lors du travail au service de prélèvement et de vaccination impliquent les membres supérieurs³⁷ alors que 77 % impliquent le cou et le dos : nous avons observé que c'est la colonne cervicale qui est la plus sollicitée à ce poste de travail. En SAD, la répartition des contraintes est la suivante : 58 % au dos; 29 % aux membres inférieurs et 13 % combinées dos et membres inférieurs.

La charge de travail est aussi liée à la charge mentale ou cognitive : celle-ci ne résulte pas seulement de contraintes temporelles ressenties par l'infirmière. La charge mentale ou cognitive peut aussi découler, par exemple, d'une recherche d'information ou d'une activité d'apprentissage réalisée dans des conditions diverses. Un manque de formation sur une tâche spécifique ou une technique de soin spécialisée peut aussi contribuer à accentuer la charge mentale des infirmières : ces dernières devront pallier le manque d'information en effectuant des recherches ou en recourant à leurs expériences antérieures tout en étant préoccupées de la qualité du soin. L'une d'elles explique qu'à différentes reprises, elle a dû recourir à différentes stratégies lorsqu'on lui assignait un soin pour lequel elle ne connaissait pas le nouveau type de pansement à utiliser: « *je regarde c'est quoi la texture [...] Fait que là je regarde ce qu'il a dans son matériel pi là je peux déduire. Ou c'est quand j'enlève le pansement que je fais attention pi je regarde plus les étapes de pansements qu'il peut y avoir pour savoir dans quel ordre il faut que je mette les affaires.* » Même si les infirmières s'en « sortent bien » car, comme elles le disent « *il faut avoir une bonne capacité d'adaptation et être débrouillarde* », ces situations génèrent quand même un certain stress.

Les observations ont aussi montré que les infirmières d'agence occupent en moyenne 6 % de leur temps travaillé à rechercher des informations. Encore une fois, la proportion de cette activité fluctue d'un programme à un autre. Ainsi, cette activité n'occupe que 2 % du temps travaillé en SAD alors que cela peut aller jusqu'à 15 % à Info-santé³⁸. Les informations recherchées s'avèrent nécessaires non seulement à la bonne conduite de l'activité mais aussi à la qualité des soins. Les informations répertoriées portent sur l'utilisateur (sa santé, ses symptômes, son environnement psychosocial), le spatio-instrumental (sur l'environnement de travail, les outils, le matériel, les procédures et protocoles de soins, etc), les ressources (les services disponibles, les intervenants, etc.), la prise en charge (toutes les informations données à l'utilisateur sur le suivi à effectuer pour sa prise en charge : soins, consultations, rendez-vous médicaux) et le projet de recherche actuel.

La réalisation d'activités de travail de façon concomitante³⁹ caractérise également la charge mentale des infirmières d'agence. L'analyse des sept journées et demie de travail observées révèle que les infirmières d'agence échangent avec l'utilisateur en même temps qu'elles sont occupées à faire le traitement proprement dit et ce, 88 % du temps consacré au traitement (en moyenne). De plus, les infirmières continuent d'échanger avec l'utilisateur pendant en moyenne

³⁷ Il s'agit de 13 % de contraintes aux membres supérieurs et de 10 % de contraintes combinées dos/cou et membres supérieurs.

³⁸ Il a été observé que lorsque les infirmières ont un accès direct à des protocoles de soins ou à des informations pertinentes, tels qu'aux programmes d'Info-santé et enfance /famille (vaccination des enfants), elles tendent à consulter ces outils (ici informatisés).

³⁹ La réalisation d'activités concomitantes a aussi été observée auprès des infirmières de SAD d'une étude antérieure.

60 % du temps consacré à la préparation du matériel de soin. Autre exemple : pendant qu'elles conçoivent des notes au dossier (ou sur un aide-mémoire), elle continuent d'échanger simultanément des informations avec l'utilisateur pendant 84 % du temps. La proportion du type d'activités concomitantes varie selon les programmes mais toutes les infirmières observées ont réalisé de façon plus que régulière deux activités de travail simultanément. La réalisation de deux activités « en parallèle » implique une attention divisée et une sollicitation cognitive accrue, sans compter la préoccupation constante, encore une fois, de ne pas omettre d'informations ou d'opérations essentielles à la prestation du service auprès de l'utilisateur.

6.1.1.4 Horaires de travail

Deux incidents (2/11) rapportés par les infirmières touchent directement les horaires (routes) qui leur ont été assignés lors d'un remplacement en SAD. Par exemple, on a déjà remis à une infirmière d'agence un horaire (route) mal photocopié : les adresses des usagers y étaient tronquées. Les premières conséquences de ce dysfonctionnement organisationnel ont porté sur la relation avec l'utilisateur : cette dernière était insatisfaite et agressive vis-à-vis de l'infirmière qui s'est présentée en retard au rendez-vous. Les contraintes temporelles ont ensuite contribué à accentuer sa charge de travail tout au long de sa journée. Sa stratégie a consisté, comme bien d'autres infirmières rencontrées, à « couper » sur son temps de dîner et à ne pas prendre de pause. L'autre incident est similaire : on a remis les routes d'une fin de semaine sans donner des précisions indispensables au travail de la remplaçante.

Ces exemples démontrent malheureusement le rôle négatif que l'organisation du travail des donneurs d'ouvrage joue sur la SST du personnel d'agence. Dans certains cas, la gestion de l'agence fait contrepois en dénonçant ces situations aux gestionnaires des établissements afin que des correctifs soient apportés. Le temps de travail des infirmières d'agence est documenté de façon plus détaillée au chapitre 7

6.1.2 Prestation de service

Le travail du personnel infirmier est caractérisé par la prestation de service à une clientèle pouvant présenter divers problèmes de santé. L'analyse de *six incidents liés à une intervention auprès d'un usager* montre que la moitié d'entre eux ont trait à des difficultés relationnelles, causées soit par les exigences de la clientèle soit parce que la clientèle présente des troubles diagnostiqués de santé mentale. Dans les deux cas reliés aux exigences de la clientèle, l'infirmière d'APSI a bénéficié du support de l'organisation. En effet, une intervention ou des correctifs ont été apportés afin de régler la problématique relationnelle qui n'était pas « personnalisée » c'est-à-dire que des infirmières régulières la subissaient aussi. Il semble donc, à la lumière des faits rapportés, que des correctifs sont plus souvent apportés lorsque les infirmières oeuvrent auprès de clientèles difficiles clairement identifiées par l'équipe de travail : elles bénéficient alors de support organisationnel plus facilement. Cela signifie toutefois que les problématiques sont connues et tolérées par l'organisation.

Lorsqu'il s'agit de difficultés liées à la prestation de soins auprès d'une clientèle présentant des particularités médicales et/ou sociales, qui sont ressenties tant par le personnel régulier (cf : Cloutier et al. 2005 à paraître) que le personnel d'APSI, il semble que les gestionnaires des CSLC ne prennent pas position. Qu'il s'agisse de la malpropreté des lieux qui rendent le soin à

risque de contamination (de la personne, de l'infirmière ou d'autres usagers; en plus des contraintes physiques) ou des problématiques de santé mentale, les services visités par les infirmières citées ici ne semblent pas adopter de mesures pour faciliter le travail des infirmières. Cette attitude a aussi été observée lors de l'étude précédente : les services de SAD sont écartelés entre la mission du service, le respect du mode de vie de la clientèle et la SST du personnel. Leur discours porte souvent sur les difficultés d'exiger certains changements aux usagers puisque les interventions sont faites dans leur milieu de vie.

Selon les propos recueillis, certains services chez certains donneurs d'ouvrage ont offert une formation sur la prévention de la violence à domicile ou au téléphone (Oméga ou autre) pour outiller les infirmières du service et les infirmières d'agence occupant un remplacement d'une durée indéterminée, alors que d'autres ne le font pas. Cela reflète cependant les conditions de travail des infirmières régulières de ces mêmes milieux qui, comme l'a montré l'étude précédente dans quatre services de SAD, ne bénéficient pas plus de formation sur la violence. Il peut cependant être plus difficile, pour une infirmière d'APSI, de rapporter aux donneurs d'ouvrage les comportements agressifs d'un usager à son égard : souvent, elle connaît peu ou pas l'usager ni le contexte d'intervention. Elle peut aussi craindre qu'on juge son travail ou penser que la situation est exceptionnelle.

6.2 Autres facteurs organisationnels, leurs effets sur la SST du personnel d'agence et les stratégies

D'autres facteurs organisationnels ont aussi un effet sur les conditions de travail des infirmières d'agence. Les deux premiers facteurs analysés ici sont spécifiques au travail des infirmières d'agence. Il s'agit de la stabilisation des services et de la délégation de responsabilité au personnel d'APSI. Les trois facteurs suivants se sont aussi révélés importants pour la SST du personnel soignant lors de la recherche réalisée dans quatre services de SAD : la transmission des informations, les collectifs de travail et la reconnaissance.

6.2.1 Stabilisation des services (ou des assignments)

Les gestionnaires des établissements ainsi que celles des APSI rencontrées ont mentionné à plusieurs reprises viser la stabilité du personnel d'agence au sein des services. Tant pour les chefs de programme que pour les gestionnaires d'agence, le fait d'assigner, lorsque possible, la même ou le même petit groupe d'infirmières d'agence à un service favorise la continuité des services auprès de la clientèle ainsi que leur qualité. Il s'agit aussi d'une question d'efficience car cela réduit le temps consacré à l'accueil / orientation et à la formation de nouvelles infirmières d'agence. Ainsi, comme il a été discuté au chapitre 4, les gestionnaires d'agence tendent à constituer une petite équipe d'infirmières qu'elles forment afin de répondre aux besoins de leurs clients, les donneurs d'ouvrage, dans un service spécifique. Pour ce faire, cela nécessite une bonne communication avec les donneurs d'ouvrage mais aussi une certaine structure organisationnelle pour planifier les remplacements en optimisant les compétences de son bassin de main-d'œuvre. Afin de favoriser la stabilité du personnel remplaçant dans un service, cela exige aussi du donneur d'ouvrage une certaine planification de ses besoins plutôt que de formuler des demandes de dernière minute auprès des APSI.

Les infirmières d'agence rencontrées ont aussi affirmé qu'elle privilégie la stabilité : la plupart du temps, elles offrent leur disponibilité au sein de deux ou trois programmes et tendent ainsi vers une certaine « spécialisation ». Règle générale, elles stabiliseront aussi les liens avec certains établissements ce qui permet, selon elles, de se familiariser avec le fonctionnement spécifique d'un service et ainsi développer une connaissance des milieux. La stabilité du personnel d'agence au sein des services préserve donc la santé et la sécurité des infirmières d'APSI car elle favorise le maintien des acquis par la connaissance des milieux. Par exemple, la stabilité favorise la réduction de la charge cognitive liée à l'apprentissage fréquent de nouvelles procédures et fonctionnements. L'analyse des horaires de travail de six infirmières présentée au chapitre 7 aborde cet aspect.

6.2.2 Responsabilités déléguées au personnel d'agence

La présente étude a révélé que lorsque des infirmières d'agence assument des remplacements à durée indéterminée au sein d'un service, il arrive que le donneur d'ouvrage leur octroie plus de responsabilités. Cela est généralement facilité ou rendu possible par la stabilité du personnel d'agence au sein d'un service. Ainsi l'infirmière 1 assume depuis plus d'un an, par un « intérim informel », les responsabilités de chef d'équipe au sein d'un service de prélèvement. Il appert que lorsque la chef d'équipe s'est absentée du travail pour une durée indéterminée, l'infirmière d'agence était la plus ancienne au sein du service mais aussi celle qui détenait le plus d'années d'expérience du métier. En effet, elle y travaillait depuis plus d'un an et avait collaboré étroitement avec la chef d'équipe. La reconnaissance de ses compétences et de son expérience a probablement conduit le donneur d'ouvrage à lui attribuer ces responsabilités qu'elle assume à sa satisfaction, semble-t-il. Cependant, cette situation met maintenant l'infirmière d'agence dans une situation délicate puisque nous avons appris lors de la présentation des résultats préliminaires⁴⁰ qu'elle est tenue, depuis quelques mois, de former une personne nouvellement engagée pour occuper le poste de chef d'équipe. Sa situation est d'autant plus délicate qu'elle nous a rapporté les difficultés vécues par l'équipe depuis cette embauche : l'approche des soins, différente, nuit au travail de l'équipe en place ce qu'elle déplore car elle dit avoir fait des efforts constants, depuis plus d'un an, pour organiser un collectif de travail efficace et soutenant, ce qui semble maintenant compromis. Elle est vraiment en porte-à-faux vis-à-vis la nouvelle personne car les commentaires qu'elle peut lui adresser en tant que formatrice et chef d'équipe peuvent être interprétés comme un moyen de conserver sa situation alors qu'il s'agit, selon ses dires, d'une préoccupation face à sa responsabilité de former cette personne de façon adéquate en s'assurant qu'elle sera en mesure d'assumer son nouveau rôle et ses responsabilités.

Les infirmières d'agence ont aussi rapporté, aussi étonnant que cela puisse paraître, devoir encadrer des infirmières ou des infirmières auxiliaires embauchées par le donneur d'ouvrage alors qu'elles n'assumaient pas de remplacements de longue durée au sein d'un service. Elles disaient cependant en connaître le fonctionnement pour y avoir déjà fait des remplacements. Par exemple, une infirmière relatait⁴¹ qu'après avoir travaillé à quelques reprises dans un service de

⁴⁰ Une présentation a été effectuée auprès de trois infirmières de l'échantillon qui étaient disponibles aux mois de juin et juillet 2005. Il s'agissait de leur présenter les résultats préliminaires et de valider ou infirmer les hypothèses de ce projet de recherche. Ces rencontres ont aussi donné lieu à la mise à jour des situations de travail vécues par ces infirmières depuis la collecte de données qui s'est échelonnée de mars à décembre 2004.

⁴¹ Lors d'une séance de présentation des résultats préliminaires qui s'est tenue au mois de juillet 2005.

prélèvement, on lui avait demandé d'encadrer des infirmières auxiliaires nouvellement embauchées dans ce service. Elle mentionnait qu'il avait été prévu que les effectifs infirmiers soient assez nombreux pour ne pas être surchargés. Elle rapportait cependant des difficultés liées à l'encadrement de personnels qui possèdent moins de notions médicales et d'expériences pratiques. Il est surprenant qu'on assigne à des infirmières d'agence la responsabilité de former le personnel embauché par l'établissement plutôt que d'assigner cette tâche au personnel régulier. Comment se fait-il que ce dernier n'assume pas cette tâche? Est-ce parce qu'il n'est pas disponible? Ou qu'il n'y est pas intéressé? Cette dernière question se pose en effet car, par ailleurs, les infirmières d'agence ont déjà vécu des situations similaires : à la fin d'une campagne de vaccination, elles sont les seules à assumer cette activité dans le service car le personnel régulier préfère retourner à ses autres occupations. Il semble que cela sous-tende un autre type de différence de traitement envers les infirmières d'agence : il ne s'agit pas d'attribuer plus de travail à ces infirmières mais de leur assigner les tâches que le personnel régulier est moins enclin à réaliser. Est-ce aussi parce que le personnel régulier n'approuve pas l'embauche d'infirmière auxiliaire?

Ces situations révèlent, à notre avis, un dysfonctionnement organisationnel en termes de dotation et de planification de main-d'œuvre qui peut découler, en partie, de la pénurie de main-d'œuvre infirmière. Soulignons par ailleurs que les exemples rapportés ici visent la formation et l'encadrement au sein de services de prélèvements. Ce fait tend à confirmer les dires des infirmières rencontrées à l'effet que la complexité de ces soins semble méconnue ou sous-estimée de la part des gestionnaires des CLSC. En effet, l'observation de l'activité de travail au cours d'une demi-journée a montré une certaine complexité de la tâche tant technique que relationnelle auprès des usagers ceci afin de prévenir les erreurs (les procédures sont variées d'un centre hospitalier affilié à un autre), les incidents et les malaises des usagers. Les infirmières rencontrées n'arrêtent d'ailleurs pas de dire « *qu'il ne s'agit pas seulement de piquer* » mais que ce type de soin nécessite aussi un minimum de connaissances médicales sur les types d'analyse sanguine afin de faire du dépistage et de la prévention.

6.2.3 Transmission des informations

Il a été observé et confirmé par les infirmières que la transmission des informations sur l'utilisateur mais aussi sur les procédures de soins est au cœur de leur activité de travail. Encore une fois, la stabilité d'une infirmière au sein d'un service facilitera la transmission des informations sur les procédures, les suivis auprès des usagers, des autres infirmières ou professionnels. À l'opposé, le fait de multiplier les établissements, même s'il s'agit d'un même programme ou service, multiplie les connaissances à acquérir sur les procédures de gestion des informations comme par exemple la tenue de dossiers, les références : « *Faut être capable de s'ajuster à la clientèle parce que chaque CLSC a sa propre clientèle, a son propre territoire, ses façons de faire, son matériel. Pi quand tu pars et que tu reviens, ben là faut que t'oublies celui que tu viens de faire parce que il ne fonctionne pas de la même façon, y'ont pas les mêmes règles au niveau de la vaccination, etc. Fait que c'est juste de se replacer et se remettre dans le contexte pi dire bon demain OK là je m'en vais à telle place.* » Ainsi, plusieurs incidents observés ont trait à la gestion des informations : ne pas connaître les procédures en vigueur dans un service donné lorsqu'un usager ne se présente pas à son rendez-vous, par exemple.

Plusieurs infirmières d'agence rencontrées ont mentionné devoir consacrer beaucoup de temps à rechercher des informations en consultant diverses sources. Sans compter le temps consacré à la tenue de dossier proprement dite mais aussi à consigner des informations par différentes procédures : contresigner ou initialiser plusieurs formulaires (ex : prélèvements), compiler les feuilles ou fichiers informatisés de statistiques ou de vaccination, etc. Cette situation n'est pas le propre des infirmières d'agence : il a été observé lors d'une étude précédente (Cloutier et al. 2005 à paraître) que le personnel infirmier régulier des SAD est soumis aux mêmes exigences. Soulignons cependant que plusieurs infirmières d'agence rapportent une variation des procédures d'un établissement à un autre ce qui complexifie encore plus leur travail : elles doivent se rappeler les particularités de chaque service relatives à la gestion des informations. Afin de rencontrer les exigences du travail et de maintenir la qualité des services, certaines d'entre elles ont généralisé des modes opératoires et développé des stratégies informationnelles afin de s'assurer de consigner toutes les informations nécessaires aux dossiers ou aux fichiers. Par exemple, l'une d'elle utilise un canevas dans lequel toutes les informations relatives à la vaccination d'un enfant sont présentes : il lui suffit de saisir, dans le système informatique, les données particulières relatives à l'enfant vu ce jour-là. Lorsqu'elle travaille au sein d'un service non informatisé, elle apporte toujours avec elle une copie de ce canevas de façon à ne rien omettre lors de la rédaction de ses notes évolutives. D'autres infirmières disent référer à la méthodologie utilisée lors du travail à Info-santé pour rédiger leurs notes lorsqu'elles oeuvrent au sein d'un autre service.

6.2.4 Collectifs de travail et stratégies relationnelles

Les données révèlent que très peu d'infirmières d'agence sont assignées à long terme à un service. Mais lorsque c'est le cas, elles rapportent s'impliquer dans les milieux de façon telle qu'elles se sentent intégrées au sein d'une équipe : on peut alors parler de l'accès à un collectif de travail. L'étude précédente réalisée dans quatre services de SAD a montré l'effet protecteur d'un collectif de travail sur la SST des individus : les collègues de travail partagent les trucs pour interagir avec tel ou tel usager et les stratégies pour faciliter l'exécution d'un soin, par exemple. Les membres d'un collectif se supportent aussi mutuellement face à des difficultés. Deux des huit infirmières rencontrées assumaient depuis plus d'un an des remplacements au sein d'un même service : elles y ont été formées par le personnel régulier et se disaient intégrées au sein de l'équipe au point tel qu'on ne les considérait plus, semble-t-il, comme « *des filles d'agence* ». Les observations réalisées auprès de ces deux infirmières dans leur milieu de travail ont confirmé la présence d'un travail d'équipe et d'un collectif ce qui, d'ailleurs, était rapporté comme important pour elles : « *quand je vais travailler, je vais travailler dans une équipe. Je viens pas faire (seulement) un remplacement. J'ai pas de satisfaction à faire ça.* »

Pour la majorité des infirmières d'agence, leur travail implique cependant des remplacements de courte durée déterminée à l'avance. Ces dernières définissent, de façon générale, leurs relations avec les infirmières de CLSC de façon très professionnelle et technique : « *les relations sont cordiales mais elles restent superficielles pareil là. On se dit bonjour à la fin de la route et tout ça mais effectivement on a pas de partage social.* » Elles disent avoir plus de contacts avec les chefs de programme qui servent de relai pour l'information. Il persiste, selon elles, des préjugés face à la qualité du travail des infirmières d'agence et disent devoir faire leurs preuves lors de leur arrivée dans un nouveau milieu : « *ben souvent ils l'ont dit : ah ça, ça doit être une*

infirmière de l'agence qui a fait ça! Mais moi je me suis jamais sentie...je fais même des farces avec ça. Y'en a qui disent que les infirmières d'agence sont pas des bonnes infirmières. Mais moi je suis certaine que c'est pas vrai. En tout cas, dans mon cas, ce n'est pas vrai. Je pense que je suis une bonne infirmière.» Malgré la courte durée des remplacements et la persistance de préjugés dans certains milieux, il existe chez plusieurs d'entre elles une volonté de s'intégrer au sein d'une équipe, de ne pas toujours être perçue comme une remplaçante : « *je voulais pas être juste une remplaçante. Je vas rentrer quelque part pi je vas rentrer dans l'équipe. Moi c'est important d'avoir du monde avec qui j'ai des bonnes relations, avec qui je suis capable de parler autour. »*

Une infirmière expliquait, par exemple, qu'elle s'implique toujours dans un milieu, d'une part, pour favoriser la collaboration du personnel régulier si elle en avait besoin mais aussi car elle pouvait être appelée à y retourner : « *premièrement, c'est une question d'attitude. [...] C'est des petits détails comme l'heure du dîner. De pas s'isoler. D'aller s'asseoir avec eux. Moi j'ai passé des fois des dîners à pas dire un mot. J'écoutais. Je riais quand c'était le temps de rire. Pi à un moment donné oups y se mettent à te parler, pi à te demander tes intérêts pi t'arrives à la fin de l'été, pi tu t'es fait des amis là-dedans. Faut pas s'isoler. J'en vois qui s'isolent. Je m'en vais les chercher dans ce temps là. Je vas voir une fille d'agence, je vas pas m'asseoir avec, je dis viens t'asseoir avec nous autres. Fait que j'suis sûre que demain elle va revenir pi le monde vont l'avoir vue tsé. [...] Comme je vous dis c'est de m'intégrer au milieu, de ne pas, parce que je passe juste 7 heures dans la semaine dans cette place là, de rester toute seule dans mon coin. Je sais qu'éventuellement je peux revenir. »* Plusieurs infirmières d'agence disent aimer se « stabiliser » dans un milieu parce qu'elles ressentent un sentiment d'appartenance au groupe et ont de la reconnaissance de la part de leurs collègues régulières du service. Ceci démontre un réel désir de faire partie d'un collectif de travail afin d'en retirer les bénéfices tels que le support et la reconnaissance. La stabilisation des services favorise tout cela.

En général, les infirmières d'agence disent recevoir un bon support de la part des infirmières des CLSC : « *les filles du CLSC sont toujours bien ouvertes, pi y te demandent ça vas-tu, as-tu besoin d'aide sur ta route, as-tu besoin d'explications?* » Une infirmière d'agence donne plusieurs exemples concrets sur les échanges portant sur la pratique infirmière : « *comment ça se fait que tu fais ça, montre-moi donc pi, on s'échange. Ben c'est ça les pratiques en soins hein. « Regarde, ça va plus vite comme ça. Regarde, telle chose, as-tu pensé à ça? » Parce que y'a des affaires où t'auras toujours besoin d'un avis ou de clarifier. [...] Y'a pas une distinction « ben si je m'adresse aux filles d'agence » pour une question qui peut être pour tout le monde. »*

À l'opposé, d'autres infirmières mentionnent à plusieurs reprises qu'elles préfèrent ne pas toujours être assignées à des remplacements dans les mêmes services. Pour elles, il est important de limiter leur implication afin d'éviter d'être exposées aux tensions présentes au sein des équipes de soins : « *Oui. C'est sûr que au bout de 8 mois j'étais tannée là. Pi pas parce que j'aimais pas ça. Mais j'avais comme besoins de changer de... et puis la même chose au centre-ville, j'ai été 6 mois aussi au centre-ville je pense. Pi là ben j'étais tannée. Je connaissais tous les problèmes de la place pi là j'étais due pour changer. Mais comme je dis, quand je retourne c'est super le fun!* » Il s'agit aussi, pour certaines, de réduire leur implication auprès des usagers afin de se préserver comme il en a été fait mention au chapitre 5.

Afin de pallier un certain « vide structurel » lié à l'exécution de tâches dans un milieu donné, les infirmières d'agence doivent développer des stratégies relationnelles pour s'intégrer rapidement dans un nouveau milieu et ceci, avec le but avoué d'obtenir une bonne collaboration du personnel régulier. La présence de certaines lacunes de l'organisation obligent les infirmières d'agence à puiser dans leurs ressources afin de s'adapter à ces conditions de travail. Ainsi, d'un point de vue relationnel, les infirmières d'agence sont très sollicitées : il faut d'abord créer un lien de confiance avec l'usager. Pour ce faire, il faut se renseigner et lui communiquer la bonne information et prodiguer un soin de qualité. Il faut aussi, afin de faciliter l'exécution du travail au sein d'un service, créer une relation de confiance avec les gestionnaires et surtout, avec le personnel régulier. Il s'agit donc de recourir, encore une fois, à des stratégies relationnelles mais à un autre niveau. Tout cela, en plus d'exécuter des activités de travail dans des milieux ou des conditions inconnues. Afin de parvenir à ce résultat et prévenir (ou récupérer comme le montre ici l'analyse) les incidents, il a été aussi démontré que les infirmières ont recours à diverses stratégies individuelles et puisent dans leurs expériences antérieures. Ces éléments sont abordés de façon plus complète au chapitre 9.

6.2.5 Reconnaissance

La reconnaissance perçue par les infirmières d'agence prend diverses formes. Tout d'abord, la majorité des infirmières rencontrées ont souligné l'importance que prenait pour elles la reconnaissance de leur formation de techniciennes (DEC) et de leur expérience professionnelle par les gestionnaires des agences qui les ont recrutées. L'étude des parcours professionnels présentée au chapitre précédent révèle que certaines d'entre elles rapportaient un manque de reconnaissance de leur expérience lorsqu'elles travaillaient au sein de centres hospitaliers. Par le biais du travail en APSI, elles disent aussi pouvoir accéder à des services qui sont, autrement, réservé à des infirmières bachelières. Par exemple, plusieurs étaient intéressées à œuvrer en SAD mais les politiques des CLSC limiteraient l'embauche à des détentrices d'un baccalauréat. En contexte de pénurie, les CLSC recourent néanmoins aux services d'infirmières qui ne répondent pas à leurs critères d'embauche: ce recours peut constituer une forme de reconnaissance indirecte de leur compétence et de leur expérience.

Les infirmières d'agence rapportent aussi être sensibles à certaines formes de reconnaissance provenant des donneurs d'ouvrage : quand ces derniers insistent spécifiquement pour obtenir leurs services par exemple ou lorsqu'ils investissent dans leur formation afin de leur assigner un remplacement à durée indéterminée : « *Puis je pense être appréciée partout. Vraiment, j'suis même des fois gênée là parce que (la gestionnaire) me dit « Coudonc c'est tout le temps les mêmes qui y vont! » C'est drôle, c'est flatteur.* »

Une autre forme de reconnaissance perçue de leur compétence et leur expérience professionnelle est l'attribution de certaines responsabilités à titre de chef d'équipe ou de formatrice telle que discuté à la section 6.2.2. Finalement, pour plusieurs d'entre elles, la reconnaissance perçue par le personnel de l'établissement qu'elles côtoient consiste à ne pas subir de distinction particulière parce qu'elles travaillent pour une APSI : « *y'a une intervenante sociale qui nous dit « Ah tu travailles pas au CLSC, tu fais pas partie de nous? » J'ai dit non. « Ah ben ça me surprend, tout le monde t'aime ici, tout le monde t'apprécie, je pensais que t'étais infirmière au CLSC.* » Une autre infirmière ajoute qu'elle se sent plus appréciée dans les milieux qu'il y a quelques années : « *Oui parce qu'on, je sais pas dans les CLSC, mais j'ai déjà vu, peut-être entendu dans des lieux*

publics « Ah ben une chance, en voulant dire au moins c'est pas peut-être ce qu'on aurait, inconsciemment c'est pas ça qu'on voudrait, mais t'es bienvenue, au moins ça nous aide. » Ça j'ai senti ça là. »

Ce type de reconnaissance, par la négative, est assez malsain : pour se sentir reconnue, l'infirmière a le sentiment qu'il ne faut pas qu'on l'identifie à une APSI. Le compliment ultime consiste à être perçue comme une employée de l'établissement, comme si ce seul fait pouvait être garant d'une certaine compétence aux yeux du personnel régulier. Cela reflète clairement le manque d'appartenance à un collectif de travail et le désir d'en faire partie. On peut faire le lien entre le besoin d'appartenance à un collectif de travail et le faible sentiment d'accomplissement ressenti par les infirmières d'agence (cf : chapitre 3). En effet, le sentiment d'accomplissement ne se définit pas seulement par la satisfaction tirée de l'exécution proprement dite du travail mais notamment par la satisfaction tirée des relations interpersonnelles développées et vécues au travail. Le sentiment d'accomplissement est aussi en lien avec la congruence ressentie entre l'exécution du travail et les valeurs professionnelles détenues par la personne tels que discuté au chapitre 5.

Cette situation résulte aussi de la nature des relations entre le personnel régulier et le personnel d'agence : il arrive encore que ce dernier soit exposé à des différences de traitement et à des commentaires malveillants. Face à des préjugés de la part du personnel ou de la clientèle des donneurs d'ouvrage, les infirmières doivent se dissocier « de l'agence », faire valoir leurs compétences individuelles et « se faire passer pour un membre de l'équipe. »

6.3 Rôle de l'organisation du travail des agences

La présente analyse a révélé le rôle favorable et défavorable que l'organisation du travail des APSI joue sur la SST de son personnel. Les agences ont d'abord des responsabilités en tant qu'employeur, notamment en termes de formation, mais elles sont aussi responsables de négocier les conditions de travail de leur personnel auprès des donneurs d'ouvrage. Les propos recueillis ont montré que les attitudes adoptées vis-à-vis les donneurs d'ouvrage varient d'une situation à l'autre et d'un gestionnaire d'agence à un autre. Nous n'avons qu'à nous reporter au chapitre 4 qui traçait le portrait du contexte d'affaire et organisationnel des deux APSI participantes. Les données permettent de contraster certains aspects de l'organisation du travail de ces deux APSI et d'en documenter les effets sur l'activité de travail et la santé de leur personnel.

Soulignons d'abord le rôle positif joué par l'organisation de l'agence 1 sur les aspects suivants :

- ↳ De la formation sur les techniques de soin est offerte régulièrement aux infirmières. Elle est cependant sur une base volontaire⁴² et ne correspond pas à un plan de formation individualisé. Des mises à jour sur des techniques spécifiques sont aussi offertes annuellement (ex : vaccination, RCR);
- ↳ La gestionnaire a dénoncé une grande partie des incidents (charge de travail élevée; problèmes d'horaires) aux gestionnaires des établissements afin que des correctifs soient apportés;

⁴² Les infirmières ont le choix de participer aux séances de formation et elles sont rémunérées. Les séances de formation se tiennent un midi sur deux dans les locaux de l'agence.

- ↳ Elle négocie des ententes avec les donneurs d'ouvrage pour que ses infirmières soient orientées (et formées au besoin) lorsqu'elles arrivent dans un nouveau service, par l'une de ses infirmières. Dans certains cas, la formatrice est même délogée de son poste.

En contraste, la gestion de l'agence 2 n'offre pas de séances de formation et de mises à jour à son personnel sur une base régulière. De même, les relations avec les donneurs d'ouvrage semblent moins structurées, ce qui influence les conditions de travail de son personnel en termes d'accueil, de formation et même de charge de travail. Il peut alors être plus difficile de faire reconnaître une surcharge de travail, des incidents ou de négocier des conditions de formation. Rappelons par exemple que plutôt que de faire reconnaître la nécessité du temps supplémentaire fait par une infirmière, la gestionnaire préfère le payer elle-même. Cette attitude ne permet pas la reconnaissance de la surcharge de travail par le donneur d'ouvrage et ne favorise pas la mise en place de correctifs par la suite. À long terme, plutôt que de responsabiliser le donneur d'ouvrage au sujet de la surcharge, c'est l'infirmière qui subit cette pression avec les conséquences que cela peut avoir sur sa santé. L'étude précédente montrait que les infirmières subissent beaucoup de pression des services (de SAD notamment) pour éviter le temps supplémentaire afin de contrôler les coûts : une infirmière d'agence y est autant exposée, sinon plus.

Puisque les dysfonctionnements étudiés ont surtout trait à l'organisation du travail des établissements, il s'avère délicat pour les infirmières d'agence d'en discuter directement avec les gestionnaires des services des donneurs d'ouvrage : certaines les rapportent toutefois à la directrice de l'agence, qui peut ensuite rapporter des faits documentés à son client (DO) pour négocier des changements. Compte tenu de leur statut précaire, les infirmières d'APSI sont « mal placées » pour discuter des lacunes organisationnelles d'un service d'autant plus qu'elles résultent parfois d'une différence de traitement qu'il peut être délicat de dénoncer sans nuire aux relations de travail avec le personnel régulier (cf. section 6.1.1.3). De plus, les infirmières d'agence peuvent hésiter à rapporter les incidents ou difficultés vécues dans un service car elles désirent y maintenir leur chance d'y travailler : il s'agit de leur gagne-pain. Il semble donc qu'une responsabilité incombe aux gestionnaires d'APSI de revendiquer des changements lorsque leur personnel est exposé à des situations difficiles qui peuvent avoir des répercussions sur leur santé. Les données recueillies montrent que la gestionnaire de l'agence 1 semble beaucoup plus pro-active à ce sujet que celle de l'agence 2.

Finalement, il a été montré que les incidents reliés à une intervention auprès d'un usager présentent aussi des risques pour la santé des infirmières d'agence notamment en termes d'exposition à de la violence mais aussi de stress et de charge mentale. Certains incidents révèlent des difficultés relationnelles avec les usagers. Les données recueillies permettent de faire les constats suivants:

- ↳ puisque les donneurs d'ouvrage ont des lacunes quant aux limites à donner aux soins dans des conditions difficiles, la responsabilité semble retomber sur les APSI qui ont à former leur personnel sur la prévention des risques de violence à domicile;
- ↳ les formations sur les techniques de soins ou les outils de suivi, liés à l'opérationnalisation des services, prennent souvent le pas sur les formations à connotation « SST », comme on l'a vu dans l'étude précédente (Cloutier et al. 2005 à paraître).

6.4 Rôle de l'organisation du travail du donneur d'ouvrage

Les établissements publics font face depuis des années à une augmentation de la demande de soins parallèlement à une diminution relative du financement qui les amène à réguler leur offre de service. Ainsi, les propos recueillis auprès de chefs de programme lors de l'étude exploratoire illustraient vraiment que le recours à du personnel d'agence ne constitue pas leur premier choix. Ils doivent cependant le faire soit parce qu'ils n'ont pas les argents suffisants pour embaucher de nouveaux personnels ou qu'ils sont victimes de la pénurie de main-d'œuvre infirmière. Les infirmières d'agence perçoivent très bien cette situation: « *Je pense qu'eux autres présentement, ça fait peut-être 2-3 mois là que je ressens ça, je pense qu'ils voudraient qu'il y ait juste du personnel du CLSC, pas des filles de l'agence. Je pense qu'ils voudraient pas se débarrasser, mais qu'il y ait juste du personnel du CLSC. Mais y'ont besoin de nous parce que y'a des vacances.* »

L'analyse présentée dans ce chapitre a permis de mettre à jour l'absence fréquente de structure d'accueil au sein des services des établissements pour la planification des remplacements. Face aux difficultés d'accueil, plusieurs infirmières d'agence se sont exclues volontairement des remplacements dans ces services ce qui, à long terme, a aussi un effet non négligeable sur les infirmières régulières du service. Effectivement, un roulement du personnel d'agence conduit à une moins grande stabilité au sein d'un service. Cette situation entraîne un plus grand travail de suivi à faire auprès des infirmières remplaçantes qui se multiplient sans compter les sollicitations plus nombreuses pour répondre aux questions. La charge de travail du personnel régulier s'en voit donc augmentée.

Il semble aussi que les donneurs d'ouvrage n'offrent de la formation aux infirmières d'agence que lorsqu'ils y sont obligés par les exigences de la tâche ou parce que leur personnel régulier n'est pas disponible (ou intéressé) pour cette assignation. Il a aussi été rapporté par des infirmières d'agence qu'on les « surcharge » sciemment dans certains services afin de favoriser le personnel régulier des services. Peut-être s'agit-il, dans ce cas, d'une stratégie de la part des gestionnaires afin de retenir leur main-d'œuvre exposée depuis longtemps à une charge de travail élevée comme l'a montré l'étude de Cloutier et al. (2005)?

L'analyse de tous les incidents rapportés par les infirmières d'agence révèle la présence de dysfonctionnements au niveau de l'organisation du travail du donneur d'ouvrage. Cela est aussi vrai pour les incidents liés à une intervention auprès d'un usager : l'incident n'est pas ici causé par un dysfonctionnement mais révèle des lacunes au niveau notamment du support organisationnel ou de la formation pour interagir auprès de diverses clientèles.

Il apparaît donc que les incidents reliés à un dysfonctionnement organisationnel qui ont été étudiés mettent clairement en lumière la présence d'une relation défavorable entre les services des établissements publics et les APSI concernant la SST des infirmières d'agence: la majorité du temps, cette relation défavorable est tributaire de l'organisation du travail des donneurs d'ouvrage et de leur attitude vis-à-vis le personnel d'agence. Certains donneurs d'ouvrage se sont même retrouvés face à une « pénurie » de personnel d'agence. Devant cette situation, ils se sont vus obligés d'apporter des correctifs à la gestion de leurs relations avec les APSI. Par exemple, la gestionnaire de l'agence 1 rapporte que depuis qu'elle a avisé les donneurs d'ouvrage du retrait et manque de motivation de son personnel à travailler dans un service, ces derniers ont mieux

organisé l'accueil et l'orientation lors des remplacements ce qui a un effet bénéfique certain sur la santé et la sécurité de son personnel.

6.5 Conclusion

L'analyse des incidents observés et décrits par les huit infirmières rencontrées a permis de mieux documenter leurs conditions de travail et de santé et de sécurité. Elle a aussi illustré les liens existants entre l'organisation du travail de l'employeur (APSI), celle du donneur d'ouvrage, le personnel d'agence et le personnel de l'établissement par l'étude approfondie des facteurs organisationnels mis au jour par les incidents. Ainsi, les dysfonctionnements organisationnels révélés dans ce chapitre ont des effets sur la santé et la sécurité du personnel d'agence : stress relié à une absence d'orientation dans un service, charge mentale accrue lors d'un manque de formation sur une tâche ou une procédure, une charge de travail qui résulte parfois en des contraintes temporelles, posturales et en une charge mentale plus élevée par la réalisation d'activités concomitantes et finalement, un stress lié à l'exposition à la violence des usagers ou à la préoccupation de développer de bonnes relations avec le personnel régulier malgré la survenue d'incidents. La présente analyse a même démontré que les dysfonctionnements organisationnels avaient aussi un effet direct ou indirect sur la santé et la sécurité du personnel régulier des services.

Cette étude a aussi permis de contraster deux modèles d'organisation du travail au sein des agences et a révélé qu'un type de gestion favorisait plus la SST de son personnel notamment en lui assurant un support organisationnel. Rappelons simplement que le type de gestion en vigueur à l'agence 1 tend à mieux structurer les relations avec les donneurs d'ouvrage, à négocier des ententes avec ces derniers afin de faciliter l'intégration et la formation de son personnel et si nécessaire, à demander la mise en place de mesures correctrices.

Par ailleurs, plusieurs incidents étudiés découlaient d'une mauvaise planification d'un remplacement pour lequel le donneur d'ouvrage n'avait pas ciblé ses besoins en termes de qualification du personnel remplaçant (ex : formation). On peut émettre l'hypothèse que le fait que les demandes de service soient souvent traitées par le service des ressources humaines contribue à ce manque de précision. En effet, il peut être difficile pour ce service de bien documenter la demande puisqu'il connaît peu les spécifications des activités de soin qui seront sous-traitées.

Cette étude révèle aussi que les relations qui favorisent la SST du personnel d'agence entre les donneurs d'ouvrage et les APSI sont « difficiles » et souvent inexistantes car :

- les demandes d'orientation, de formation ou de régulation de la charge de travail sont laissées à l'initiative des agences : les donneurs d'ouvrage sont peu proactifs;
- les APSI sont tributaires de la « volonté » des milieux : elles doivent souvent convaincre les donneurs d'ouvrage avec des arguments « choc », comme le manque de ressources, s'il n'y a pas de changement dans la gestion des remplacements;
- la communication entre les demandeurs (les services) et les APSI n'est pas toujours facilitée. Par exemple, les répartiteurs des agences rapportent des difficultés à bien documenter les besoins des services et à cibler le personnel adéquat lorsque la demande provient du service

des ressources humaines qui gère les listes de rappel plutôt que du service pour lequel le personnel d'APSI est demandé.

De façon générale, il semble donc que la responsabilité de la formation incombe implicitement, selon l'attitude perçue des donneurs d'ouvrage à la suite de cette analyse, aux APSI : les établissements ne forment souvent les infirmières d'APSI que lorsqu'ils n'ont pas le choix afin d'assurer le fonctionnement ou la prestation d'un service. Il appert cependant que, en ce qui a trait aux incidents liés à une prestation de service, cette dernière se retrouve à notre avis directement sous la responsabilité du donneur d'ouvrage puisqu'il s'agit de la relation avec l'utilisateur : ils devraient être rapportés au responsable du service, ce qui n'est pas toujours fait par l'infirmière ou par la gestion de l'agence. Ainsi donc, même si le donneur d'ouvrage est responsable des effets des lacunes organisationnelles de son service sur la SST du personnel d'APSI, il ne semble pas tenir compte de cette responsabilité : il s'agit en quelque sorte d'une sous-traitance du risque.

7. LES HORAIRES DE TRAVAIL

Nous avons vu au chapitre 5, lors de l'analyse de leur parcours professionnel, que les infirmières avaient choisi de travailler en agence avant tout pour se libérer des contraintes du secteur public néfastes pour leur santé, en particulier les contraintes d'horaire. L'objectif de ce chapitre est donc de déterminer si la gestion des horaires de travail dans les agences privées laisse ou non aux infirmières des marges de manœuvre suffisantes pour préserver leur santé, maintenir la qualité des soins et concilier travail et famille. Une analyse approfondie des horaires de travail a été réalisée afin de décrire leur flexibilité, leur variabilité, leurs aspects atypiques (travail de soir, de fin de semaine, horaires brisés) et la charge de travail qu'ils pourraient refléter (temps supplémentaire, intensification du travail, etc.). Ce portrait détaillé des temps de travail permet de vérifier si les résultats d'analyse des différentes sources de données confirment ou contredisent nos hypothèses de recherche.

7.1 Hypothèses de recherche

Au départ, nous posons les hypothèses suivantes au sujet des horaires de travail en agence privée de soins infirmiers :

- 1) Le choix des horaires est une composante fondamentale de la motivation des infirmières à travailler en agence privée plutôt que dans le secteur public;
- 2) Il existe toutefois une différence entre la flexibilité idéalisée du discours des interviewées et la flexibilité observée réellement dans les feuilles de temps;
- 3) Incertaines de l'avenir, les infirmières ont tendance à accepter une charge plus élevée (en termes de contraintes d'horaire) que leur disponibilité annoncée;
- 4) Malgré leur discours qui vante les avantages de la diversité des horaires et des tâches qu'elles trouvent dans les agences privées, les infirmières ont tendance à privilégier très vite la stabilité - mêmes établissements, mêmes programmes ou services, même forme d'horaire - afin de reconstituer le plus rapidement possible leur connaissance des cas, facteur connu comme stratégie préventive;
- 5) Dans ce but, elles font parfois des compromis sur d'autres aspects de leur santé et de leur sécurité.

Ainsi, nous voulions vérifier si les données permettaient de répondre à plusieurs questions de recherche. Observe-t-on des variations quotidiennes, hebdomadaires, mensuelles, saisonnières de l'horaire? Observe-t-on des variations quotidiennes, hebdomadaires, mensuelles, saisonnières en termes d'établissements et de programmes visités, de clientèles desservies? Les horaires observés sur les feuilles de temps correspondent-ils à ce que les infirmières disent en entrevue en termes de charge, de diversité des horaires, d'adéquation avec la disponibilité annoncée, de diversité des établissements et des programmes, d'utilisation des horaires comme stratégie de prévention?

7.2 Les réponses au questionnaire

Trente (30) infirmières ont répondu au questionnaire. On leur demandait quelle disponibilité d'horaire elles donnaient à leur agence, le nombre de jours travaillés en moyenne par semaine,

d'heures travaillées par jour et selon quels quarts elles travaillaient. Ces trois dernières questions étaient ensuite répétées en prenant comme référence la semaine ayant précédé l'enquête.

7.2.1 La disponibilité

7.2.1.1 Disponibilité annoncée

Les préférences des infirmières d'agence, en termes de types de clientèle desservie, vont aux services de vaccination (20 réponses sur 30), enfance-famille (16), CHSLD (9) et programme de santé sexuelle des CLSC (8). En revanche, le travail dans les autres services des CLSC, dont les SAD (5), recueille moins d'adeptes. Enfin, l'on ne s'étonne guère que seulement cinq infirmières sur 30 se disent encore disponibles pour travailler en CH.

En termes de quarts de travail, les infirmières offrent une grande disponibilité d'horaire à leur agence (tableau 7-1).

Tableau 7.1 : Nombre d'infirmières s'annonçant disponibles selon les quarts de travail

Quarts travaillés, en général	Agence 1	Agence 2	Ensemble
Jour	2	0	2
Jour et soir	1	2	3
Jour et fin de semaine	3	1	4
Soir et fin de semaine	0	1	1
Jour, soir et fin de semaine	8	4	12
Jour, soir, nuit et fin de semaine	3	3	6
(Inconnu)	(1)	(1)	(2)
Total	(18) 17	(12) 11	(30) 28

En effet, 18 - soit près des deux tiers - des 28 infirmières ayant répondu à cette question indiquent une disponibilité de jour, de soir et de fin de semaine; parmi celles-ci, six, soit une sur trois, y ajoutent même une disponibilité pour les horaires de nuit. Ces six infirmières sont cependant les seules à mentionner leur volonté de travailler la nuit, ce qui signifie qu'un cinquième seulement des infirmières d'agence interrogées acceptent de travailler la nuit. Ce constat est à mettre en relation avec les horaires de nuit en vigueur dans les établissements hospitaliers du réseau public, raison importante ayant motivé le départ du secteur de plusieurs d'entre elles, comme on l'a vu au chapitre 5. Cela n'a rien d'étonnant si on se rappelle que près de la moitié des répondantes ont dépassé 45 ans et que le travail de nuit est reconnu comme particulièrement dommageable avec l'avancée en âge.

En revanche, le travail de fin de semaine semble beaucoup plus tolérable que le travail de nuit puisque 23 infirmières sur 28 acceptent de travailler le samedi et le dimanche⁴³. Si les deux agences ne se distinguent pas sur le plan de la disponibilité des infirmières pour le travail de fin

⁴³ Nous verrons plus loin que l'agence 1, contrairement à l'agence 2, demande qu'elles soient disponibles une fin de semaine sur deux ou sur trois, selon leur horaire en semaine.

de semaine, par contre on note une plus grande disponibilité de celles de l'agence 2 pour les horaires de soir (10/11, contre 12/17 à l'agence 1).

7.2.1.2 Quarts effectivement travaillés

Du point de vue des contraintes de temps, les horaires attribués réellement par les deux agences peuvent être considérés comme relativement «confortables» dans la mesure où ils ne dépassent pas les disponibilités annoncées par les infirmières en termes de quarts de travail (tableau 7-2).

Tableau 7.2 : Nombre d'infirmières travaillant habituellement selon certains quarts de travail

Quarts travaillés en général	Agence 1	Agence 2	Ensemble
Jour	3	3	6
Soir	1	0	1
Jour et soir	1	1	2
Jour et fin de semaine	2	0	2
Soir et fin de semaine	0	2	2
Jour, soir et fin de semaine	7	4	11
Jour, soir, nuit et fin de semaine	3	1	4
(Inconnu)	(1)	(1)	(2)
Total	(18) 17	(12) 11	(30) 28

On constate en effet que seulement quatre infirmières sur 28 travaillent couramment selon tous les types de quarts incluant les nuits. Quant au travail de fin de semaine, alors que 23 infirmières se portaient volontaires pour en faire (re : tableau 7-1), 19 travaillent habituellement selon cet horaire. Ici encore, les deux agences se ressemblent beaucoup à part une proportion légèrement plus élevée d'infirmières de l'agence 1 travaillant régulièrement les fins de semaine⁴⁴ (12/17, contre 7/11 à l'agence 2).

Dans la semaine qui a précédé l'enquête (tableau 7-3), seulement un tiers des infirmières (8/24) avaient travaillé le samedi et/ou le dimanche. Cependant, six sur 24 ont quand même dû travailler selon des horaires variés dans la même semaine (jour, soir et fin de semaine) et la moitié ont même fait du travail de nuit. Subir tant de «décalages horaires» dans la même semaine, c'est beaucoup.

À l'inverse, toujours dans cette même semaine, neuf infirmières, soit plus du tiers, avaient travaillé exclusivement selon l'horaire réputé comme le plus «facile» : de jour en semaine, alors que seulement deux sur 28 annonçaient une disponibilité d'horaire aussi sélective.

⁴⁴ idem

Tableau 7.3 : Nombre d'infirmières ayant travaillé selon certains quarts de travail la semaine précédant l'enquête

Quarts travaillés la dernière semaine	Agence 1	Agence 2	Ensemble
Jour	7	2	9
Soir	1	1	2
Jour et soir	3	2	5
Jour et fin de semaine	0	1	1
Soir et fin de semaine	0	1	1
Jour, soir et fin de semaine	2	1	3
Jour, soir, nuit et fin de semaine	2	1	3
(Inconnu)	(3)	(3)	(6)
Total	(18) 15	(12) 9	(30) 24

7.2.2 La charge : nombre d'heures travaillées par jour et de jours travaillés par semaine

Ce qui frappe avant tout, c'est la grande diversité des horaires rapportés par les 28 répondantes, tant en ce qui concerne le nombre de jours par semaine (de 1,5 à 5) que le nombre d'heures par jour : de quatre à huit (tableaux 7-4 et 7-5). Cette diversité reste dans les limites du raisonnable, puisqu'on ne voit pas d'horaires «extrêmes» : personne ne travaille plus de cinq jours maximum par semaine ni plus de huit heures maximum par jour, en général.

Cela dit, malgré cette importante diversité, l'horaire traditionnel conserve quand même une certaine popularité en agence privée : une majorité de répondantes travaillent habituellement sept heures par jour et beaucoup travaillent encore cinq jours par semaine (18/28 et 13/28 respectivement). Ceci est particulièrement vrai à l'agence 1, où 13 infirmières sur 17 déclarent travailler 7 heures par jour et où 9 sur 17 font cinq jours par semaine, en moyenne

Tableau 7.4 : Nombre de jours travaillés par semaine, en moyenne

Nb jours	Agence 1	Agence 2	Ensemble
1,5	1	0	1
2	1	2	3
3	2	2	4
3,5	2	0	2
4	2	3	5
5	9	4	13
(Inconnu)	(1)	(1)	(2)
Total	(18) 17	(12) 11	(30) 28
Moyenne	4	3,8	4

Cependant, ce sont les horaires réduits qui prédominent puisque la moyenne est de 6,8 heures par jour et de quatre jours par semaine, les deux agences confondues.

On voit aussi poindre une tendance vers la semaine dite «comprimée», un quart des répondantes travaillant habituellement plus de sept heures par jour. Autrement dit : les infirmières tendent généralement à concentrer leurs heures dans la semaine. Ce phénomène est surtout

caractéristique de l'agence 2, où les infirmières travaillent plus d'heures par jour mais moins de jours dans la semaine que leurs consœurs de l'agence 1 (7,3h par jour sur 3,8 jours à l'agence 2, contre 6,4h par jour en 4 jours à l'agence 1). Les longues journées sont donc typiques de l'agence 2 : on note en effet qu'en moyenne aucune infirmière n'y travaille moins de 7 heures par jour, tandis qu'à l'agence 1 au contraire, personne ne travaille plus de 7 heures par jour (tableau 7.5).

Tableau 7.5 : Nombre d'heures travaillées par jour, en moyenne

Nb heures	Agence 1	Agence 2	Ensemble
4	2	0	2
5	2	0	2
7	13	5	18
7,25	0	3	3
8	0	3	3
(Inconnu)	(1)	(1)	(2)
Total	(18) 17	(12) 11	(30) 28
Moyenne	6,4	7,3	6,8

Pour voir s'il y avait de fortes variations conjoncturelles dans les horaires, mais aussi pour voir si la période de l'enquête (juin à août) était ou non représentative des moyennes annuelles rapportées, nous avons également demandé aux infirmières combien de jours et combien d'heures par jour elles avaient travaillé au cours de la semaine ayant précédé l'enquête (tableaux 7.6 et 7.7).

Tableau 7.6 : Nombre de jours travaillés la semaine précédant l'enquête

Nombre de jours travaillés	Agence 1	Agence 2	Ensemble
0	2	1	3
1,5	1	0	1
3	0	2	2
4	6	2	8
5	7	6	13
6	1	0	1
(Inconnu)	(1)	(1)	(2)
Total	(18)(17) 15	(12)(11) 10	(30)(28) 25
Moyenne de celles qui ont répondu	3,9	4	3,9
Moyenne de celles qui ont travaillé	4,4	4,4	4,4

On voit que trois infirmières sur 28 n'ont pas travaillé du tout cette semaine-là, sans que l'on sache si c'était volontaire ou non (la période d'enquête, de juin à août, est celle où elles effectuent de nombreux remplacements de vacances, mais c'est aussi celle où elles-mêmes prennent leurs propres vacances). Cela explique pourquoi, quand on compare ces tableaux avec les tableaux 7.4 et 7.5, les moyennes des répondantes calculées ici sont plus basses que les jours et heures travaillés en général dans l'année. Toutefois, si on examine maintenant les moyennes calculées seulement pour celles qui ont travaillé la semaine précédente, on s'aperçoit qu'elles sont un peu plus élevées que leurs moyennes habituelles, sans doute en raison des remplacements qu'elles effectuent l'été. Les horaires des infirmières d'APSI pourraient donc être plus chargés que d'habitude compte tenu des effectifs réduits dans les établissements.

Tableau 7.7 : Nombre d'heures travaillées par jour la semaine précédant l'enquête

Nombre d'heures travaillées	Agence 1	Agence 2	Ensemble
0	2	1	3
4	1	0	1
5	2	0	2
7	12	3	15
7,25	0	2	2
8	0	5	5
(Inconnu)	(1)	(1)	(2)
Total	(18)(17) 15	(12)(11) 10	(30)(28) 25
Moyenne de celles qui ont répondu	5,8	6,9	6,2
Moyenne de celles qui ont travaillé	6,5	7,6	6,9

Les profils d'horaire restent comparables aux schémas généraux à savoir une proportion importante d'infirmières qui continuent à travailler selon l'horaire classique de 7 heures par jour et de 5 jours par semaine, mais une tendance globale aux horaires réduits (4,4 jours par semaine en moyenne) et une propension à la semaine «comprimée» qui se confirme surtout à l'agence 2 (7,6 heures par jour sur 4,4 jours).

7.2.3 Résumé

Dans l'ensemble, on constate que l'organisation des horaires par les agences présente des aspects qui pourraient s'avérer protecteurs puisque les quarts travaillés restent largement dans les limites des disponibilités annoncées par les infirmières. En ce qui concerne la charge, on observe également que les infirmières choisissent des horaires plus réduits, en moyenne, que l'horaire traditionnel de 35 heures réparties sur 5 jours. Certaines auraient même tendance à privilégier les horaires «comprimés» pour pouvoir profiter de plus de jours de liberté quitte à travailler un peu plus de 7 heures par jour pour certaines d'entre elles, notamment à l'agence 2.

Toutefois, en se basant uniquement sur les réponses au questionnaire, il est impossible d'assurer que l'horaire réduit ou comprimé soit un choix entièrement libre des infirmières ou si elles travaillent moins parce que l'agence ne peut pas leur offrir plus, ou encore parce qu'elles occupent un deuxième emploi ailleurs. Les statistiques d'entreprise et les données de main-d'œuvre de l'agence 2, exposées au chapitre 3, pourraient laisser penser que peu d'infirmières, parmi toutes celles qui sont sur les listes des agences, travaillent à temps plein et rien ne permet de dire s'il s'agit ou non d'un choix pour toutes. Ainsi on a vu au chapitre 4 que l'agence 2 avait une politique explicite à ce sujet : on y embauche souvent des infirmières qui détiennent déjà un emploi à temps partiel dans le réseau public, emploi qu'on leur recommande bien de conserver, au début tout au moins. C'est également dans cette agence que la direction s'abstient d'insister auprès des donneurs d'ouvrage pour qu'ils réduisent le plus possible le travail fait en temps supplémentaire. Bref, pour savoir si c'est volontairement ou non que les infirmières d'agence ont des horaires réduits, il faut se rapporter à ce que disent les infirmières elles-mêmes en entrevues.

7.3 Les informations sur les horaires recueillies en entrevues

Des entrevues individuelles ont été réalisées auprès de deux propriétaires d'agences, de deux répartiteurs et de huit infirmières; trois d'entre elles ont été rencontrées pour un second entretien, dit de «restitution» où on leur demandait de valider les résultats préliminaires. Nous avons étudié

le contenu de ces 15 entrevues pour en extraire les points saillants concernant la gestion des horaires et leur utilisation éventuelle par les infirmières – et les gestionnaires – comme stratégie protectrice.

7.3.1 Les entrevues de gestionnaires et de répartiteurs

À la lumière des résultats de l'étude réalisée dans quatre services de SAD du réseau public (Cloutier et al., 2005), l'organisation des horaires et des parcours des infirmières à domicile s'est avéré un déterminant important de leur santé au travail. Aussi avons-nous accordé de l'importance à cette question lors des entrevues des gestionnaires et des répartiteurs d'agences privées. Pour chaque agence, les personnes interviewées étaient la propriétaire-présidente et la personne chargée de répondre aux demandes des clients et d'organiser les horaires et les routes des infirmières : dans un cas, la directrice-répartitrice et dans l'autre, le répartiteur. Il leur était demandé comment ils planifiaient les horaires des infirmières et selon quels critères ils les organisaient. Ils ont répondu de façon très ouverte sauf – pour les propriétaires – quand les questions d'horaires auraient pu permettre de déduire leur chiffre d'affaire et – pour la directrice et le répartiteur – quand ils étaient réticents à parler des relations avec les établissements-clients ou du volume d'activité de leur agence. Après analyse, leurs réponses peuvent être regroupées selon six thèmes d'importance variée: l'organisation des horaires; les critères d'équité lors de l'attribution des affectations et les exigences minimales envers les infirmières en matière d'horaire; les disponibilités et les choix annoncés par les infirmières; les horaires comme facteur protecteur de la santé psychologique ou physique, les horaires en tant qu'élément d'équilibre travail-famille et enfin la précarité et l'instabilité des revenus.

7.3.1.1 L'organisation des affectations et des horaires

Les deux agences offrent des services 7 jours par semaine, 24 heures sur 24, selon les trois quarts habituels : jour, soir, nuit. L'agence 1 refuse les demandes de dernière minute, alors que l'agence 2, selon sa propriétaire, forte de la large fourchette de services qu'elle offre et du large éventail d'infirmières de réserve pour y répondre, essaie de combler toutes les demandes sans toutefois promettre des miracles aux clients de dernière minute.

En principe, ce ne sont pas les agences qui déterminent les routes comme telles, du moins pas directement, mais les CLSC : l'infirmière d'agence remplace une infirmière régulière et c'est donc (souvent mais pas toujours) la route de cette infirmière qui lui est attribuée par le CLSC. Selon les cas, les routes organisées par le CLSC pourront aussi être des «surcroûts», soit un assemblage de soins dans différents territoires ou l'addition de morceaux de journées de différentes infirmières, ou encore des routes de type «bouche-trous», constituées essentiellement de soins, sans suivi. Dans d'autres établissements (les trois quarts des demandes de ses clients, selon la propriétaire de l'agence 2), les infirmières de l'agence auront le même travail à faire qu'une infirmière régulière. En théorie, donc, mais pas toujours : une infirmière régulière absente = une route pour une remplaçante d'agence. Dans les faits cependant, en particulier pour les remplacements de courte durée, une fois la demande du client parvenue à l'agence, l'horaire de l'infirmière régulière absente est souvent coupé en plusieurs segments qui seront répartis dans l'horaire de plusieurs remplaçantes; cette pratique, contradictoire avec la volonté de stabilité annoncée par les gestionnaires d'agence, a essentiellement pour but l'équité du revenu .

À l'agence 1, l'horaire est fait par le répartiteur pour 29 à 32 infirmières, sur une base mensuelle, longtemps d'avance en ce qui concerne les remplacements à long terme. Le répartiteur a un cartable contenant le calendrier mensuel des disponibilités de chacune des infirmières. Il fait les horaires au fur et à mesure que les demandes arrivent : dès qu'il reçoit une demande de remplacement – parfois plusieurs mois à l'avance, il l'attribue à l'horaire d'une ou plusieurs infirmières (le remplacement en un seul « bloc » ne semble pas être considéré comme une priorité, ni même une nécessité, sauf s'il est exigé par le client). Il ajoute cette nouvelle assignation au calendrier de l'infirmière choisie et il l'appelle immédiatement pour l'en informer. Ensuite, il comble les horaires au fur et à mesure de l'arrivée des demandes. Il essaie autant que possible d'éviter les modifications à court préavis, mais il peut lui arriver pour accommoder un client de modifier l'horaire d'une infirmière qui a les spécialités requises par ce client : avec l'accord de l'infirmière, il peut par exemple envoyer quelqu'un d'autre à sa place une journée pour qu'elle puisse offrir deux jours de disponibilité dans le programme où elle est demandée. Il travaille essentiellement avec les outils « papier-crayon », le logiciel servant davantage pour la facturation et la paie que pour faire les horaires. Ce qu'il trouve le plus difficile dans son travail, c'est de devoir appeler un établissement pour dire que l'infirmière qui devait assurer un remplacement est malade et qu'il n'a personne d'autre pour assumer son remplacement. Il trouve aussi que son travail exige de la diplomatie, car c'est délicat de négocier avec certains clients difficiles.

À l'agence 2, c'est la directrice-répartitrice, avec son expérience antérieure en gestion du personnel, qui fait les horaires pour 60 à 75 infirmières. Ce nombre varie selon leur roulement – départs et embauches – et leur propre mise en disponibilité ou en réserve. Pour le mois qui suit le mois en cours, les infirmières communiquent par fax ou par téléphone les modifications à leur disponibilité habituelle. En additionnant toutes les disponibilités et la liste de rappel, la responsable arrive à couvrir tous les quarts pour tous les jours du mois. Comme à l'agence 1, les demandes arrivent par téléphone, télécopieur ou courriel. Les informations reçues concernent le département ou service, le jour et l'heure et le nombre de personnes demandées. S'il y a des soins ou des clients particuliers, la demande les mentionne. La directrice doit alors vérifier si l'infirmière envisagée est apte à répondre à la demande. Si une demande nécessite une formation particulière, c'est le client qui doit le spécifier et donner lui-même la formation au besoin. Ici, la confection des horaires repose sur un mélange entre une saisie à long terme et une saisie à court terme selon le type de besoin et sur des compromis entre l'utilisation de l'informatique et la saisie papier. Il y a beaucoup de variabilité dans le moment de la réception de la demande, les délais et la durée. Son travail consiste donc à organiser les remplacements à long terme longtemps d'avance – pour les vacances annuelles par exemple - tout en gardant quotidiennement une liste de disponibilités suffisante pour les demandes de dernière minute. Si plusieurs infirmières sont disponibles pour cette demande à court terme, comme à l'agence 1, elle y va par ancienneté et en règle générale, elle va chercher à stabiliser les clientèles. Une autre stratégie pour mieux répondre aux demandes consiste, lors de la première demande d'un nouveau client, à lui proposer de former deux infirmières à son fonctionnement pour avoir toujours plusieurs personnes prêtes au travail en cas de demande au pied levé.

La préparation des horaires de l'agence 2 est faite pour deux semaines en se référant à la base de données Excel sur les infirmières mise à jour le plus régulièrement possible (disponibilités, adresse, préférences, compétences particulières, formations, ancienneté, expérience chez les établissements clients). La responsable fonctionne en trois temps : elle inscrit d'abord les disponibilités des infirmières pour la période de ces deux semaines. Par la suite, elle inscrit à

l'ordinateur les demandes déjà connues (par exemple les remplacements de vacances) qu'elle reçoit quelques semaines l'avance. Enfin, le vendredi soir précédant la quinzaine concernée, elle imprime ses tableaux et prévoit compléter à la main les demandes de dernière minute qui arriveront durant les quinze jours. Cette procédure lui permet de compléter les horaires à distance lorsqu'elle n'est pas au bureau et de gérer un flot important de demandes immédiates. Les remplacements de durée indéterminée sont renouvelés mensuellement par les donneurs d'ouvrage (ceci est obligatoire pour les clients de l'agence 1) et les infirmières qui les assurent reconforment également leur disponibilité si elles le souhaitent; sinon, elles peuvent demander à changer d'assignation à une semaine d'avis.

Dans les deux agences, c'est uniquement par téléphone que les infirmières reçoivent leurs horaires : date, heure, endroit et établissement client. De leur côté, les répartiteurs conservent sur papier à l'agence l'horaire détaillé de chaque infirmière (établissements, lieux, quarts d'assignation) pour le mois ou la quinzaine, selon l'agence. Pour ce qui est des routes et des particularités des bénéficiaires soignés, ce sont les établissements qui les leur communiquent directement à leur arrivée le matin, et souvent, comme ce n'est pas leur première prestation dans l'établissement, elles connaissent leur travail d'avance. En cas de nouveauté ou de changement à la route ou aux programmes de soins, l'information est transmise à l'agence qui la relaie par téléphone à l'infirmière.

7.3.1.2 Consignes et règles minimales; critères d'attribution des horaires

Les agences favorisant la souplesse, elles imposent peu de règles et de contraintes tant à leurs clients qu'à leur personnel. Notons seulement que l'agence 1 refuse les demandes de dernière minute. En contrepartie, elle exige de ses infirmières qu'elles soient disponibles au moins deux ou trois jours par semaine et une fin de semaine sur deux⁴⁵ et qu'elles respectent tous leurs engagements jusqu'au bout : pas question d'abandonner la prestation commencée ou prévue, à moins d'une urgence.

À l'agence 2, la lettre d'entente impose une pénalité au client s'il annule le service à moins de 12 heures de préavis (24h à l'agence 1). Si une infirmière décide d'abandonner un remplacement de longue durée sans le compléter, elle le peut à condition de déposer un préavis d'une semaine. Les clients eux aussi peuvent demander qu'une autre infirmière leur soit envoyée si la première ne leur convient pas. Si c'est pour une question d'incompatibilité de caractère, la direction ne peut pas la gérer, mais si des correctifs peuvent être apportés pour combler une formation insuffisante par exemple, l'agence cherche à y pourvoir.

Les critères d'attribution des horaires à l'**agence 1** sont en gros les suivants :

- Disponibilité et compétence/expérience de l'infirmière pour le programme en demande;
- Les très longs remplacements (ex : congé de maladie de durée indéterminée) sont assignés à la même infirmière pour assurer une continuité et une stabilité qui sont la marque de commerce de l'agence 1 auprès des donneurs d'ouvrage;

⁴⁵ le répartiteur dit 3 jours, la propriétaire parle de 2 jours minimum + une fin de semaine sur deux; certaines ne sont pas obligées de travailler les fins de semaine parce qu'elles travaillent 4 ou 5 jours en semaine ou font de longs remplacements.

- Les remplacements de durée moyenne (une ou deux semaines) sont généralement morcelés en plusieurs horaires, soit parce que la même infirmière n'est pas toujours disponible, mais surtout pour assurer «une base» au maximum d'infirmières possible, sauf exigence contraire du client. Ceci peut compromettre la stabilité, contrairement à ce qui se passe pour les très longs remplacements stables décrits ci-dessus;
- Compatibilité avec les besoins ou la culture de l'établissement; comprend également la préférence des infirmières pour travailler dans certains milieux;
- Ancienneté à l'agence.

À l'agence 2 aussi, disponibilités et compétences particulières des infirmières sont désignées comme critères prioritaires d'attribution des horaires. La répartition équitable des journées de travail entre les infirmières y prend également une grande importance. Par exemple, si trois infirmières se déclarent disponibles pour travailler à temps plein et que la demande est insuffisante pour remplir leur horaire, la directrice fera une rotation pour que les trois infirmières aient un nombre égal de journées. L'équité serait donc un critère plus prioritaire que l'ancienneté. Il semble toutefois que les infirmières les plus anciennes qui sont à l'agence depuis le début et ont accumulé de l'expérience dans plusieurs spécialités ont toutes leurs disponibilités remplies et n'ont aucune difficulté à obtenir un temps plein avec l'agence, si elles le souhaitent.

Il ressort quand même des entrevues, quelle que soit l'agence considérée, qu'un des premiers critères implicites d'attribution des horaires demeure la satisfaction et les préférences du client, quitte à forcer sur les disponibilités annoncées par les infirmières. Ainsi, quand la personne responsable des horaires appelle une infirmière pour modifier son horaire à court terme ou augmenter sa disponibilité, on lui explique que c'est «pour le bien de l'équipe». On comprend qu'il existe une règle tacite d'acceptation des modifications et d'élargissement des disponibilités pour dépanner les clients, donc l'agence elle-même. Et comme l'agence constitue le gagne-pain des infirmières, la souplesse devient une sorte de mot d'ordre partagé. Il y a toutefois des limites à ne pas dépasser. À l'agence 2 par exemple, on ne favorise pas la multiplication des exigences personnalisées des clients, du genre «on veut une telle». Cette résistance de l'agence aux demandes spéciales permet de simplifier la gestion des horaires et aussi d'assurer une répartition plus équitable des demandes.

7.3.1.3 Disponibilités et choix des infirmières

D'après les déclarations des gestionnaires en entrevue, les deux agences rencontreraient d'inégales difficultés à répondre aux demandes en raison de la disponibilité de leurs effectifs. Alors que l'agence 2, qui est manifestement en expansion, déclare recruter en permanence pour couvrir toutes les plages horaires «sans difficulté» avec ses effectifs courants et sa liste de réserve, l'agence 1 dit refuser parfois certaines demandes des CLSC par manque d'effectifs, en particulier pour les quarts de soir et de nuit, tant en semaine que les fins de semaine. La gestionnaire de cette agence dit privilégier la qualité dans la durée à long terme et décide de ne pas s'ajuster à tout prix à la demande au point de dire oui à tout.

À l'agence 1, il peut arriver exceptionnellement qu'on demande aux infirmières d'accepter des engagements en dehors des disponibilités qu'elles ont annoncées. Le responsable indique qu'il sait que les infirmières choisissent de travailler à temps partiel surtout parce qu'elles sont fatiguées du travail en temps supplémentaire fait dans le réseau public. Il respecte donc ce

besoin. Mais souvent, quand les infirmières débutent à l'agence, il leur prédit qu'après quelques mois elles vont apprécier ce nouveau rythme choisi et désireront travailler davantage. Il les prévient aussi qu'il se peut qu'à l'occasion il «s'essaie» pour obtenir des disponibilités additionnelles s'il en a besoin. L'infirmière sait qu'elle peut dire non après l'avoir écouté et qu'elle n'est pas obligée de lui donner un motif de refus. Souvent, quand il appelle une infirmière « hors disponibilité », c'est parce que le client l'a demandée elle spécifiquement, ou parce qu'il s'agit d'un remplacement qui peut mener à plus de journées qui cadrent dans son horaire, ou parce qu'il sait que l'infirmière a les compétences requises et qu'elle aime ce type de remplacement, dit-il.

À l'agence 2, il y a toujours quelques infirmières qui se disent disponibles pour un «extra», mais suite aux frictions sérieuses – quelques mois avant l'enquête - dues à son insistance pour élargir les disponibilités des infirmières, la directrice-répartitrice dit que maintenant elle y recourt seulement à la dernière extrémité, avec prudence, après s'être assurée d'avoir fait le tour de toutes les disponibilités et les avoir comblées. Dans cette entreprise, on nous indique aussi que plusieurs infirmières travaillent pour l'agence afin de compléter un poste à temps partiel dans un établissement. Il y a donc des gens qui travaillent exclusivement pour l'agence et d'autres (la majorité) qui vont cumuler deux emplois : un dans le réseau public et l'autre pour l'agence. Outre le fait qu'elle ne peut pas leur garantir un salaire régulier, la direction explique une partie du phénomène par le fait que les infirmières à temps partiel du réseau public, qui voudraient compléter leur horaire mais sont fatiguées du climat des établissements, vont travailler pour les agences afin d'explorer ce qui se passe ailleurs et varier leurs milieux de travail. Plusieurs des infirmières à temps partiel travaillant pour l'agence sont des mères de famille monoparentales qui recherchent un horaire souple, ou encore des étudiantes qui utilisent leur temps libre pour gagner un revenu additionnel. Tous les mois, les infirmières communiquent ou reconfirment leur disponibilité par fax ou par téléphone. Cependant, elles ont la possibilité de modifier ces disponibilités au cours du mois; parfois les infirmières vont changer leur disponibilité à la dernière minute et de la même façon, certaines vont accepter des quarts de travail additionnels même si elles ne s'étaient pas signalées disponibles pour cette date.

Quoi qu'il en soit, les agences tiennent à conserver la caractéristique qui constitue leur plus puissant facteur d'attraction aux yeux des infirmières face aux établissements publics : la souplesse et le choix des horaires. L'agence 1 n'exige que deux à trois jours de disponibilité par semaine de ses infirmières et l'agence 2 n'exige pas de disponibilité minimale; certaines y travaillent un jour ou moins par semaine. Temps plein et temps partiel sont également acceptés par les deux agences; les quarts de soir et de nuit sont aussi optionnels.

7.3.1.4 Les horaires protecteurs

Les gestionnaires ont parfaitement saisi que les horaires sont un facteur d'attraction pour la main-d'œuvre, en particulier grâce à leur souplesse qui permet une qualité de vie susceptible d'améliorer le bien-être et de préserver la santé des infirmières. Plusieurs de leurs stratégies témoignent d'une gestion des horaires qui cherche à favoriser cet effet protecteur.

L'agence 1 a pour politique de refuser toute demande de remplacement de dernière minute : elle exige un délai minimum de 48 heures; dans certaines circonstances elle accepte des demandes à 24 heures d'avis mais c'est très rare. La prévisibilité des horaires étant un moyen reconnu de

préservé la santé des travailleurs (Rosa et Colligan, 1997), cette mesure est particulièrement protectrice. Cette agence a aussi une attitude très ouverte face au travail en temps supplémentaire. La directrice dit que le temps de travail constitue une préoccupation constante pour son personnel, qui a toujours en arrière-pensée la nécessité de gagner du temps tout en se concentrant sur la qualité du soin à donner. D'après sa propre expérience de terrain elle se souvient que la pire préoccupation des infirmières ce sont les routes éclatées qui les forcent à se déplacer dans des secteurs éloignés les uns des autres tout en restant en-deçà du temps maximum imparti pour les trajets, sans compter que la planification des routes par les CLSC ne tient pas compte des dépôts d'échantillons au laboratoire. Sachant cela, elle encourage son personnel : *«faites ce que vous pouvez, si vous faites du surtemps je vais vous le payer et le facturer au CLSC»*. Avant de facturer le temps supplémentaire, elle valide les routes ou les journées pour lesquelles les infirmières ont dû ajouter du temps de travail. Mais elle a l'habitude de leur faire confiance : le temps supplémentaire est toujours justifié, dit-elle, les infirmières étant toujours en mesure d'expliquer les aller-retour, incidents, retards au domicile ou détours de circulation qui leur ont pris plus de temps que prévu. Afin de contrer d'éventuelles discussions avec le donneur d'ouvrage, elle exige que les infirmières fassent contresigner leur feuille de temps avec le gestionnaire en place; ainsi le temps supplémentaire est validé et non contestable a posteriori.

Même si les infirmières d'agence doivent saisir des statistiques et consigner en après-midi les notes au dossier des patients vus en matinée, le fait qu'elles ne soient pas impliquées dans les suivis à long terme ou la responsabilité de la gestion des cas est perçu par les gestionnaires comme un allègement de charge en termes de temps de travail, c'est-à-dire qu'elles ne doivent pas passer du temps à rassembler les informations permettant de prendre des décisions sur l'évolution et l'orientation de ces cas.

La personne responsable de la répartition des horaires à l'agence 1 interagit directement avec les chefs de programme des CLSC et non avec les directions des ressources humaines : ainsi les besoins sont cernés au plus près, les infirmières d'agence avancent donc en terrain connu et on peut introduire beaucoup de souplesse dans les horaires en donnant un service sur mesure. Les infirmières y gagnent en connaissance des clients et en souplesse dans leurs propres horaires. Avant que les infirmières de l'agence 1 reçoivent des formations qui les ont rendues polyvalentes – autre facteur protecteur, le responsable de la répartition s'informait en détail auprès des clients de leurs besoins particuliers en termes de compétences demandées ou de techniques utilisées afin que les infirmières ne soient pas prises au dépourvu en arrivant dans le service. De même, si le client souhaite la même infirmière pour toute la durée du remplacement afin que les bénéficiaires voient toujours la même personne, il essaie autant que possible de respecter leur demande, ce qui favorise en même temps la continuité des services et la connaissance des cas chez l'infirmière, donc la prévention. Cette stratégie entre toutefois en conflit avec celle qui consiste à morceler équitablement les horaires des longs remplacements pour «assurer un fond» de rémunération minimal à toutes les infirmières, comme il est dit plus haut. Il semble donc qu'il y ait à l'agence 1 une tentative de dosage entre stabilité et équité.

À l'agence 2, la direction dit que quand elle reçoit les demandes, elle négocie et vérifie certaines d'entre elles qui pourraient rapidement conduire à de l'abus ou à une surcharge si elle n'y prenait pas garde; c'est le cas notamment quand le client demande une «super-infirmière» capable de «faire le bouche-trou» toute la journée. De même, quand une infirmière dit avoir fait du travail en temps supplémentaire et que le CLSC refuse de le reconnaître, c'est l'agence qui le lui paie

directement sans contester; ces cas se produisent rarement, cependant. Quand on questionne les gestionnaires de cette agence sur les absences au travail pour raison de santé, elles disent que l'absentéisme pour maladie (i.e. : l'infirmière appelle la veille ou le matin pour dire qu'elle ne pourra pas effectuer le travail prévu) est en pratique inexistant chez elle: «... *je ne suis pas inquiète qu'une fille cédulée ne rentre pas*». En revanche, comme les infirmières ont la possibilité de changer leur disponibilité presque en tout temps, si elles se sentent fatiguées ou si elles ont besoin de se retirer temporairement, elles n'ont pas à s'absenter mais seulement à changer leur disponibilité. On peut considérer cela comme une stratégie individuelle de modulation de l'horaire de la part des infirmières pour prévenir la fatigue et les maladies. Mais c'est certainement aussi pour les entreprises une façon d'éviter des coûts d'absence pour raison de santé qui, dans le système public, seraient compensées financièrement.

La personne responsable des horaires dit ne pas exiger des disponibilités mensuelles fermes : parfois les infirmières vont en changer à la dernière minute sans que cela dérange le système d'horaires; les infirmières peuvent aussi interrompre un remplacement de longue durée si elles sont lassées ou fatiguées. Inversement, d'autres s'annoncent disponibles en permanence et on sait d'avance qu'elles vont accepter tous les «extra». D'autres enfin restent fermes sur leurs indisponibilités annoncées et dans ces cas-là, dit la responsable, maintenant elle n'insiste plus. Comme l'agence 2 revendique un fonctionnement basé sur le principe de liberté, la souplesse maximale et les contraintes minimales, cela explique en partie pourquoi la conception des horaires et la gestion des disponibilités y semblent assez souples. Par exemple, l'agence tend à encourager la stabilité des clientèles qui favorise les collaborations et les bons climats de travail, mais elle n'envoie pas toujours systématiquement la même personne au même endroit si cette infirmière préfère le changement. On comprend que comme l'agence veut conserver à la fois ses clients et sa main-d'œuvre, la gestion des horaires tend à favoriser les compromis entre les besoins des uns et des autres.

7.3.1.5 L'équilibre travail/famille

Les gestionnaires abordent peu le sujet de manière explicite, excepté la directrice de l'agence 2 qui dit favoriser l'embauche d'infirmières expérimentées de tous âges, dont des jeunes retournées aux études à temps partiel ou encore les jeunes mères monoparentales «qui veulent choisir leur horaire». Le désir des femmes de pouvoir concilier harmonieusement les besoins de la famille avec les exigences du travail constitue un argument en faveur des agences privées, d'après la directrice. De plus, elle prévoit qu'il y aura d'ici quelques années dans les établissements du secteur public une autre vague de départs à la retraite simultanément à une entrée de jeunes mères qui seront moins disponibles que leurs aînées pour offrir des plages de temps élargies et du travail en temps supplémentaire. Pour l'agence, ce contexte de pénurie anticipée est donc avantageux.

7.3.1.6 Précarité et instabilité des revenus

Ce thème a aussi été développé explicitement à l'agence 2. La direction déconseille fortement aux infirmières qui travaillent à temps plein dans le réseau public de quitter définitivement leur poste pour venir travailler uniquement à l'agence. Comme elle ne peut pas leur garantir du travail à temps plein en tout temps, elle les avise dès le début de ne pas laisser leur poste, quitte à diminuer leur disponibilité dans le réseau public pour travailler à l'agence à temps partiel. C'est particulièrement vrai pour les personnes qui se disent vulnérables à l'insécurité d'emploi : elle

leur précise que pendant les périodes plus tranquilles de l'année, elle ne pourra pas leur assurer un revenu. Par conséquent, une majorité de ses employées travaillent aussi à temps partiel dans le réseau public.

7.3.2 Les entrevues individuelles des infirmières

7.3.2.1 Disponibilités et préférences

Contrairement à ce qu'on aurait pu attendre de la part de personnes qui ont eu à subir les contraintes d'horaires du réseau public et qui s'en plaignaient explicitement, les infirmières d'agence offrent une disponibilité très large et indiquent des préférences d'horaire très diverses qui couvrent toutes les plages de fonctionnement des établissements clients.

En entrevue, les infirmières précisent souvent les disponibilités qu'elles offrent à leur agence. Ces disponibilités sont très variées : cela va de quelques jours en semaine, uniquement de jour, avec le moins de temps supplémentaire possible, jusqu'au travail à temps plein en acceptant aussi le travail de soir et de fin de semaine. Malgré cette diversité, un élément crucial fait l'unanimité : presque toutes les infirmières interviewées mentionnent la souplesse et la latitude dans le choix des horaires et des lieux de travail comme premier avantage de travailler en agence privée de soins infirmiers. C'est donc la notion de **choix** des horaires, plus qu'une éventuelle «légèreté» de ceux-ci, qui est en cause ici comme en témoigne leur disponibilité réelle. En effet, presque toutes celles qui offrent une disponibilité de trois jours par semaine décident souvent d'en faire plus. Certaines ne travaillent pas moins que l'horaire qu'elles avaient dans le réseau public en CH par exemple (35 heures et plus par semaine). Plusieurs travaillent cinq jours par semaine, pour un temps plein et rares sont celles qui refusent carrément de faire du temps supplémentaire. Elles ne font donc pas le choix de travailler *moins* : elles font le choix d'organiser leur horaire *autrement* que dans le secteur public. Cela mène parfois à des contradictions, mais celles-ci ne sont qu'apparentes : ainsi une infirmière qui dit avoir quitté le travail en CH spécialement à cause des horaires de soir «forcés» en fait régulièrement auprès du CLSC client de son agence, sans que cela lui pèse.

Le choix d'accepter ou non de faire du temps supplémentaire ou des «horaires doubles», le choix de prendre ou non des vacances, de faire du travail de soir ou de nuit, plutôt que d'y être forcées constitue un avantage majeur, de même que la possibilité de varier les milieux de travail et celle de travailler pas loin de son domicile (pour celles qui oeuvrent au siège du CLSC).

Dans l'ensemble elles se disent satisfaites de pouvoir avoir leur horaire suffisamment d'avance, tant pour les remplacements à long terme que pour les préavis courts : «*C'est rare qu'on nous remette les horaires (des remplacements à court terme) à la dernière minute, on les a au moins 24h d'avance, la veille*». Nous avons même rencontré certaines infirmières pour lesquelles une dose acceptable d'imprévu faisait partie des avantages, voire des plaisirs, de l'horaire de travail en agence; ainsi l'une d'elles fait beaucoup varier ses disponibilités de travail d'une semaine à l'autre et déclare «*c'est cette liberté que j'apprécie beaucoup*». L'agence va préparer des horaires à long terme pour celles de ses collègues qui préfèrent donner leur disponibilité longtemps d'avance. Sinon, pour celles qui sont dans son cas, ce sera davantage à la semaine. Cette même infirmière – sans doute en raison de sa très longue expérience à la fois dans le métier et en agence et de l'assurance que cela lui donne – est extrêmement confiante dans la façon dont les CLSC organisent ses routes : selon elle, les responsables de programme et les infirmières

régulières chargées de cas choisissent ses clients en fonction de son expérience et de ses connaissances; on ne lui attribue pas de nouveaux cas complexes, ou du moins elle ne les perçoit pas comme tels. Elle fait parfois des routes dites «de surplus» sans que cela semble la déranger. Généralement, cependant, les infirmières apprécient une certaine stabilité et surtout la prévisibilité de leurs horaires.

Les avis des infirmières sont partagés quant au respect strict de leurs disponibilités par la personne qui fait les horaires. On a l'impression que certaines se font solliciter pour des «extras» non désirés, alors que d'autres – dans la même agence – peuvent dire par exemple : «*L'horaire me convient : je donne mes disponibilités et elles sont toujours respectées*». La plupart semblent quand même satisfaites sur ce point, même si le répartiteur de l'agence 1 reconnaît insister parfois pour leur faire accepter un imprévu et si l'agence 2 se remet des tensions occasionnées par l'insistance de la directrice-répartitrice quelques mois avant l'enquête.

7.3.2.2 Contraste avec les contraintes horaires du réseau public

Toutes parlent en entrevue de l'opposition réseau-agences, en insistant sur le contraste non en termes de charge de travail, mais de marges de manœuvre. Certaines interviewées se sont vu offrir des postes en CLSC ou en CH et elles les ont refusés uniquement pour des questions de rigidité des horaires, en particulier les quarts de nuit obligatoires, même après plusieurs années d'ancienneté. Le type d'horaire du réseau public qui leur laisse le plus mauvais souvenir est sans aucun doute les quarts de nuit constituant des «doubles», quand l'infirmière de soir est obligée de faire la nuit parce que l'infirmière de nuit régulière est absente et qu'il n'y a personne pour la remplacer.

Dans toutes les entrevues, la liberté de choix des horaires et des établissements est vue comme le premier bénéfice du travail en agence : «*flexibilité, liberté, souplesse*» sont les mots qui reviennent le plus souvent pour décrire cet avantage. Plusieurs apprécient particulièrement de pouvoir décider de «*rester dans le même CLSC ou de changer si on veut*»

Pour illustrer ce contraste entre le secteur public et les agences, nous avons même rencontré une infirmière d'agence qui avait négocié ses conditions d'horaire avec la chef de programme d'un CLSC où elle avait été appelée pour un remplacement de longue durée : dès le début de son remplacement elle a pu prendre les vacances à propos desquelles elle s'était entendue avec l'agence et a pu rapidement obtenir l'horaire de 3 jours par semaine pour lequel elle avait donné ses disponibilités. On doute qu'une infirmière salariée régulière du même CLSC puisse obtenir la même latitude. Une de ses collègues d'agence a aussi pu négocier auprès du SAD de l'établissement client de commencer sa route de visites à domicile à 8h30 et non à 8h tellement elle déteste rouler aux heures de pointe.

Seule une des huit interviewées a mentionné des horaires plus souples lorsqu'elle travaillait dans le secteur public : elle a pu changer d'horaire, alternant jour, soir, nuit, selon ses besoins familiaux, a pu choisir son temps de vacances, ou inversement faire des remplacements de vacances quand elle avait besoin d'argent, et même prendre une année sabbatique. Et c'est dans une entreprise privée qu'on lui a refusé une semaine de vacances. Mais cette infirmière constitue l'exception. Une autre infirmière trouve que les horaires de travail avec l'agence sont encore

contraignants pour elle et qu'elle préférerait s'orienter vers les thérapies douces où la relation au temps et au patient est différente.

Une autre caractéristique du travail en agences par opposition au travail en institutions publiques (CH, CHSLD), c'est la possibilité de prendre son temps avec les patients, ce qu'apprécient particulièrement toutes celles, nombreuses, pour qui l'essentiel du métier d'infirmière réside dans le contact avec les patients. Cet avantage se double de celui de «*ne pas avoir de comptes à rendre : moins de contraintes de la part de l'institution (que les infirmières régulières), moins de charge (que les responsables de cas)*».

7.3.2.3 Horaires et parcours de santé

Les horaires de travail contraignants dans le secteur public ont entraîné des problèmes de santé chez plusieurs infirmières parmi les interviewées. Trois d'entre elles qui ont occupé des postes de nuit, dont une subissait en outre du harcèlement pour faire du temps supplémentaire et une autre devait travailler sur des quarts rotatifs de 12 heures les fins de semaine, ont eu des troubles de sommeil chroniques dont elles souffrent encore aujourd'hui; c'est pourquoi elles n'offrent pas de disponibilité de nuit à l'agence. D'autres manifestent les mêmes symptômes sans jamais avoir travaillé de nuit. En entrevue de restitution, elles sont toutes d'accord avec les raisons avancées par leurs collègues pour quitter le secteur public : surcharge, sommeil, santé, fatigue, horaires épuisants. Ces problèmes ne cessent pas automatiquement parce qu'elles travaillent maintenant en agence, car les infirmières qui continuent à cumuler plusieurs emplois ou font beaucoup d'heures se disent fatiguées. Celles qui ont eu un épuisement professionnel dans les établissements du réseau public et ont encore des semaines chargées se mettent à risque d'une rechute.

7.3.2.4 L'horaire de travail en agence comme stratégie de prévention (fatigue, blessures, stress)

Excepté celles qui refusent systématiquement le travail de soir et de nuit pour raison de santé, peu d'interviewées décrivent d'emblée des stratégies de travail temporelles comme telles qui seraient destinées à alléger leur charge ou à préserver leur santé. Les infirmières ont plutôt tendance à dire simplement que les disponibilités qu'elles donnent à l'agence sont celles qui conviennent à leur santé. Par exemple, l'une d'elles offre de trois à cinq jours, quatre jours étant l'idéal qui correspond à sa «*limite d'énergie*», dit-elle à plusieurs reprises. L'autonomie, le choix, le travail varié, l'absence de contraintes et de harcèlement pour faire du temps supplémentaire, la possibilité d'arranger son temps comme on veut et de prendre des vacances sont véritablement des moyens de protection de la santé pour les infirmières. Ainsi une de celles, nombreuses, qui ont eu des offres pour travailler dans les établissements où elles faisaient des remplacements déclare que la seule idée que quelqu'un lui dise quand prendre ses congés et ses vacances est désormais inenvisageable. (Notons au passage que la liberté du choix de ses horaires à l'agence ne lui évite pas de rencontrer quand même des problèmes d'organisation des horaires dans le réseau public dont elle est la victime indirecte : ainsi elle s'est retrouvée seule, un matin, dans un CHSLD qu'elle ne connaissait pas et où l'infirmière de nuit ne pouvait pas lui passer un relai adéquat sur une patiente en crise cardiaque, étant donné que cette infirmière de nuit visitait elle-même cet établissement pour la première fois). Sa collègue se dit chanceuse d'avoir pu négocier un horaire en SAD qui commence plus tard pour pouvoir éviter l'heure de

pointe et elle ajoute, pour bien indiquer les limites qu'elle pose : «...*autrement, ils m'avaient pas, là, parce que moi rentrer à 8h dans le gros trafic, c'est impossible*».

Cependant, au fil des entrevues, la problématique est plus complexe qu'il n'y paraît à première vue. Elle se présente plutôt sous forme de compromis : pour pouvoir conserver la flexibilité des choix d'horaire et de clientèle qu'offre l'agence et le bien-être psychologique qui en découle, il arrive aux infirmières d'accepter une charge plus lourde. C'est le cas dans certains SAD notamment où sous prétexte que les infirmières d'agence n'ont pas à faire de suivi comme les chargées de cas, elles se voient donner des routes comprenant 8 à 10 patients ou des patients difficiles dont personne ne veut et de longs kilométrages; quatre infirmières au moins ont mentionné ce problème. L'exemple extrême de ces compromis est incarné par une infirmière qui a choisi de faire des remplacements de longue durée dans un CLSC où elle se sent appréciée et où ses compétences sont reconnues mais où cette reconnaissance se paie par de longues journées de travail cumulant deux services très exigeants physiquement. Ainsi, elle maintient l'avantage du choix d'horaire et de clientèle au prix de journées de 10 à 12 heures de travail très dur, sans pause, et avoue «relaxer en auto». Une autre infirmière cumule jusqu'à 7 jours de travail consécutifs en horaire de jour pour avoir la possibilité de refuser les quarts de soir.

Paradoxalement, en dépit de ces compromis coûteux, nombreuses sont celles qui disent apprécier la possibilité qu'elles ont de prendre le temps qu'il faut avec les patients, de travailler «à leur rythme» et de retrouver le plaisir du contact avec les patients. On met ici le doigt sur la notion toute relative que constitue le temps. «Avoir le temps» serait donc une question de perception et, encore une fois, de choix. Notons que le contact avec le patient dont il est question ici est un investissement du moment et non un engagement et une responsabilité à long terme.

En effet, un autre compromis que font les infirmières d'agence pour conserver leur liberté de choix. C'est une sorte de retrait, de distanciation, de moindre investissement mental et émotionnel dans le travail lui-même ou dans le collectif : «*une fois que tu pars, c'est terminé, la surcharge de la régulière je ne l'ai pas, sauf en cas de remplacements plus long*», ou encore : «*on n'est pas dans les problèmes de la place, il n'y a pas de blablabla : on n'est pas là!*». Une autre, qui a pourtant la hantise des longs déplacements en voiture dans les embouteillages, déclare : «*je préfère aller dans un CLSC plus loin que de prendre la route d'une fille en palliatif qui connaît bien ses clients et qui doit faire des suivis*». Elle apprécie de participer aux activités régulières du SAD, comme les réunions et les présentations de cas, mais elle préfère avoir de courts remplacements dans les CLSC pour justement ne pas avoir à faire le travail de suivi des infirmières régulières. Ainsi, dit-elle, elle n'a pas de surcharge, n'a pas à gérer les routes et a moins de responsabilité qu'une employée régulière. Cela fait partie du compromis qu'elle fait explicitement entre relation avec les clients qui est source de valorisation et de plaisir et d'autre part l'avantage de se soustraire à l'obligation du travail qu'elle qualifie de «clérical». Elle fait ce choix en fonction de sa personnalité et de son énergie qu'elle dit limitée. Une autre infirmière exprime ce détachement en disant : «*Tu fais tes soins, tu fais tes affaires, ...tout le monde est content puis après ça s'arrête là. Y a pas de continuité : est-ce que je pourrais faire mieux, comment je pourrais développer ça... C'est plus quelque chose que tu traînes. Ça va bien, tu mets ça dans un tiroir, c'est moins lourd.*» Ce retrait constitue une stratégie préventive immédiate. Toutefois, on se demande si cela ne risque pas à terme d'atteindre la santé psychologique de celles qui l'utilisent sur de longues périodes.

Plusieurs infirmières perçoivent clairement la régularité de leurs affectations comme facteur de prévention contre le stress. Ainsi, l'une d'elles dit que comme elle a déjà travaillé dans presque tous les CLSC du territoire de l'agence, elle n'a besoin que d'une demi-journée pour «s'y retrouver» quand elle y retourne pour la première fois depuis longtemps.

Les entrevues confirment ce qui a été dit par les gestionnaires au sujet des absences pour raison de santé : il est très rare que les interviewées n'aient pas pu remplir leurs engagements pour cause de maladie. Elles confirment que, pour éviter les risques de surcharge et d'épuisement, elles jouent avec leur disponibilité afin de se donner une marge de manœuvre en cas de fatigue : quand cela arrive, elles indiquent qu'elles ne seront pas disponibles pour une ou deux semaines, afin d'ajuster leur rythme de travail à leur niveau de fatigue. Toutes ne peuvent cependant pas utiliser ce genre de marge de manœuvre : plusieurs ont besoin de travailler beaucoup pour garder une sécurité financière minimale et, contrairement à leurs collègues, quand elles en ont assez, elles continuent quand même à travailler.

Une infirmière rappelle aussi l'importance de la relation de confiance et de liberté que l'agence entretient avec les infirmières. Elle donne l'exemple de la situation conflictuelle concernant les pressions sur les infirmières pour qu'elles travaillent au-delà de leur disponibilité : comme cela venait en contradiction avec la volonté des infirmières de choisir les agences pour échapper à la tension vécue dans le réseau public, elle semble apprécier que la propriétaire ait pris partie pour «ses» infirmières pour apaiser le conflit.

Les entrevues indiquent que certaines infirmières, plus à l'aise que d'autres financièrement, profitent au maximum des possibilités qu'offre le travail en agence : «*On a du plaisir à donner et à recevoir. Tant qu'à faire du bénévolat, aussi bien être payé et faire quelque chose que j'aime*». Celle qui fait cette déclaration souligne que l'agence lui offre les conditions pour justement avoir du plaisir dans le travail sans être obligée de faire beaucoup d'heures (i.e. :comme dans le secteur public). Comme elle apprécie la variété, elle aime l'équilibre entre les clients qui changent et ceux qui reviennent régulièrement dans son calendrier; elle maximise cette variété en changeant ses disponibilités et en changeant d'établissements. Une de ses collègues préfère aussi le changement rapide des horaires et les affectations aux soins à domicile dits «court terme» qu'elle trouve plus variés et plus stimulants, avec de nouvelles techniques post-opératoires et de nouveaux pansements et davantage de possibilités de faire de l'enseignement et de l'éducation auprès des patients qu'avec les personnes âgées du «long terme»; le travail en agence lui permet donc de choisir un contexte où elle pourra réaliser ses tâches préférées.

7.3.2.5 Conciliation travail/famille

La latitude d'horaire que donne le travail en agence est utilisée principalement par les infirmières pour concilier les exigences du travail avec les besoins de leur vie familiale, ce que le secteur public n'offre pas. Les infirmières chefs de famille monoparentales peuvent y accumuler les bénéfices financiers du travail en temps supplémentaire. Celles qui ont un enfant malade peuvent au contraire réduire leurs prestations en fonction du calendrier des soins de l'enfant et celles – c'est arrivé - dont le conjoint est irrité par leur indisponibilité lors des quarts de soir ou de nuit peuvent se bâtir un horaire qui génère moins de tensions.

Plusieurs interviewées ont mentionné la volonté de «se rapprocher de leur famille» comme argument no.1 en faveur du travail en agence. Au choix d'horaire s'ajoute le choix du lieu de travail, ce qui permet de rayonner aux alentours du domicile ou d'y faire un saut pour surveiller un enfant malade, quitte à revenir au CLSC en fin d'après-midi (après entente avec la chef de programme) pour terminer le suivi des patients vus en matinée.

La nécessité de concilier le travail et les besoins de la famille conduit parfois certaines infirmières chefs de famille à devoir «choisir» des horaires très chargés incluant du temps supplémentaire ou de nombreux jours de travail d'affilée pour éviter de travailler le soir ou la nuit.

7.3.2.6 Stabilité des horaires, sécurité du revenu

L'instabilité des horaires constitue une source d'insécurité pour plusieurs infirmières. Certaines s'y disent plus sensibles que d'autres : *«Difficile de passer une semaine sans salaire, surtout si ton conjoint ne travaille pas»*. Cette insécurité financière, amplifiée par l'absence d'assurance privée à l'agence 2 et l'absence de fonds de pension, pousse plusieurs d'entre elles, en particulier celles qui ne peuvent s'appuyer sur le revenu régulier d'un conjoint, à cumuler les emplois en agence et dans le réseau public – surtout quand elles commencent le travail en agence à l'essai, à travailler pour plusieurs agences et/ou à additionner les heures travaillées en temps supplémentaire pour les clients de l'agence. D'ailleurs, quelques-unes cumulaient déjà plusieurs emplois dans le réseau public avant de commencer à travailler en agence privée.

Les infirmières qui choisissent de payer leurs frais de déplacement elles-mêmes, pour pouvoir les déduire de leurs impôts, ont un statut de «travailleuses autonomes» du point de vue fiscal. L'une d'elles dit qu'en tant que travailleuse autonome, étant donné qu'elle prend le risque de ne pas payer d'assurance individuelle à l'instar de son conjoint pigiste, la perspective d'un accident ou d'une longue maladie l'inquiète : *«il ne faut pas que je me casse une patte»*, dit-elle, alors que ses collègues du réseau public, dans un tel cas, obtiendraient une compensation de la CSST ou de leur assurance pour une longue absence suite à un accident. Tout ce dont elle pourrait bénéficier c'est de l'assurance-chômage. À court terme, le statut de travailleuse autonome peut sembler avantageux : l'infirmière peut par exemple calculer les frais de déplacement déductibles d'impôt en se basant sur un kilométrage dont le point de départ est son domicile (proche de l'agence considérée comme son lieu de travail) et non à partir du CLSC pour lequel elle fait de la route en SAD. D'autres frais sont aussi partiellement déductibles comme les réparations, l'entretien et les changements d'huile. D'autre part, c'est un cercle vicieux : plus elle visite de patients, plus ils sont éloignés, plus elle fait de kilométrage, plus elle économise en impôt mais aussi plus elle est stressée car elle répète souvent qu'elle déteste la route.

Les rentrées d'argent ne sont jamais garanties avec le travail en agence. Mais il offre toutefois un avantage important : celui de pouvoir moduler ses gains en prévision des périodes au revenu plus incertain ou pour combler le manque à gagner quand on sort d'une période difficile. Ainsi, une infirmière dit qu'elle réussit à se mettre un peu d'argent de côté durant les remplacements d'été et de fin d'année en prévision des périodes plus creuses comme le mois de mars. En agissant ainsi, elle évite de compromettre ses vacances comme ce fut le cas d'une de ses collègues qui est restée trois semaines sans travail au printemps et qui a dû ensuite travailler pendant les vacances scolaires de ses enfants.

L'insécurité financière est ressentie différemment par les infirmières selon leur situation familiale et leur parcours de vie. Celles qui sont à l'aise peuvent se faire un calendrier de travail allégé : la plus âgée des infirmières, qui bénéficie déjà d'une retraite du secteur public, travaille moins l'hiver pour l'agence et va passer plusieurs semaines dans le Sud : «*mon revenu est très convenable et me permet de quitter plusieurs semaines*». Le contexte de pénurie contribue selon elle à cette situation et l'aide à durer dans un métier qu'elle aime et qui lui fournit un revenu d'appoint considérable.

7.4 Analyse des feuilles de temps sur six mois

Les horaires quotidiens de six infirmières sur une période de six mois (du 29-02 au 04-09-2004) ont été examinés. Le résultat le plus spectaculaire qui ressort de l'analyse statistique descriptive des feuilles de temps est d'abord leur extrême diversité.

7.4.1 Les différences entre infirmières

On observe avant tout une très grande différence d'une infirmière à l'autre en ce qui concerne le nombre d'heures travaillées par semaine (Tableau 7-8).

Tableau 7.8 : Feuilles de temps sur six mois (du 29-02 au 04-09-2004). Nombre d'heures travaillées par semaine : moyenne, minimum, maximum, nombre de semaines non travaillées, nombre de semaines de plus de 40 heures

Infirmière	Expérience à l'agence (mois)	h. /sem Moyenne	h. /sem Minimum (1)	h. /sem Maximum	Nb de semaines de 0h	Nb de semaines > 40h
1	18	25,5	14,0	35,5	2	0
2	13	31,9	01,5	42,3	1	4
3	36	24,2	07,0	46,0	1	1
4	60	23,0	12,8	33,5	3	0
5	03	36,4	22,0	47,3	0	7
6	36	23,7	17,5	34,3	2	0
Toutes		27,5			1,5	

(1) autres que les semaines de 0h

Si on les considère toutes ensemble, on constate qu'elles travaillent en moyenne 4 jours par semaine (27h30) ce qui correspond tout à fait à leurs réponses au questionnaire. Cependant, cette moyenne est trompeuse dans la mesure où personne ne la réalise : elle regroupe plutôt des horaires très diversifiés allant de 23 heures, pour l'infirmière 4, à plus de 36 heures, pour l'infirmière 5. Ici, le contraste avec les horaires standardisés du secteur public est particulièrement frappant.

En fait, parmi nos six infirmières, deux sous-groupes se distinguent. Nous avons d'abord les infirmières 1, 3, 4 et 6 (en pâle), qui se taillent un horaire sur mesure, assez léger : 24 h en moyenne, pas de temps supplémentaire, deux ou trois semaines non travaillées dans le semestre (il peut s'agir de vacances), aucune semaine ne dépassant 40 heures, sauf une fois. À l'autre

extrême, sur les lignes grisées foncées du tableau, on trouve les infirmières 2 et 5 dont les moyennes approchent ou dépassent les 35 heures par semaine, qui prennent peu ou pas de congé et travaillent souvent plus de 40 heures par semaine. En moyenne, l'infirmière la plus novice (no 5) travaille l'équivalent de deux jours de plus par semaine que la plus expérimentée (no 4).

Les infirmières qui ont les horaires les plus légers sont aussi celles qui ont le plus grand nombre d'années d'expérience de travail dans leur agence : trois et cinq ans respectivement alors que celles qui travaillent le plus intensivement sont les dernières arrivées dans l'agence (3 et 13 mois). Cette même tendance se poursuit lorsqu'on examine les heures travaillées par jour (tableau 7-9).

Cette fois encore, on observe une importante diversité inter-individuelle. Les infirmières novices 2 et 5 ont la plus lourde charge de travail quotidienne : longues journées de travail, grande amplitude des journées, heures travaillées en surtemps (différences statistiquement significatives). Par contraste, celles qui ont plus d'ancienneté dans l'agence choisissent – ou se font offrir – des journées de travail moins denses en termes d'heures travaillées par jour et d'amplitude. Ainsi, on note jusqu'à une différence de 4 heures entre l'amplitude des journées de travail de l'infirmières 2 (une des plus novices) et de l'infirmière 4 (la plus expérimentée). Or, comme la grande amplitude des journées de travail est un facteur reconnu comme une contrainte importante ayant un impact sur la fatigue ainsi que sur la vie sociale et familiale, il semble que les plus expérimentées choisissent des horaires plus protecteurs. On note aussi que les deux infirmières les plus anciennes ne travaillent jamais les fins de semaine ce qui constitue un autre avantage très appréciable.

Tableau 7.9 : Heures travaillées par jour, amplitude ⁴⁶ moyenne par jour, temps supplémentaire par jour

Infirmière	Expérience à l'agence (mois)	Nb heures par jour travaillé (moyenne)	Amplitude par jour travaillé (moyenne)	Nb heures de temps sup. par jour (*)	Travail de fin de semaine	Rappel : Nb de semaines > 40h
1	18	6,6	7,4	0	Oui	0
2	13	7,5	9,9	1,7	Oui	4
3	36	6,9	7,8	0	Oui	1
4	60	5,5	5,8	0,7	Non	0
5	03	6,9	8,2	1,8	Oui	7
6	36	6,3	7,1	0,1	Non	0
Toutes		6,6	7,7	1,1		

(*) calculé seulement pour les jours où il y a du travail fait en temps supplémentaire

⁴⁶ Amplitude de la journée de travail : nombre d'heures écoulées entre le début du premier et la fin du dernier soin, par jour

Si l'infirmière 4 fait quand même parfois du temps supplémentaire, c'est parce qu'elle travaille en remplacement aux services de prélèvement et de vaccination d'un même établissement, ce qui lui permet de comprimer son horaire sur moins de jours et ainsi d'éviter de travailler les fins de semaine. Nous verrons plus loin que ce choix a un coût du point de vue de sa santé. Notons que lors de la campagne annuelle de vaccination anti-grippale, comme certaines de ses consœurs, elle accepte de faire du temps supplémentaire et de travailler en fin de semaine. Mais les données recueillies ne couvraient pas cette période de l'année.

7.4.2 La constance hebdomadaire

S'il y a de grandes différences entre infirmières quant au nombre d'heures travaillées par semaine, en revanche chacune garde le même nombre d'heures par semaine au fil du temps tout au long des six mois sur lesquels portent les calculs. Cette constance dans la charge hebdomadaire a été validée dans les entrevues de restitution. Il semblerait que cette régularité du nombre d'heures hebdomadaires soit un point très important pour les infirmières, parce que cela leur permet non seulement de moduler leur charge mais aussi de réguler leur budget.

7.4.3 Les grands écarts quotidiens

Si les semaines de chaque infirmière restent constantes en durée, en revanche à l'intérieur d'une même semaine ses journées sont très contrastées. Chez toutes les infirmières, d'un jour à l'autre, on observe une très grande variation du nombre d'heures travaillées, de l'amplitude et du nombre d'heures supplémentaires ($p = 0,000$). À titre d'exemple, examinons l'horaire de l'infirmière 2 (tableau 7.10).

Tableau 7.10 : Écarts entre les journées de travail d'une même infirmière (inf. 2, un an d'expérience à l'agence)

Variable	Moyenne	Minimum	Maximum
Nb d'heures par jour	7,5	1,5	11
Amplitude	9,9	1,5	13,5
Temps supplémentaire	1,7	0	4

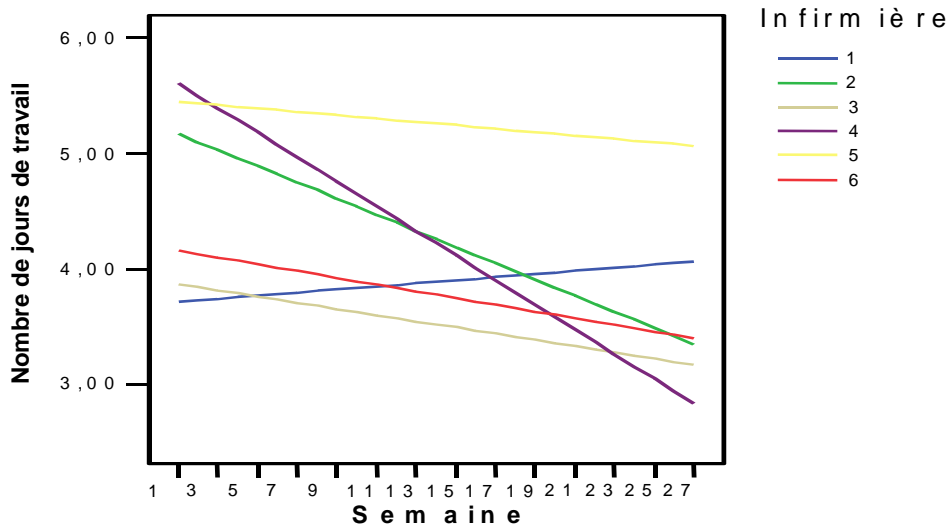
Un horaire si varié se rencontre rarement, sinon jamais, dans les établissements du réseau public, sauf chez les travailleuses occasionnelles comme les infirmières surnuméraires sur appel en SAD, par exemple.

On constate donc que le travail en agence privée permet aux infirmières de choisir des horaires très individualisés qui favorisent la protection de leur santé. Cette possibilité est beaucoup plus importante pour celles qui ont plus d'expérience avec l'agence.

7.4.4 L'évolution des horaires dans le temps

Les analyses multi-niveaux sur une base hebdomadaire indiquent de façon significative ($p = 0,020$) que chez presque toutes les infirmières, le nombre de jours travaillés par semaine a tendance à diminuer au fil des semaines (figure 7-1).

Figure 7-1 : Nombre de jours de travail par semaine : évolution sur 27 semaines

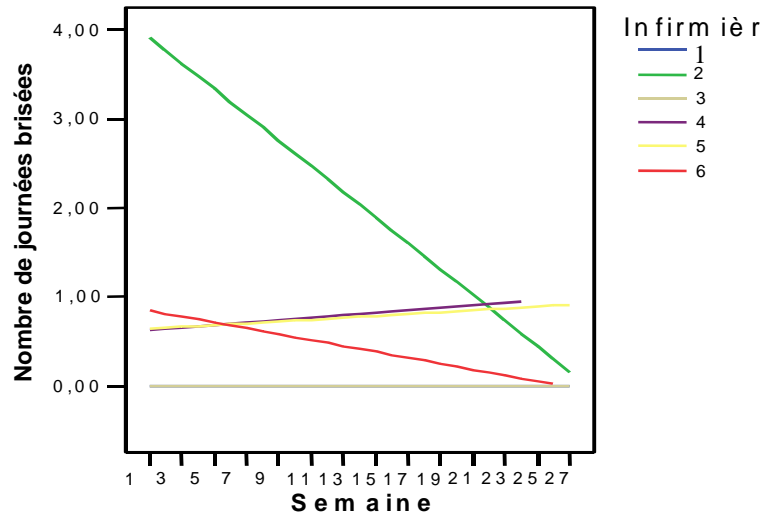


Comme la période de temps étudiée (de fin février à début septembre) correspond normalement à une époque d'augmentation des demandes en soins infirmiers pour les remplacements d'été, on se serait attendu sinon à une augmentation du moins à une stabilité du nombre de jours travaillés dans la semaine (les remplacements de vacances des infirmières régulières peuvent être assignés en bloc, ce qui devrait correspondre à une augmentation du nombre d'heures «réguliers» parmi les infirmières d'agence; on sait aussi que l'été, certaines acceptent de travailler une journée de plus par semaine pour dépanner). Or, il n'en est rien : le nombre de jours travaillés par semaine diminue au contraire significativement au fur et à mesure que le printemps puis l'été avancent. Étant donné par ailleurs que le nombre d'heures travaillées par semaine par chaque infirmière reste à peu près constant tout au long des six mois, cela signifie automatiquement que les infirmières font leurs heures en moins de jours (heures dits «comprimés»). Cependant, cette observation n'a pu être validée en entretien de restitution.

Si les semaines se compriment, le travail en temps supplémentaire devrait augmenter lui aussi. Cela semble bien être le cas pour 4 infirmières (1 et 3, mais surtout 2 et 5). Cependant, la relation n'est pas statistiquement significative.

Quant au nombre de journées brisées dans la semaine, il diminue radicalement pour deux infirmières (inf. 2 et 6, qui ont respectivement 13 et 36 mois à l'agence) alors qu'il reste constant ou grimpe légèrement pour les autres, qu'elles soient novices ou anciennes (p=0,000) (figure 7.2). Ici, il ne semble donc pas y avoir de lien avec l'expérience à l'agence.

Figure 7-2 : Nombre de journées brisées dans la semaine : évolution sur 27 semaines



Les infirmières ont-elles tendance, plus elles accumulent d'expérience à l'agence, à stabiliser les milieux dans lesquels elles travaillent? C'était en tout cas une de nos questions. Nous l'avons posée non seulement aux interviewées, mais aussi aux données quantitatives. Comme le programme statistique ne parvient pas à calculer un indice de variation (accroissement ou diminution) de la fréquentation des établissements et des services, nous avons examiné les données brutes et en avons fait une analyse descriptive. Ce qu'elles révèlent n'est pas spectaculaire et il est malaisé d'y voir une tendance globale. Il n'est pas possible par exemple de valider à l'aide des chiffres seuls l'hypothèse voulant que le nombre d'établissements et de services visités diminue avec le temps. Toutefois, les deux personnes qui sont aux extrémités du continuum en matière d'expérience ont des horaires très contrastés : la plus expérimentée ne fréquente qu'un établissement, où elle travaille dans deux services, tandis que la novice dessert quatre établissements dans lesquels elle dispense toujours le même service. Il est intéressant de remarquer que ce service est le seul où aucun soin clinique n'est donné puisqu'il n'y a pas de contact physique direct avec le patient. (Cette situation pourrait cependant être en partie liée à la conjoncture: cette infirmière ne pouvait travailler en SAD à cause d'un problème de voiture et on a appris que par la suite, avec l'expérience, elle a augmenté son offre de service et est maintenant disponible pour le service des soins courants).

Cependant, la tendance à stabiliser leurs milieux de travail en termes d'institutions et services visités a été confirmée de façon claire par les infirmières dans la majorité des entrevues.

7.4.5 Validation des résultats préliminaires des analyses des feuilles de temps en entrevue de restitution

Les résultats préliminaires de l'analyse des feuilles de temps ont été présentés aux trois infirmières qui ont participé aux entrevues de restitution des résultats. On leur demandait de valider (confirmer ou infirmer) les constatations suivantes :

- Il y a de très grandes différences d'une infirmière à l'autre pour le nombre d'heures travaillées par semaine,
 - Ex. en moyenne: inf # 4 = 23h/sem inf # 5 = 36h/sem;
- Mais chez chacune, au long des six mois, il y a une assez grande stabilité du nombre d'heures travaillées par semaine;
- Chez toutes, il y a de très grands écarts d'un jour à l'autre pour (ex: inf # 1) :
 - Le nb d'heures/jour min: 1h30 max: 11h
 - L'amplitude d'une journée min: 1h30 max: 13h15
 - Les heures suppl. min: 0 max: 4h.

Dans l'ensemble, elles se reconnaissent, elles ou leurs collègues, dans ce portrait et sont d'accord avec la plupart des résultats. La grande stabilité du nombre d'heures travaillées par semaine fait l'unanimité. En revanche, les très grands écarts d'un jour à l'autre ne s'appliquent que partiellement à deux d'entre elles qui assurent des remplacements de durée indéterminée d'infirmières employées régulières de CLSC dont elles ont pris le poste. Il faut cependant noter que dans un des deux cas, il s'agit d'un service de prélèvement et non des services de SAD que l'on pourrait plus aisément morceler. Elle ajoute aussi qu'elle fait sur appel une ou deux demi-journées de vaccination par semaine si bien qu'au bout du compte ses journées sont beaucoup moins régulières qu'elle l'avait prétendu au départ.

7.4.5.1 Diminution avec le temps du nombre de jours travaillés dans la semaine

«De façon générale, le nombre de jours travaillés dans une semaine a tendance à diminuer dans le temps. Comme votre nombre d'heures par semaine reste assez constant, il y aurait donc une tendance à concentrer le nombre d'heures en moins de journée: est-ce le reflet de votre réalité?»

Les réponses à cette question ne sont pas unanimes : pour l'une, quand cela varie ce n'est pas au fil du temps mais pour contrebalancer les excès (trop ou pas assez de jours) des semaines précédentes. Elle utilise la même stratégie pour prévenir la fatigue : elle diminue le nombre de jours travaillés par semaine si elle veut se reposer. L'autre, au contraire, qui travaille 40 heures ou plus par semaine, essaie effectivement de réduire le nombre de journées travaillées en concentrant ses heures. Elle fait donc du travail en temps supplémentaire mais refuse toutefois les horaires coupés, trop exigeants pour un rapport moindre. La troisième enfin estime que ce résultat ne correspond pas à son cas puisque depuis quatre ans elle assure un remplacement de très longue durée et travaille toujours du lundi au vendredi.

7.4.5.2 Stabilisation des horaires et des clientèles au fil du temps et de l'expérience en agence

«Plus vous accumulez d'expérience en agence, avez-vous tendance à stabiliser les milieux dans lesquels vous travaillez (i.e. avec l'ancienneté, à limiter votre disponibilité à certains établissements et types de services?)».

Les trois infirmières répondent d'emblée oui à cette question en entrevue de restitution. Elles aiment se stabiliser dans un milieu parce qu'elles trouvent cela gratifiant et sécurisant, tant du

point de vue de la connaissance du travail que de la régularité des rentrées d'argent. La plupart aimait faire les remplacements de longue durée et estiment qu'elles sont «chanceuses» d'en faire régulièrement depuis leur entrée à l'agence. Il s'agit d'une stratégie personnelle. Mais celle-ci n'est possible que si l'établissement ou le programme le demande ce qui constitue une autre source de gratification. Les infirmières, au fil des années d'expérience à l'agence, sont souvent demandées aux mêmes endroits. Cela se fait tout naturellement, dit l'une d'entre elles, les donneurs d'ouvrages souhaitant rappeler les infirmières dont ils sont satisfaits. Occasionnellement s'y ajoutent d'autres établissements et d'autres services, notamment aux périodes de pointe comme les campagnes de vaccination.

7.4.5.3 Variations saisonnières

«Est-ce qu'il y a une variation saisonnière de votre nombre d'heures travaillées par semaine, en moyenne?»

Assurément oui, répondent-elles toutes. Il y a des vagues saisonnières : l'été et Noël sont les périodes hautes, mars-avril et novembre les périodes creuses. Plusieurs profitent de chaque occasion pour travailler et font donc plus d'heures pendant ces périodes de pointe. Des infirmières sont régulièrement sollicitées pour les campagnes de vaccination au cours desquelles l'une d'elles travaille les fins de semaine (ce dont elle s'abstient le plus possible en temps ordinaire) et continue aussi son travail au service de prélèvement à mi-temps, de sorte qu'il lui arrive de travailler près de 60 heures par semaine.

7.4.5.4 Absentéisme ou régulation

«Avez-vous tendance à vous rapporter absente lorsque vous ressentez des douleurs ou des problèmes de santé au travail? (=gestion individuelle en réaction)?»

Les interviewées confirment qu'elles sont très rarement malades au point de devoir s'absenter le jour même de la prestation prévue. C'est arrivé une seule fois dans l'année à deux d'entre elles, la troisième déclarant ne jamais être malade et ne pas prendre de congé, ni pour maladie ni pour fatigue. Cette dernière infirmière prévient la fatigue en prenant des vitamines. Une autre dit que si elle n'avait pas la pression financière qui la contraint, elle s'accorderait plus de temps de repos. Une autre enfin régule sa charge en diminuant sa disponibilité pour la semaine qui suit une semaine chargée.

7.4.6 Résumé

Les horaires des infirmières dont nous avons obtenu les agendas et les feuilles de temps sont très représentatifs des réponses qui avaient été faites au questionnaire, tant en ce qui concerne le nombre moyen d'heures travaillées par jour que le nombre de jours travaillés par semaine. Toutefois, ces moyennes cachent une grande diversité car les feuilles de temps individuelles montrent qu'il existe d'importants contrastes entre les infirmières : certaines font en moyenne des semaines qui sont presque le double de celles de leurs consœurs.

On constate cependant que chaque infirmière essaie de réguler sa charge – élevée ou non - en travaillant généralement le même nombre d'heures chaque semaine pour l'agence, et que pour

rencontrer ce besoin de régularité hebdomadaire, elle jongle avec des horaires quotidiens de durée très variable d'une journée à l'autre. On observe aussi, sauf exception, à mesure que l'été avance, une tendance commune à la compression des horaires en moins de jours dans la semaine ce qui allonge forcément les journées des infirmières si elles veulent garder le même nombre d'heures par semaine.

Il existe un lien entre l'expérience en agence et la charge de travail, les moins expérimentées à l'agence travaillant selon des horaires plus exigeants que leurs collègues : plus d'heures par semaine, plus d'heures par jour, plus d'amplitude, plus de travail de fin de semaine, plus de travail en temps supplémentaire, moins ou pas du tout de congé. Le fait qu'elles soient novices à l'agence se double aussi, dans leur cas particulier, d'un contexte familial ou financier qui les pousse à accepter le plus de remplacements possibles pour être sûres de travailler.

On observe des variations au long des 27 semaines étudiées : avec le temps, le nombre de jours travaillés par semaine diminue et le nombre d'heures supplémentaires par semaine augmente. Le nombre de journées brisées dans la semaine diminue radicalement, pour deux d'entre elles, mais reste stable ou augmente légèrement, pour les quatre autres, sans qu'il y ait de lien significatif avec leur expérience à l'agence.

Il existe une grande variation saisonnière du volume de travail. Par ailleurs, les infirmières ont tendance à stabiliser leurs clientèles (établissement et programmes visités) avec le temps.

En conclusion, dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre du réseau public de santé, les infirmières d'agence privée de soins à domicile ont la possibilité de choisir leur horaire et leur clientèle ce qui contribue grandement à protéger leur santé. Les infirmières les plus anciennes et les plus expérimentées sont celles qui bénéficient le plus de cet avantage.

Cependant, pour garder leur horaire préféré, elles font parfois des compromis sur d'autres aspects de leur santé et de leur sécurité en termes d'augmentation et de densification de leur charge, notamment.

7.5 Synthèse et discussion

La convergence des données quantitatives et des entrevues montre que :

- Les cinq hypothèses de départ ont été validées. Au départ, nous posions les hypothèses suivantes au sujet des horaires de travail en agences privées de soins infirmiers :
 - 1) Le choix des horaires est une composante fondamentale de la motivation des infirmières à travailler en agence privée plutôt que dans le secteur public;
 - 2) Il existe toutefois une différence entre la flexibilité idéalisée du discours des interviewées et la flexibilité observée réellement dans les feuilles de temps;
 - 3) Incertaines de l'avenir, les infirmières ont tendance à accepter une charge plus élevée (en termes de contraintes d' horaire) que leur disponibilité annoncée;
 - 4) Malgré leur discours qui vante les avantages de la diversité des horaires et des tâches qu'elles trouvent dans les agences privées, les infirmières ont tendance à privilégier

très vite la stabilité - mêmes établissements, mêmes programmes ou services, même forme d'horaire - afin de reconstituer le plus rapidement possible leur connaissance des cas, facteur connu comme stratégie préventive;

- 5) Dans ce but, elles font parfois des compromis sur d'autres aspects de leur santé et de leur sécurité.
- Les données confirment le choix de travailler en agence pour la flexibilité des horaires. Cependant cela donne lieu à des compromis parfois coûteux en termes de charge de travail
 - Les horaires se stabilisent en fonction de l'expérience avec l'agence qui joue sur deux plans :
 - 1) expérience = préservation de soi;
 - 2) **et** expérience = aussi complicité avec les personnes qui attribuent les horaires).

La stabilisation est utilisée pour se préserver de différentes façons, par exemple pour réduire le nombre et la durée des déplacements sur la route ou encore parce que les infirmières aiment travailler en terrain connu et trouvent valorisant d'être «redemandées» dans les mêmes établissements ou les mêmes services. La stabilisation provient aussi de la demande des donneurs d'ouvrage qui favorisent la régularité des soins donnés par des personnes dont ils reconnaissent les compétences.

Il aurait été intéressant de pouvoir calculer dans combien de programmes et/ou établissements différents les infirmières travaillent chaque semaine et de voir si les remplacements de vacances empiraient ou non le phénomène, car les multiples changements peuvent avoir un impact sur leur charge de travail et donc sur leur santé et leur sécurité. Malheureusement, les variations dans le temps du nombre d'établissements et de services desservis pas chaque infirmière ne sont pas faciles à démontrer avec ces données numériques seulement. C'est pourquoi il est plus sûr de se tourner vers l'analyse approfondie du discours des infirmières en entrevue pour documenter le phénomène.

- La charge importante des débutantes et leurs horaires non-stabilisés (en termes de nombre d'établissements et de services) peuvent s'expliquer de trois façons :
 - 1) je prends tout ce qui passe, toutes les tâches et services difficiles, pour m'ajuster aux contraintes familiales et sociales (ex : besoin d'argent : *«ça fait toute la différence si tu as un conjoint»*);
 - 2) ET/OU je prends le plus de variété possible pour apprendre plus rapidement;
 - 3) ET/OU on me donne tout l'éventail des corvées que les anciennes ne veulent plus faire.
- Il existe une compression des horaires avec le temps (avec la saison?): cela permet de travailler moins de jours dans la semaine quitte à travailler plus d'heures. Cela a été observé en particulier chez une infirmière (prélèvement + vaccination) qui en parle comme d'une stratégie consciente de régulation pour concilier ses besoins financiers avec les besoins de ses enfants; cette flexibilité a une coût, postural notamment ainsi qu'en termes de fatigue.
- La flexibilité des horaires fonctionne comme facteur de protection majeur. Les gestionnaires en ont conscience, essaient d'organiser les horaires en conséquence et en font un facteur

important d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre tout en prônant une régularité susceptible de consolider leurs clientèles.

- Cependant, pour garder leur horaire préféré, elles font parfois des compromis sur d'autres aspects de leur santé et de leur sécurité en termes d'augmentation et de densification de leur charge, notamment.
- Certains parcours de santé reflètent les effets néfastes pour la santé à long terme du travail de nuit : celles qui ont occupé des postes de nuit dans le secteur public souffrent de fatigue chronique et de troubles du sommeil et refusent désormais tout travail de nuit avec l'agence.
- Les infirmières s'absentent très rarement pour raison de maladie. Elles utilisent plutôt, quand elles le peuvent, une stratégie qui consiste à diminuer leur disponibilité pour prévenir ou compenser la fatigue.
- La flexibilité des choix d'horaires en agence favorise la conciliation travail-famille davantage que les horaires de travail du réseau public

Est-ce que l'agence 2 semble pouvoir répondre à presque toutes les demandes parce qu'elle a beaucoup de réserves qui travaillent très peu – alors que l'agence 1 aurait moins d'infirmières mais à l'horaire mieux rempli? Chose certaine, cette agence est manifestement en expansion et se dit perpétuellement en recrutement de nouveaux clients et de nouvelles infirmières et elle accepte toutes les demandes.

8. INFIRMIÈRES D'AGENCE ET INFIRMIÈRES DE SAD : TRAVAIL ET RISQUES DIFFÉRENTS

Dans ce chapitre, nous cherchons à savoir si le travail des infirmières d'agence qui effectuent des soins à domicile est le même que celui des infirmières de SAD des CLSC. Pour ce faire, nous comparons les résultats d'une étude sur les infirmières du SAD de quatre CLSC (Cloutier et coll., 2005) à ceux des observations et entrevues réalisées auprès des infirmières d'agence qui concernaient le SAD. Dans un premier temps, nous examinons le travail réalisé par les unes et par les autres aussi bien pour les activités de soins que pour celles qui sont réalisées au CLSC. Par la suite, nous analysons certaines caractéristiques de l'organisation du travail qui ont des effets différents selon le statut de l'infirmière concernée. Ces analyses permettent d'identifier les contraintes de travail communes aux deux groupes ou spécifiques à l'un d'entre eux. Enfin, nous comparons les portraits de SST de ces deux groupes de travailleuses.

8.1 Le travail des infirmières d'agence et celui des infirmières de SAD : le même travail?

8.1.1 *Portrait global comparatif des journées de travail des infirmières d'agence et de celles des infirmières de SAD*

Deux journées d'observation d'infirmières d'agence en SAD ont été réalisées dans deux CLSC au sein de sous-programmes moyen et long terme. Ces deux journées de travail sont typiques du travail d'infirmières d'agence selon les propos rapportés en entrevues :

- une d'elle a consisté en six prélèvements, une injection et un pansement; c'est une journée de surcroît qui a été demandée par le CLSC pour décharger une infirmière régulière;
- l'autre est une route de remplacement d'une infirmière régulière. L'infirmière d'agence a donc réalisé six pansements et un suivi.

Les deux journées se sont déroulées de la même façon : une période de soin en avant-midi suivie d'une période de travail au CLSC en après-midi. Ce déroulement est le même que pour les infirmières du SAD (Cloutier et col., 2005). Dans les deux cas, les infirmières d'agence connaissaient déjà les services où elles travaillaient.

Au cours de la première journée d'observation, un nombre de huit soins étaient prévus pour la route laissée par la régulière en avant-midi. Outre les soins du premier patient qui devaient se faire obligatoirement au début de la journée (usager qui a un rendez-vous médical), les autres soins devaient se faire rapidement de façon à rapporter les prélèvements avant l'heure limite des dépôts (10h00). Dans les faits, l'infirmière a fait dix visites car, à cause d'information insuffisante sur le moment d'un gavage, l'infirmière a décidé de revenir faire un pansement plus tard. Par la suite, elle a de la difficulté à faire un prélèvement chez la troisième patiente (plus de trente minutes). En sortant de la résidence, elle ne trouve plus le tube et fait quelques aller-retour avant de le retrouver dans son sac (perte d'une dizaine de minutes). Elle doit composer avec l'impatience de la patiente suivante qui avait mal compris les indications du CLSC sur les conditions de prélèvement (besoin ou non d'être à jeun). Au moment de faire un premier dépôt au point de services, elle brise un tube (celui de la deuxième cliente) ce qui l'oblige à reprendre

ce soin à la fin de l'avant-midi et de passer par le CLSC pour faire faire de nouvelles étiquettes et par la suite au centre hospitalier pour faire un dépôt hors délai. En après-midi, elle a essentiellement complété les notes aux dossiers des usagers qu'elle a visités en avant-midi et fait ses statistiques.

Au cours de l'autre journée d'observation, les sept soins en avant-midi se sont déroulés dans l'ordre prévu et sans incident. En après-midi, l'infirmière a complété les notes aux dossiers des usagers qu'elle a visités en avant-midi, a fait ses statistiques et quelques démarches de suivi pour quatre cas de pansements vus le matin. Les principales difficultés qu'elle a rencontrées proviennent de cette dernière tâche car les infirmières pivots étaient toutes absentes (congé, maladie, maternité ou affectées à une autre tâche) ce qui lui a demandé de faire des démarches auprès de la responsable de programme, dans un cas, ou directement auprès du médecin d'une clinique, dans un autre. Elle a laissé des messages sur les boîtes vocales pour les autres cas.

Le tableau 8.1 présente les principales caractéristiques des activités réalisées au cours de ces deux journées d'observation d'infirmières d'agence en les comparant à celles des 11 journées d'observation d'infirmières de SAD documentées dans un autre projet (Cloutier et col, 2005). Mentionnons d'entrée de jeu qu'il faut être prudent dans les interprétations de ces données puisqu'elles reposent sur un nombre relativement restreint de journées d'observation particulièrement pour les infirmières d'agence (2 jours). Elles seront traitées en parallèle avec les données d'entrevue car les informations concordent ce qui permet de faire des constats instructifs.

On remarque que globalement, les infirmières d'agence observées ont réalisé des journées de travail d'une durée normale de 6h30 (sans le repas et les pauses) en comparaison des infirmières de SAD qui ont travaillé une heure de plus en moyenne. De plus, les infirmières d'agence observées ont fait moins de kilométrage en moyenne que les infirmières de SAD⁴⁷. Le temps total moyen chez les clients est le même pour les deux groupes d'infirmières. Mais comme les infirmières d'agence font plus de visites, chacune de ces visites est plus courte. D'autre part, on remarque que les infirmières d'agence ont consacré moins de temps à des activités connexes en avant-midi. Ceci est lié, selon nous, au fait qu'aucun incident n'est survenu lors d'une des journées d'observation réalisée. Or les incidents peuvent survenir n'importe quand et prendre beaucoup de temps de récupération comme le montre l'autre journée de travail observée où l'infirmière a dû reprendre un prélèvement, retourner au CLSC pour des étiquettes et aller le déposer à l'hôpital ce qui a nécessité près d'une demi-heure. En ce qui concerne le travail en après-midi au CLSC, les infirmières d'agence y consacrent globalement près d'une heure de moins que les infirmières de SAD.

⁴⁷ Ceci pourrait être lié au fait que deux des onze journées d'observation réalisées au SAD correspondaient à un territoire semi-urbain très étendu où les déplacements en voiture ont été longs.

Tableau 8.1 : Synthèse des journées d'observation au SAD d'infirmières d'agence et de CLSC : éléments contribuant à générer la variabilité dans le travail

Type de données	Moyenne par infirmière d'agence et par jour (min – max)			Moyenne par infirmière de CLSC et par jour (min – max)		
Total des infirmières observées	2			11		
Total des clients desservis	15 visites			71 visites		
Nombre de clients desservis	7,5 visites 7 – 8			6,5 visites 3 – 9		
Kilomètres parcourus	33,5 Km			46 km		
Nombre d'heures de travail	6 heures 22 minutes			7 heures 23		
Nombre d'heures en trajet sur la route	1 heure et 47 minutes En moyenne 11 minutes par trajet			1 heure 25 minutes En moyenne 13 minutes par trajet		
Nombre d'heures de soins et services chez les clients	2 heures 14 minutes 18 minutes en moyenne par client (6 – 40 minutes)			2 heures 13 min. 20 minutes en moyenne par client (1h07 ⁴⁸ - 3h14) (0h04 – 0h54)		
Nombre d'heures passées aux autres activités en AM ⁴⁹	13,5 minutes (27 minutes chez la même infirmière)			42 minutes		
Nombre d'heures passées en CLSC(AM et PM)	2 heures et 7 minutes (3 minutes - 2 heures 42 minutes)			2 heures 54 1h24 – 4h59 ⁵⁰		
Total de soins et services donnés		N total	Durée totale		N total	Durée totale
	Pansement	7 (6/1)	3h03	Pansement	26	10h09
	Prise de sang	7 (0/7)	1h04	Prise de sang	11	2h21
	Injection	1 (0/1)	0h07	Injection	7	1h19
	Suivi	1 (1/0)	0h14	Suivi	6	0h54
				Installation mat.	6	3h39
			INR	12	4h07	
			Collecte d'info	1	1h53	
			Autre objectif	2	0h10	
Nombre de soins et services donnés		Durée moyenne (min – max)			Durée moyenne (min – max)	

⁴⁸ L'infirmière n'a réalisé que trois visites à domicile ce soir-là : elle a surtout assumé la garde téléphonique au CLSC.

⁴⁹ Gestion des rendez-vous et des dossiers, planification, dépôts variés, récupération d'incident, etc. (non réalisée au CLSC).

⁵⁰ 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).

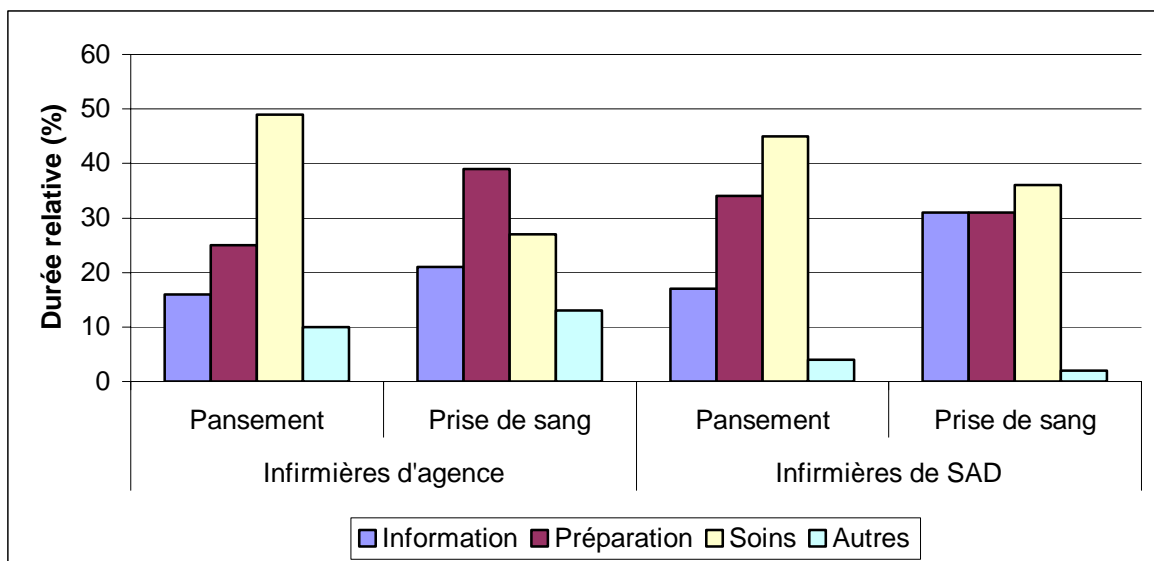
Type de données	Moyenne par infirmière d'agence et par jour (min – max)		Moyenne par infirmière de CLSC et par jour (min – max)	
	Pansement	23 min (6 – 40)	Pansement	24 min. 25 s.(9 - 39)
	Prise de sang	9 min (6 –19)	Prise de sang	20 min (10 - 40)
	Injection	7 min	Injection	16 min (9 – 30)
	Suivi	14 min	Suivi	13 min (7 - 20)
			Installation mat.	24 min (5 - 49)
			INR	20 min (13 – 37)
			Collecte d'info	54 min
			Autre objectif	5 min (4 – 6)

8.1.2 Charge de travail différenciée des infirmières d'agence et des infirmières de CLSC

Les soins

Nous venons de voir que les infirmières d'agence font plus de visites à domicile en moyenne que les infirmières de SAD et par le fait même plus de trajets. De plus, chacune des visites est plus courte. Cependant, les analyses ont montré qu'il n'y a pas de différence dans la proportion de temps passé selon différentes activités de soin entre les infirmières d'agence et celles de SAD comme le montre la figure 8.1. Ceci indique que la réalisation du soin lui-même n'est pas différente pour les deux types d'infirmière. Ces résultats concordent avec ce que les infirmières rapportent en entrevue lorsqu'elles disent faire le même travail de soin que les infirmières de SAD de CLSC mais avoir des contraintes temporelles plus fortes que celles-ci. Comme le montre nos données ces contraintes temporelles se situent principalement en avant-midi car elles ont plus de soins à réaliser et plus de trajets également pour un même laps de temps.

Figure 8-1 : Proportion de temps passé selon différentes activités par les infirmières d'agence privée et les infirmières de SAD selon le type de soin observé



Les après-midi au CLSC

La figure 8.2 montre d'une autre façon l'importance des différentes activités réalisées au cours d'une journée de travail pour une infirmière de SAD et une infirmière d'agence. Elle illustre clairement le fait que la principale différence provient du fait que cette dernière effectue une journée plus longue pour réaliser plus de travail au CLSC. En effet, en calculant un ratio du temps consacré par les infirmières d'agence à une activité divisée par le temps qu'une infirmière de SAD consacre à la même activité (tableau 8.2), on remarque que le temps de soin est globalement un peu plus élevé pour les infirmières d'agence mais qu'en ce qui concerne le travail de suivi au CLSC, il est beaucoup moins élevé.

Figure 8-2 : Proportion des activités réalisées au cours d'une journée par les infirmières d'agence et les infirmières de CLSC au SAD

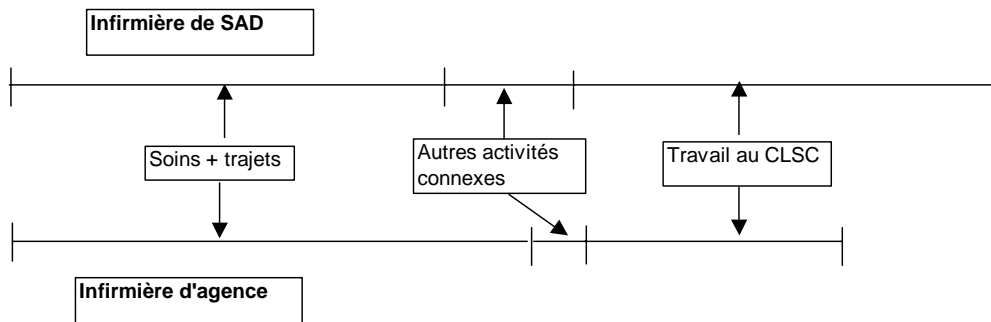


Tableau 8.2 : Comparaison des temps passés à différentes activités par des infirmières d'agence et de SAD

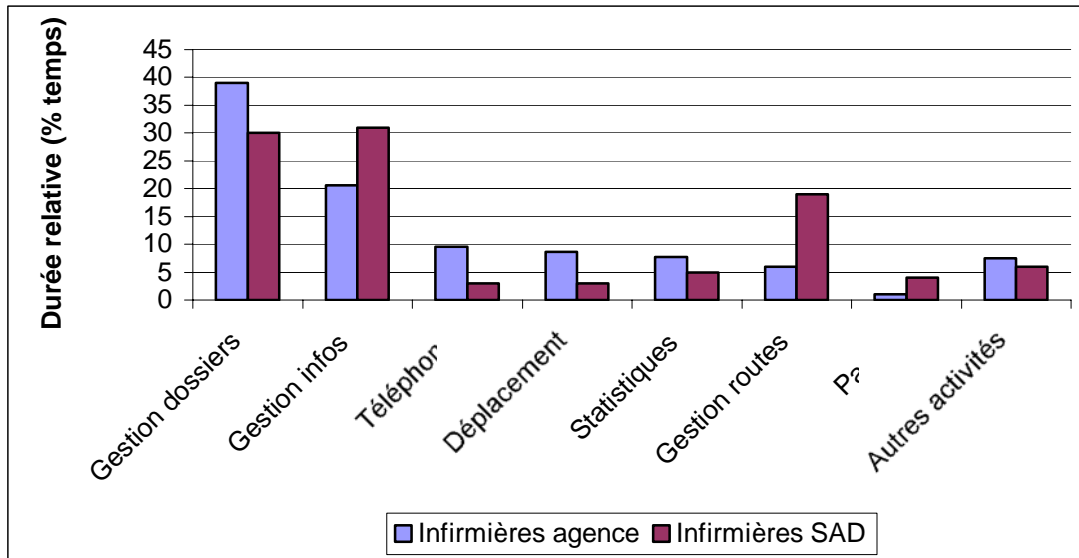
Activités	Infirmière d'agence Temps moyen (minutes)	Infirmière de SAD Temps moyen (minutes)	Ratio Temps inf, agence / temps inf. SAD (%)
Soins et trajets	241	218	1,1
Autres activités connexes en AM	14	42	0,33
Travail au CLSC	127	174	0,72
Total	6 heures 22 minutes	7 heures 23 minutes	0,86

D'où vient cette grande différence ? Pour répondre à cette question, nous allons examiner le travail réalisé au CLSC par les deux groupes d'infirmières puisque la différence la plus importante vient de cette portion du travail.

Dans un premier temps, nous analysons les proportions de temps consacré à différents types d'activité au CLSC (figure 8.3). Nous remarquons que les infirmières d'agence passent plus de temps relativement en gestion des dossiers des clients visités à domicile en avant-midi que les infirmières de SAD. Ces dernières ont beaucoup plus de temps consacré en proportion relative à la gestion des informations sur les clients que nécessite les suivis ainsi qu'en préparation de route pour elles-mêmes ainsi que pour leur remplaçante ou le personnel en surcroît qui visiteront les

clients dont elles sont responsables. D'autre part, les infirmières d'agence passent plus de temps en proportion en déplacement et au téléphone que les infirmières de SAD. Ceci se comprend pour les déplacements puisque les infirmières d'agence avaient à travailler dans des locaux qui étaient distants de ceux utilisés par l'équipe de SAD alors que pour l'utilisation du téléphone une part importante de leur activité de travail consiste à laisser des messages dans les boîtes vocales des infirmières de SAD qui sont les intervenantes-pivots.

Figure 8-3 : Comparaison entre la proportion de temps passée à différentes activités en après-midi des infirmières d'agence et des infirmières de SAD



On remarque que la gestion des informations constitue une activité de travail assez importante pour les deux groupes d'infirmières considérés. En effet, une partie du travail des infirmières consiste en discussion avec des collègues infirmières, d'autres professionnels ou auprès du client et de sa famille afin d'assurer le suivi des clients visités le matin. Le tableau 8.3 présente les différents types d'interaction qui ont été observés chez les infirmières d'agence et les infirmières de SAD. On constate que les types d'interaction prédominants pour les infirmières d'agence consistent à prendre et à donner de l'information sur les soins, le matériel (type de matériel à apporter, manque de matériel, etc.), les interventions (les suivis à effectuer, état du client ou de l'aidant, etc.), le réseau (nom du médecin, date du prochain rendez-vous, etc.) ou l'organisation du travail, soit 23,5 % du temps pour 32 échanges. Les échanges verbaux représentent 44 minutes de temps travaillé en après-midi en moyenne par infirmière. En comparaison, les infirmières de SAD ont des types d'interaction plus diversifiés. À la prise et au transfert d'information s'ajoutent les interactions. Ce résultat montre clairement que les infirmières d'agence sont plus isolées dans leur travail que les infirmières de SAD. Enfin, les infirmières de SAD passent plus de temps que les infirmières d'agence à échanger (1h10 en moyenne par rapport à 44 minutes).

Tableau 8.3 : Types d'interaction verbale et proportion du temps qui y est consacré pour les infirmières d'agence et les infirmières de SAD

Type d'interaction verbale	Infirmière d'agence		Infirmière de SAD	
	Nombre total	% de l'observation	Nombre total	% de l'observation
Prendre de l'information	12	10,4	205	9,9
Donner de l'information	20	13,1	229	14,1
Conseil et directive	4	2	28	1,8
Affective	0	0	56	8,7
Sociale	8	4	27	1,1
Autres interactions ⁵¹	2	4	37	8,7
Total	46	33,9 % (1h22)	582	37,9 %
Moyenne par infirmière	23	44 minutes	53	1h10

On remarque également que les interlocuteurs des infirmières d'agence et de SAD ne sont pas les mêmes (tableau 8.4). Les infirmières d'agence interagissent principalement avec la responsable de programme, avec d'autres collègues d'agence et dans une moindre mesure avec les infirmières du programme. Les interlocuteurs privilégiés des infirmières de SAD sont en premier lieu leurs collègues ainsi que le client et les membres de son réseau et la secrétaire ou l'AEO. Elles utilisent plus les ressources de leur collectif de travail.

Tableau 8.4 : Les interlocuteurs des infirmières de SAD et d'agence pour la prise d'information et sa transmission

Interlocuteur	Infirmière d'agence				Infirmière de SAD2			
	Prise info		Transfert info		Prise info		Transfert info	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Autres infirmières du programme.	1	0,5	7	4,6	121	6,2	100	5,3
Responsables programme	5	3,3	6	3,7	12	0,6	18	0,9
Autres professionnels du Programme	0	0	0	0	10	0,7	12	0,8
Client ou aidant	0	0	1	2,6	14	0,6	49	3,1
Médecin-pharmacien	0	0	2	0,1	2	0,1	10	0,8
Secrétaire prog./commis/AEO	2	0,9	2	0,3	35	1,2	16	3,2
Autres personnes (infirmière d'agence, infirmière de clinique, etc.)	4	5,7	2	1,8	11	0,5	24	---
Total	11		20		205		229	
Moyenne	5,5 / inf	10,4 %	10 / inf	13,1 %	18,6 / inf	9,9 %	20,8 / inf	14,1 %

Au cours des après-midi passés au CLSC, plusieurs sources de perturbation qui influencent l'activité normale de travail se produisent. Ainsi, nous avons remarqué que les infirmières sont fréquemment interrompues dans leur travail, notamment pendant le travail d'écriture au dossier

⁵¹ Cette catégorie comprend les informations données par les infirmières sur la recherche.

qui nécessite de la concentration. Ceci entraîne une certaine charge mentale car elles ont la préoccupation constante de ne rien oublier. Ces perturbations concernent le manque d'information ou des informations erronées, le manque de matériel ou des problèmes organisationnels. Parmi ceux-ci, nous retrouvons ceux dont il a été question dans les interactions verbales et les incidents. Le tableau 8.5 présente le portrait des interruptions observées auprès des infirmières d'agence et de SAD observées. On remarque que les infirmières d'agence sont interrompues moins fréquemment que les infirmières de SAD. Cependant, la proportion de temps consacré aux interruptions par les infirmières d'agence est un peu plus élevée que pour leurs collègues de SAD. Ceci est fort probablement relié au fait que les infirmières d'agence travaillent moins longtemps au CLSC, la proportion de temps est donc calculée sur une période plus courte donnant l'impression que chaque interruption est plus longue ce qui n'est pas le cas.

Tableau 8.5 : Les interruptions de travail des infirmières d'agence et de CLSC

Interlocuteur	Infirmières d'agence	Infirmières de CLSC
Autres infirmières du prog.	1	91
Responsable programme	2	24
Autres professionnels	0	11
Client ou aidant	0	2
AEO/secrétaire SAD	1	31
Médecin/pharmacien	2	4
Autres (infirmières d'agence, etc.)	7	12
Infirmière de liaison, clinique externe	0	2
Incident	2	8
Total	15	185
Nombre moyen par infirmière	7,5 par infirmière	16,8 par infirmière
% Temps	14,6 %	12,1 %
Temps moyen consacré par infirmière	17,5 minutes	22 minutes

Un autre aspect important de la charge de travail des infirmières qui est ressorti de la recherche sur le personnel de SAD (Cloutier et coll., 2005) est qu'en plus des clients visités à domicile en début de journée, les infirmières ont à s'occuper de plusieurs autres clients pendant leur temps de travail au CLSC. Les activités sont différentes pour les clients qui s'ajoutent; 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. Néanmoins ces activités nécessitent du temps. Ainsi, pour avoir une idée de la charge réelle de travail quotidienne des infirmières, on ne peut se limiter à regarder seulement le nombre de clients vus à domicile. Dans le cas des deux infirmières d'agence observées, aucun dossier additionnel n'a été traité. Ceci contraste avec ce qui a été observé pour les infirmières de SAD qui ont eu à s'occuper jusqu'à sept dossiers de plus lorsqu'elles sont intervenantes-pivot (tableau 8.6).

Tableau 8.6 : Différence entre les infirmières d'agence et de CLSC sur le nombre de clients prévus, visités à domicile, et le nombre total de clients nécessitant une intervention de tous types

Infirmières	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
Infirmière d'agence	15	15	15	0
Moyenne / infirmière d'agences	7,5	7,5	7,5	0
Infirmière de CLSC	70	71	123	53
Moyenne / infirmière de CLSC	6,4	6,5	11,2	4,8
Moyenne / infirmière intervenante-pivot de CLSC	6,8	7	13,6	6,7

Ces résultats d'observation concordent avec ce qu'une infirmière rapporte en entrevue :

« Question : une fois que vous commencez votre route le matin, c'est sensiblement le même travail qu'une régulière ? »

« C'est le même travail. Sauf que l'infirmière régulière du CLSC, elle reçoit exemple si elle a un nouveau patient. Elle fait une évaluation. A va communiquer avec l'infirmière de liaison de l'hôpital, parce que l'hôpital, le patient a son congé. Là on l'envoie pas à la maison comme ça là. Y'a un suivi. L'infirmière de liaison appelle le CLSC, là le CLSC prend le dossier en main et distribue ça à ses infirmières. Alors moi je fais pas ça. Moi étant donné que je suis la remplaçante, je vais faire le même travail, physique, mais pas la préparation du patient. À l'occasion je peux faire l'évaluation : voir les besoins, évaluer une plaie. »

8.2 Éléments particuliers conditionnant différemment le travail des infirmières d'agence et celui des infirmières de SAD

Quelques éléments particuliers sont ressortis des analyses parce qu'ils influencent différemment le travail des infirmières de SAD et celui des infirmières d'agence. C'est ce que nous discutons dans cette section.

Relation différente avec les clients

Les entrevues ainsi que la restitution des premiers résultats ont permis de montrer que le fait de travailler en agence permet aux infirmières, plus ou moins consciemment selon les individus, de se protéger en établissant une distance entre elles et le client, d'une part, et le milieu de travail d'autre part. Comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, une des infirmières l'a verbalisé clairement lors de la restitution lorsque les chercheuses lui ont demandé si elle s'était absentée depuis leur dernière rencontre :

« j'suis toujours au poste. Fatiguée. La seule chose qu'on a en moins (par rapport au réseau public), c'est le détachement ... On fait un peu plus si on a un poste. Tandis que là, t'as pas

de poste, tu vas là, tu fais ton travail, tu donnes ton 100% pis après ça t'es capable de sortir ... Je pense qu'on s'investit beaucoup beaucoup dans ce qu'on fait, pis ça été démesuré par moment tandis que là ça te permet d'avoir un écart.

Ca joue un rôle protecteur ? *« Oui. T'as pas à dire qu'est-ce que je pourrais faire et être chez vous pis à y penser ... Tu peux décrocher, c'est fini là. »*

C'est plus facile de décrocher dans un contexte... *« Oui. J'pense : Tu fais tes soins, tu fais tes affaires, tout le monde est correct, tout le monde est content puis après ça s'arrête là. Y'a pas de continuité : est-ce que je pourrais faire mieux, comment je pourrais développer ça ».*

Qu'est-ce que je pourrais faire pour aider mes collègues ou développer une autre façon : *« oui, y'a pas ça. »*

Y'a pas le souci d'un patient, aussi. Comme aux soins intensifs. *« Oui ça ça traîne. Y'a va-tu être correct... Oui, ou tu reviens pis y'é pu là. Y'a une marge entre hier pis aujourd'hui; qu'est-ce qui s'est passé. Oui, ça tu le vis. »*

Tandis que là, depuis que tu travailles en agence? *C'est pu quelque chose que tu traînes. Ça va bien, tu mets ça dans le tiroir. C'est moins lourd. C'est pu quelque chose que tu traînes. »*

L'effet de cette distance semble protectrice comme le montre l'indicateur d'épuisement émotionnel. Mais elle semble également comporter un coût puisqu'une plus forte proportion des infirmières d'agence ne s'accomplissent pas dans leur travail et souffrent de dépersonnalisation par rapport aux clients (chapitre 4).

Soutien du CLSC par rapport aux clientèles difficiles

Un autre élément qui a un impact sur la SST est le soutien de l'organisation face aux clientèles difficiles comme nous l'avons montré dans une précédente étude. Qu'en est-il pour les infirmières d'agence par rapport à leurs consœurs du CLSC ? Les analyses révèlent deux types de situations rapportées en entrevues. La première a trait à des difficultés relationnelles de la part de clientèles reconnues comme difficiles ou à risque comme les toxicomanes, les sidéens ou les clients présentant des problèmes de santé mentale, cas qui sont la plupart du temps sous la responsabilité de travailleurs sociaux. Dans ce cas, les infirmières d'agence rapportent du soutien de la part des gestionnaires et de leurs collègues infirmières du SAD donneur d'ouvrage. Ce soutien joue un rôle protecteur.

L'autre type de situation est plus problématique de notre point de vue. Il s'agit de difficultés liées à la prestation de soin auprès d'une clientèle présentant des particularités médicales ou sociales (malpropreté des lieux qui rend le soin à risque de contamination de la personne, de l'infirmière ou d'autres clients; en plus des contraintes physiques ou de problématiques de santé mentale) qui sont aussi ressenties par le personnel régulier (Cloutier et col., 2005). Les services de SAD sont écartelés entre la « mission » du service et le respect du mode de vie de la clientèle ce qui influence la SST du personnel. Dans ce cas, la responsabilité semble plutôt incomber aux APSI de former leur personnel sur la prévention des risques se rattachant à ce genre de situation, ce qui n'est pas fait par ailleurs. Même si ces situations sont vécues par les infirmières des deux groupes, les infirmières d'agence nous semblent encore plus défavorisées puisqu'elles n'ont pas le soutien d'un collectif de travail fort.

Collectif de travail

L'étude précédente qui portait sur le personnel de soins à domicile a démontré l'importance en termes de préservation de la SST des collectifs professionnel et interprofessionnel de travail (Cloutier et coll., 2005). En effet, ces collectifs agissent à plusieurs niveaux : soutien, échange d'information permettant d'anticiper les situations difficiles, partage de savoir-faire de protection, reconnaissance, valorisation, etc. Cette étude a également démontré que ce travail collectif préserve non seulement la SST mais également la qualité et l'efficacité des services de SAD. Il permet ainsi d'avoir un impact favorable au niveau de plusieurs enjeux extrêmement importants dans le réseau de la santé. Qu'en est-il de la présence de ces collectifs pour les infirmières d'agence privée qui travaillent dans les SAD ? Il en a déjà été question plus largement au chapitre 6. En ce qui concerne le SAD, plus particulièrement, les infirmières interrogées ne participent pas à la vie collective. À moins de remplacement de longue durée, ce qui ne semble pas fréquent, les infirmières d'agence n'assistent pas aux réunions professionnelle ou interprofessionnelle. Elles disent toutefois recevoir un bon support des infirmières du CLSC : *« les filles du CLSC sont toujours bien ouvertes, pi y te demandent ça va-tu, as-tu besoin d'aide sur ta route, as-tu besoin d'explications »*. Une autre le dit en donnant plusieurs exemples concrets en relation avec la pratique infirmière : *« c'est « ah mon dieu, comment ça se fait que tu fais ça, montre-moi donc pi, on s'échange. Ben c'est ça les pratiques en soins hein. C'est quelqu'un d'autre qui va te montrer aussi. « Regarde, ça va plus vite comme ça » « Regarde, telle chose, as-tu pensé à ça? » Parce que y'a des affaires où t'auras toujours besoin d'un avis ou de clarifier, juste à en parler, des fois tu te répons tout seul. Mais c'est ça, y'a pas une distinction « ben si je m'adresse aux filles d'agence » pour une question qui peut être pour tout le monde. Y'a pas de distinction. »*. Ainsi, comme on peut le constater, lorsque l'infirmière remplace pour un certain temps, une certaine forme de collaboration s'installe qui permet cet échange d'information si important. Certaines d'entre elles se trouvent isolées malgré l'aide qu'elles reçoivent. Elles déclarent avoir moins de plaisir au travail : *« On travaille beaucoup individuellement »*. Il y a une limite qui semble déterminée par leur statut.

Toutes les infirmières interrogées ont montré une volonté forte de s'intégrer dans l'équipe afin de ne pas être toujours perçue comme une remplaçante : *« je voulais pas être juste une remplaçante. Je vas rentrer quelque part pi je vas rentrer dans l'équipe. Moi c'est important d'avoir du monde avec j'ai des bonnes relations, avec qui je suis capable de parler autour. »* Pour faciliter ce travail d'intégration, elles ont tendance à stabiliser les milieux où elles sont appelées à travailler car, comme le dit une infirmière, *« au fur et à à mesure que tu fais le territoire, tu finis par mieux te situer, mieux organiser tes affaires »*. De plus, elles utilisent plusieurs autres stratégies pour faciliter leur intégration et leur travail. En voici une énumération qui ne touche pas uniquement le travail au SAD :

- d'aller dîner avec les filles du CLSC : *« quand c'est l'heure du dîner je vais dîner avec les filles d'enfance famille. Je vas pas dîner avec les filles de l'agence. »*;
- de favoriser les échanges mutuels de stratégies de travail : *« quand j'apprends des choses, je lui transmets à elle, pi elle au niveau vaccination, elle me le transmet. « Fait qu'on travaille vraiment bien ensemble. Je trouve qu'on communique beaucoup »*;
- d'essayer de faciliter le travail de l'infirmière qui va suivre le lendemain ou un autre jour en préparant le terrain : *« je me fais un point d'honneur d'aviser le patient si*

jamais il me dit " t'es-tu ici demain soir?", comme ça m'a été demandé hier soir, je dis non je suis pas là je prends congé, mais inquiétez-vous pas toutes les notes sont au dossier, la personne va vous recevoir va savoir exactement le suivi et tout ça. Je vais faire plus attention. »;

- de chercher à passer pour une infirmière du CLSC : « *Parce que ma façon de rentrer dans l'équipe c'est justement de donner tout ce qu'on doit donner à l'intérieur d'une équipe. Comme si on est une personne de l'établissement* ».

Ainsi, les analyses montrent que malgré leur effort d'intégration et l'accueil la plupart du temps favorable des infirmières de SAD, les infirmières d'agence ne font pas partie du collectif de travail des infirmières de SAD. Ceci présente des avantages et des inconvénients. En termes d'avantage, elles ont mentionné le fait qu'elles ne sont pas impliquées dans les conflits pouvant exister dans les milieux de travail où elles sont appelées à travailler. Rappelons les propos tenus par l'une d'entre elles : « *j'ai été six mois aussi au je pense. Pi là ben j'étais tannée. Je connaissais tous les problèmes de la place pi là j'étais due pour changer. Mais comme je dis, quand je retourne c'est super le fun!* ». De plus, elles ne sont pas soumises à certaines contraintes qu'elles peuvent refuser de vivre. À cet égard, pensons aux contraintes d'horaire qu'elles ont fuies pour la plupart en allant travailler en agence. En ce qui concerne les inconvénients de ne pas faire partie d'un collectif, il en a déjà été question précédemment. Elles n'ont pas notamment un accès systématique au soutien du collectif, au bagage de stratégies de protection disponibles et à une connaissance profonde des cas, qui sont tous des éléments qui jouent un rôle protecteur en termes de SST. En outre, elles peuvent plus difficilement exprimer des revendications pour faire changer des situations qu'elles trouvent difficiles puisqu'elles sont en situation de précarité.

Ajout à la charge des infirmières régulières de SAD

Comme le montre les analyses des observations qui sont présentées dans ce chapitre, le travail des infirmières d'agence est différent de celui des infirmières du SAD. Cette différence au niveau du travail réalisé au CLSC est particulièrement importante puisqu'elle a un effet sur l'alourdissement de la charge des infirmières régulières de SAD, comme l'a montré une précédente étude (Cloutier et coll., 2005). En effet, bien que les infirmières d'agence viennent aider le personnel régulier du CLSC, puisqu'elles sont appelées à faire des remplacements en cas d'absence ou de surcroît de travail, les suivis des clientèles sont toujours associés à la responsabilité d'intervenante-pivot qui incombent aux infirmières régulières à l'emploi du CLSC. Les résultats des analyses présentés précédemment montrent ce que cette responsabilité représente en termes de tâches invisibles. De plus, le fait d'avoir du personnel d'agence ne diminue pas ces tâches pour elles, au contraire, puisqu'elles planifient les routes des infirmières d'agence (ce qui peut prendre jusqu'à 30 % du temps de travail au CLSC; Cloutier et col., 2005), préparent les informations dont les infirmières d'agence auront besoin pour dispenser des soins de qualité puisqu'elles ne connaissent pas les clientèles ainsi que les environnements de travail et assurent les suivis à moyen et long terme auprès des usagers et de l'équipe soignante ainsi que des autres professionnels du CLSC impliqués auprès des clientèles desservies. Les infirmières d'agence sont bien conscientes de ces tâches réalisées par les infirmières régulières comme le montre une citation présentée précédemment.

8.3 La SST des infirmières d'agence et des infirmières de SAD

8.3.1 *Les lésions professionnelles compensées et les absences pour problèmes de santé*

Comme nous l'avons vu au chapitre 4, aucune absence pour cause de lésion professionnelle ou de problème de santé n'est survenue au cours des dernières années dans les deux agences étudiées à part des retraits préventifs compensés dans le cadre du programme maternité sans danger. Quelques incidents ont cependant été rapportés en entrevue (des piqûres d'aiguille, une blessure au cou au prélèvement, une fracture du pouce suite à une agression d'un usager et un problème de santé mentale) mais aucun de ceux-ci n'a donné suite à des compensations de la CSST ou de l'assurance-maladie prévue à l'agence 1. Les absences, quand il y en a eu, ont été prises en charge par d'autres moyens (l'assurance-chômage, la travailleuse elle-même qui réduit ses disponibilités). En séance de restitution, nous avons également appris qu'une autre infirmière avait aussi vécu des problèmes de santé au prélèvement qui n'ont pas été déclarés. Elle ne travaille plus dans ce programme depuis. Aucun problème de SST particulier n'a été associé au SAD si ce n'est qu'au cours des entrevues réalisées, deux infirmières d'agence estiment que les risques sont plus importants au SAD que dans d'autres programmes du CLSC ou dans d'autres organismes du réseau de la santé. Elles l'expliquent par les problèmes d'aménagement à domicile, les déplacements en voiture, surtout l'hiver, ainsi que par l'augmentation du risque d'erreur liée à la non connaissance des milieux et des clients.

Ce registre officiel parfait en termes de SST laisse pantois, d'autant plus que nous pouvons le comparer avec celui qui a été obtenu lors d'un précédent projet qui portait sur les risques à la SST des infirmières de SAD de quatre CLSC (Cloutier et coll., 2005). Dans le cadre de ce projet des données sur les lésions compensées par la CSST ainsi que par l'assurance-salaire au cours de trois ans ont été obtenues. Pour avoir un portrait complet, le niveau de risque de problèmes de SST a été calculé en considérant les indicateurs associés aux lésions compensées par la CSST, aux assignations temporaires ainsi qu'aux absences de santé de trois jours et plus ayant des liens potentiels avec le travail. Le tableau 8.7 présente les résultats obtenus. Le tiers des infirmières de SAD sont absentes du travail pour des problèmes de SST, une proportion correspondant à plus du triple des absences compensées par la CSST. De plus, pour un groupe de 100 travailleuses, 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 dix pour les infirmières. Les durées moyennes d'absence sont de trois mois. Ces chiffres tracent un portrait de SST très troublant.

Cette grande différence en termes de déclaration de problème de SST entre les infirmières d'agence et de SAD est d'autant plus étonnante que ces premières déclarent des problèmes de santé physique et psychologique qui sont assez semblables à leurs collègues du SAD comme le montre la section suivante.

Tableau 8.7 : Niveau de risque compensé relié au travail des infirmières de SAD de quatre CLSC sur une période de trois années

Indicateurs	CSST	Assignation temporaire	Assurance salaire potentiellement lié au travail ⁵²	Global
Taux de fréquence ⁵³	9,6	6,7	19,6	35,9
Taux quotidien d'absence ⁵⁴	0,93	0,4	9,5	10,8
Durée moyenne d'absence ⁵⁵	21,3	14,3	91,8	58,7

8.3.2 Les données de santé musculo-squelettique et psychologique du questionnaire

Rappelons qu'un questionnaire de santé musculo-squelettique et psychologique a été distribué aux infirmières des deux agences participantes à l'étude. Trente infirmières y ont répondu. Ce questionnaire a également été utilisé dans le cadre d'un autre projet portant sur le personnel de soins à domicile qui s'est déroulé dans quatre CLSC; 52 infirmières de SAD y ont répondu (Cloutier et coll., 2005). Dans cette section, nous comparons les résultats obtenus.

On constate que les infirmières d'agence déclarent avoir ressenti plus de douleurs à la nuque, au cou et aux bras au cours des 12 derniers mois que les infirmières de SAD (tableau 8.8). Ces dernières semblent plus atteintes aux épaules. Ces différences entre infirmières d'agence et de SAD demeurent pour les épaules et les bras quand on demande aux infirmières si elles les attribuent au travail.

En ce qui concerne les indices de santé psychologique (tableau 8.9), les infirmières d'agence sont moins nombreuses à coter élevé sur l'indice d'épuisement émotionnel (13,3 % par rapport à 29,4 %) alors que c'est l'inverse pour les deux autres indices. En effet, les infirmières d'agence sont plus à risque de dépersonnalisation (17,2 % par rapport à 6,1 %) et déclarent en plus grande proportion ne pas s'accomplir dans leur travail (76,9 % par rapport à 54,2 %). Ces résultats sont à mettre en relation avec le contenu des entrevues où plusieurs infirmières ont déclaré se sentir moins impliquées dans leur travail qu'à l'époque où elles travaillaient dans le réseau de la santé.

⁵² Ces cas sont des problèmes de santé musculo-squelettiques et de santé mentale.

⁵³ Taux de fréquence correspond au nombre de lésions divisé par le nombre d'individus considérés en équivalent temps complet.

⁵⁴ 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.

⁵⁵ Durée moyenne d'absence correspond au nombre total d'heures d'absence divisé par le nombre de lésions.

Tableau 8.8 : Douleurs attribuées au travail par les infirmières d'agence et par les infirmières de SAD

Siège	% des infirmières ayant ressenti des douleurs au cours des 12 derniers mois		% des infirmières qui attribuent ces douleurs au travail	
	Agences	SAD	Agences	SAD
Nuque et cou	76,7	63,5	50,0	46,2
Épaules	33,3	42,3	13,3	34,6
Bras	40,0	26,9	33,3	21,2
Dos	76,7	82,7	70,0	69,2
Jambes	26,7	26,9	23,3	17,3

Rappelons que souvent le choix d'aller travailler en agence est lié à une volonté de protection de la part des infirmières suite à un épisode d'épuisement professionnel. Cette stratégie semble efficace comme le montre les réponses à l'échelle d'épuisement émotionnel. Mais pour ce faire, elles s'impliquent moins auprès des clients et s'accomplissent donc moins dans leur travail.

Tableau 8.9 : Indices de santé psychologique des infirmières d'agence et des infirmières de SAD

Niveau	Épuisement émotionnel		Dépersonnalisation		Accomplissement personnel	
	Agences	SAD	Agences	SAD	Agences	SAD
Faible	53,3	31,4	62,1	63,3	76,9	54,2
Intermédiaire	33,3	39,2	20,7	30,6	23,1	25,0
Élevé	13,3	29,4	17,2	6,1	0,0	20,8

Légende : les caractères gras indiquent les zones à risque d'épuisement professionnel

8.4 Synthèse

En conclusion, on peut dire que le travail des infirmières d'agence et celui des infirmières de SAD est différent bien qu'il y ait une partie commune, le soin technique. La charge de travail ne se situe pas au même niveau. Les infirmières d'agence disposent de moins de temps en moyenne par soin puisqu'elles ont à dispenser plus de soins en moyenne par jour que les infirmières de SAD. Elles vivent des contraintes plus importantes sur ce volet de leur travail dont elles parlent en entrevues. Au contraire, les infirmières de SAD ont à réaliser des tâches qui sont quasi absentes du travail des infirmières d'agence comme la gestion des routes, les suivis auprès des clients dont elles ont la responsabilité ce qui inclut les suivis des soins dispensés par les infirmières d'agence qui viennent les aider, les réunions professionnelles qui font partie intégrante du travail. Comme nous l'avons vu, la réalisation de ces tâches nécessite une heure de plus par jour en moyenne ce qui conduit régulièrement à des dépassements du temps de travail normal.

On constate également que le travail réalisé par les infirmières d'agence est visible en ce sens qu'il est facturé par l'agence au CLSC contrairement au travail des infirmières du SAD qui comporte une forte portion invisible, comme nous venons de le montrer, puisqu'elle n'est pas consignée dans les statistiques officielles.

Plusieurs éléments particuliers ressortent comme conditionnant différemment le travail des infirmières d'agence et celui des infirmières de SAD. On retrouve :

- la relation différente aux clients des infirmières d'agence qui leur permet d'avoir une distance protectrice ;
- le soutien du CLSC et de l'agence par rapport aux problématiques difficiles semble encore plus critique pour les infirmières d'agence que pour celles du SAD ;
- l'absence de collectif de travail pour les infirmières d'agence présentent des avantages (protection par rapport aux conflits, pas besoin de s'impliquer, etc.) et des inconvénients (pas de partage des stratégies protectrices, absence de reconnaissance et de valorisation, pas d'accès aux stratégies collectives, pas de partage d'information, etc.). cependant il nous semble que les conséquences sont globalement négatives pour la SST ;
- le recours aux infirmières d'agence contribue à alourdir le travail des infirmières de SAD.

La comparaison des informations sur la SST des infirmières d'agence et de celles de SAD laisse soupçonner des problèmes en termes de gestion de la SST. Nous savons qu'il y a sous-déclaration dans le cas des agences privées : notre collecte de données le confirme. Une des conséquences majeures de cette réalité est que les infirmières d'agence assument personnellement les conséquences de leurs problèmes de santé liés au travail ce qui constitue un double niveau d'externalisation des coûts de SST qui ne sont plus sous la responsabilité du CLSC ni de l'agence. Ces stratégies des entreprises encouragent le désengagement de l'état car ces coûts sont occultés. De notre point de vue, ceci constitue un recul en termes des droits des personnes au travail.

Dans un tel contexte de sous-déclaration, il est intéressant de s'intéresser aux symptômes comme le montre les réponses au questionnaire de symptômes qui a été utilisé. En effet, les infirmières d'agence déclarent plusieurs douleurs musculo-squelettiques et présentent des indices de détresse psychologique.

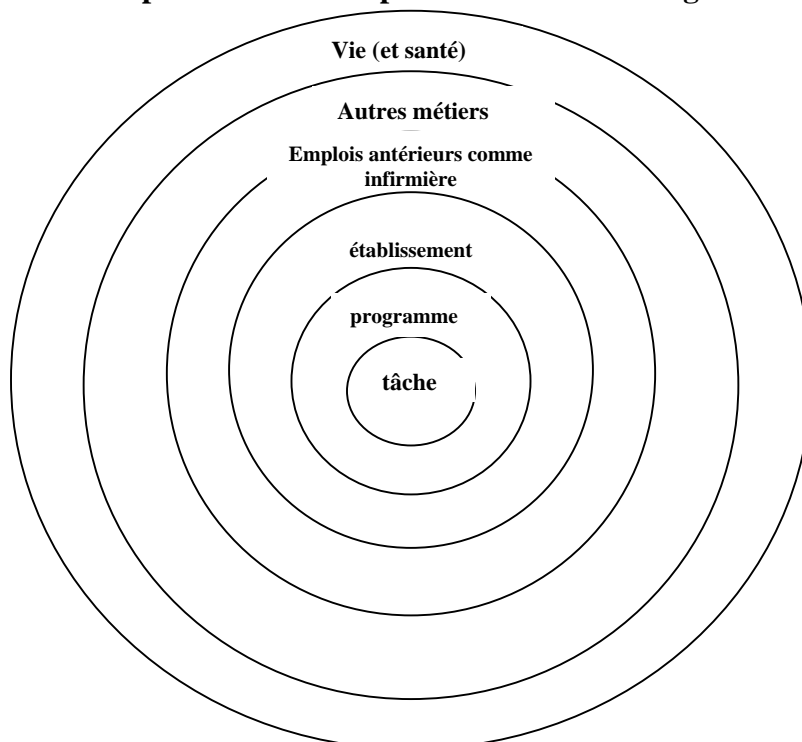
9. LES SOURCES D'EXPÉRIENCE ET LA SST

Les chapitres précédents ont traité des caractéristiques particulières de l'activité de travail des infirmières d'agence privée en analysant, par exemple, leurs conditions de SST par le biais des incidents observés et rapportés mais aussi en comparant leur activité de travail à celles des infirmières régulières d'un programme spécifique (SAD). Il est apparu, tout au long de ce projet, que les infirmières d'APSI, tout comme le personnel soignant des services de SAD préalablement étudiés, réfèrent à diverses sources d'expérience afin de réaliser de façon efficiente leur travail. Celles-ci sont abordées ici. Ces expériences les amènent aussi à élaborer des stratégies de protection pour leur santé et leur sécurité. Plusieurs de ces stratégies ont été mentionnées au chapitre 6 mais seront brièvement rappelées ici.

9.1 Sources d'expérience

Six sources d'expérience ont été identifiées lors de l'analyse des entrevues. Les infirmières d'agence verbalisent clairement comment, en recourant à leurs expériences diverses, elles « récupèrent » des connaissances et des stratégies afin de réaliser leurs activités de travail qui sont, telles qu'illustrées précédemment, très variées. L'intégration de ces sources d'expérience à leur pratique infirmière poursuit plusieurs objectifs dont l'efficacité, la qualité et la préservation de soi, en termes de charge de travail mais aussi de réduction des risques pour leur santé et leur sécurité. La figure 9.1 illustre les six sources d'expérience identifiées dans ce projet. On parle ici de « sources » d'expérience mais il s'agit plutôt d'une forme de construction et de transfert d'expérience puisque les infirmières rencontrées réfèrent à des compétences, des connaissances ou des stratégies qu'elles ont élaborées dans un contexte et qu'elles appliquent dans leur pratique actuelle en APSI.

Figure 9-1 : Six sources d'expérience décrites par les infirmières d'agence



9.1.1 Transfert d'expérience de la vie personnelle

Que ce soit l'expérience d'avoir vécu dans le grand nord québécois dans une petite communauté ou d'avoir subi une blessure au dos, les infirmières retirent de leur expérience de vie un *savoir-être* ou un *savoir-faire* qui facilite, dans le premier cas, l'établissement d'une relation avec l'usager ou dans le deuxième cas, l'exécution du travail et la réduction des contraintes. D'autres exemples d'un transfert d'une expérience de vie à la pratique du métier ont été verbalisés par les infirmières.

Ainsi, une infirmière qui avait subi un infarctus expliquait que l'expérience d'un tel problème de santé a contribué au développement d'une stratégie relationnelle avec les usagers visant à instaurer rapidement une relation de confiance avec eux. Elle transpose des connaissances acquises suite à l'expérience de ce problème à sa pratique infirmière : « *quand je suis revenue, dix jours plus tard, j'ai dit aux patients : «vous voyez, j'suis en stage, fait que j'apprends la même chose que vous, j'ai eu même un bon infarctus, je sais ce que vous passez. [...] Ben regarde aujourd'hui, Info-Santé, quelqu'un va m'appeler avec une douleur à la poitrine, exactement, je vais poser toutes les questions, avez-vous ci avez-vous ça, pi là ils les ont pas les signes mais ils pensent qu'ils les ont. Là je leur dis écoutez j'en ai fait un moi. V'là tant de mois. Je sais c'est quoi un infarctus. Écoutez-moi, parlez pu, dites-moi juste oui, non. Avez-vous ça?... Là c'est final ils m'écoutent. Fait que je suis capable d'éliminer mon urgence très très vite et je suis très crédible parce que j'ai vécu ça. Y'a toujours une bonne chose dans la vie. »*

9.1.2 Transfert d'expérience d'autres métiers

Trois des huit infirmières rencontrées ont déjà pratiqué d'autres métiers au cours de leur carrière tout comme près de la moitié des répondantes au questionnaire. Il est encore étonnant de constater jusqu'à quel point le personnel soignant puise dans toutes connaissances acquises, même dans des domaines d'activité bien différents de celui de la santé, afin de parvenir à exécuter plus aisément certaines tâches. Par exemple, une infirmière rapportait que lors d'un remplacement en CH, on ne lui a pas expliqué comment fonctionnait un appareil spécialisé. Elle dit qu'elle a transposé les connaissances acquises alors qu'elle travaillait dans des cliniques de santé et d'esthétique: « *De par mon expérience en esthétique, l'avantage que j'ai c'est que je vendais et je formais des gens avec des appareils qui avaient des pitons, et c'est une logique. Quand je suis arrivée devant des appareils, c'est écrit 1, c'est écrit ça, je suis la même logique. Et là l'appareil fonctionne. Moi je vais me débrouiller très très bien.* » La généralisation de ce type de connaissance à sa pratique infirmière s'est avérée plus qu'utile pour pallier le manque de formation sur une activité de soin spécialisée : sans cela elle n'aurait pu exécuter cette tâche.

9.1.3 Transfert d'expérience d'emplois antérieurs comme infirmière

L'analyse des parcours professionnels présentée au chapitre 5 a révélé que même si les lieux d'exercice étaient peu variés, car la grande majorité des infirmières avaient surtout travaillé en centres hospitaliers, leurs champs de pratique s'avéraient extrêmement diversifiés : obstétrique et gynécologie, médecine-chirurgie, soins intensifs et urgence, soins hépato-biliaires, pneumologie, gastrologie et cardio-vasculaire pour ne nommer que ceux-là. La totalité des infirmières

rencontrées considère qu'une partie de leur expérience comme infirmière auprès de diverses clientèles est généralisable ou transposable dans leur pratique actuelle en APSI.

Par exemple, une infirmière qui a travaillé plusieurs années en obstétrique et qui a eu la chance de participer au projet-pilote sur le suivi systématique, a appliqué ses connaissances lors de remplacements au programme enfance /famille en CLSC. Plus tard, on lui a demandé de les transmettre aux autres infirmières du programme ce qui constituait, par ailleurs, une reconnaissance de ses compétences : « *Mais nous autres, le programme a été expérimenté sur la rive nord et avec l'hôpital X. C'est nous autres qui a orienté les CLSC pour ce programme là. [...] Fait que quand je suis arrivée au CLSC X, ils ne connaissaient pas ça examiner un bébé eux autres les filles. Y'allaient faire des visites à domicile, mais ils pesaient le bébé et c'est tout. Tandis que moi, par habitude, j'en examinai des bébés à l'hôpital; fait que je savais que le suivi systématique est supposé être avec un examen physique.* »

Deux des huit infirmières de l'échantillon avaient aussi déjà pratiqué dans des CLSC au sein de différents programmes dont notamment les soins à domicile (SAD) et les services courants, l'une d'elle à titre d'employée régulière à temps plein, alors qu'elle cumulait un temps partiel à l'urgence d'un CH et l'autre, lors de remplacements comme employée d'une APSI⁵⁶. Ce type d'expérience de travail est extrêmement recherché par les gestionnaires des APSI. En effet, toutes deux affirment recruter des infirmières possédant une expérience du métier diversifiée ou dans un domaine spécialisé comme en médecine-chirurgie. L'une d'elles considère que l'expérience de travail dans un secteur reconnu comme « technique » ou spécialisé constitue une sorte de garantie que l'infirmière saura faire face aux différentes situations de soin qui se présentent à domicile, d'autant plus qu'elle estime que les soins y deviennent complexes étant donné la sortie de plus en plus précoce des usagers des hôpitaux.

9.1.4 Transfert d'expérience de différents établissements (milieux)

Il s'agit de l'expérience qu'une infirmière transfère lorsqu'elle transpose les connaissances acquises au sein d'un établissement à un autre ou d'une agence à une autre. Par exemple, en relatant son parcours professionnel, une infirmière a révélé l'existence de plusieurs transferts d'expérience d'un milieu à un autre. Le premier transfert est en lien avec le début de sa pratique : elle a été embauchée par une APSI pour effectuer des remplacements en CLSC. Elle a donc varié ses connaissances au sein de différents programmes dont les services de SAD : « *Mais avec le temps donc j'ai appris puis je pense que j'ai acquis quand même, mais ça a commencé comme ça. Vraiment là, ça a été par la porte des agences que je suis entrée au CLSC. Avec cette expérience là, pour aboutir au CLSC X y'a à peu près quatre ans de cela.* » Par la suite, elle a été engagée par un CLSC pour travailler en SAD : elle était donc en mesure de transférer ses connaissances et ses modes opératoires acquis par le biais du travail à l'agence à sa pratique en SAD. Le deuxième transfert porte sur le fait qu'elle a finalement quitté le CLSC pour retourner travailler au sein d'une autre APSI. Son parcours professionnel lui a permis, dans ce cas, de généraliser ses connaissances acquises lors du travail au sein d'autres APSI à sa pratique au sein de l'agence actuelle : « *Je suis donc restée là avec cette agence là deux ou trois ans; cette agence-là puis d'autres là.* »

⁵⁶ Il s'agit d'un emploi antérieur à celui occupé au sein d'une des agences étudiées.

9.1.5 Transfert d'expérience d'un programme à un autre

Le transfert d'expérience d'un programme à un autre consiste à généraliser des modes opératoires à une pratique au sein de différents programmes. Il peut s'agir, par exemple, de développer une méthodologie « personnelle » afin de rédiger ses notes aux dossiers sans rien omettre et de l'appliquer indépendamment du type d'intervention. Il peut aussi s'agir d'utiliser les outils ou les références qui ont été découverts ou maîtrisés lors de la pratique au sein d'un autre programme.

Par exemple, une infirmière qui est formée à Info-santé explique qu'elle connaît plusieurs protocoles de soin ainsi que la façon de les consulter à l'aide du logiciel. Elle transfère ces connaissances et ces acquis d'expérience lors des remplacements au sein d'un autre programme : *« le gros avantage de faire Info-Santé, c'est les protocoles. Ça c'est un gros avantage. Fait que je vais être dans les soins courants à X, j'ai quelqu'un devant moi, pouf je vas aller chercher le protocole sur l'ordinateur même si je m'en souviens pas du protocole au complet, je sais qu'il existe. Je vais aller le chercher. Et avec le patient on va passer à travers le protocole. »* Il s'agit aussi d'une stratégie informative qui consiste à retrouver rapidement une information ou à en valider une.

9.1.6 Expérience de la tâche

Un autre type d'expérience a été identifié : il se situe plus au niveau de la tâche elle-même dont on perçoit que sa construction est le fruit d'une intégration d'expériences multiples acquises tant auprès de la clientèle desservie que par le biais de la réalisation de supervision d'effectifs et de travail d'équipe⁵⁷. Par exemple, une des infirmières observées est responsable du service de prélèvement. Elle est aussi l'infirmière la plus expérimentée du service et se sent (et est donc) responsable du bien-être des usagers. Par son expérience de ce type de soin et de la clientèle, elle est en mesure de bien dépister les signes avant-coureurs de malaise; le recours à des stratégies informatives y contribue aussi. Ainsi, de par son expérience, elle sait qu'elle doit être plus attentive aux usagers traités par ses collègues novices afin de compenser l'inexpérience de ces dernières : *« Alors admettons que je vois que ma compagne est en train de faire un prélèvement mais comme c'est pas des personnes régulières ou très impliquées dans les centres de prélèvements, moins expérimentées, parce que on a toujours quand même, elle est supposée être en contact avec la personne pi des fois là on les voit blanchir, y'ont pas rien vu encore, y nous ont pas dit qu'ils se sentaient mal. Mais ça paraît. Pi à force d'en faire là. tu vois juste une personne faire un p'tit mouvement, juste ça, juste s'envoyer la tête en arrière. [...] Parce que quand j'entends quelque chose, dans le fond on devrait toujours, je veux pas me mêler de ce que l'autre fait, de sa conversation, mais a un moment quand je vois, ah ça va pas, oups je vas regarder. Et si je suis capable, parce que des fois je suis moi-même en train de piquer, mais là je vais jeter un coup d'œil. Parce que je sais que elle ça va lui prendre plus de temps que moi pour voir. Fait que là je vais jeter un coup d'œil pi là oups! ça va pas! Pi là toi tu renforcis ce que l'autre a déjà dit « oups ça va pas vous là, vous êtes étourdi! Ah vous avez chaud là! ».* Les

⁵⁷ Cette infirmière avait supervisé pendant plusieurs années des collègues infirmières alors qu'elle était chef d'équipe au sein d'un service d'un centre hospitalier.

observations réalisées ont révélé que ce type d'expérience s'exprime dans l'activité de travail par la réalisation d'automatismes qui sont le fruit d'années de pratique du métier.

9.1.7 Autre source : l'expérience du cas

Au cours de la recherche précédente effectuée auprès du personnel de quatre SAD (Cloutier et coll., 2005), un autre type d'expérience a été identifié : nous l'avons appelé « l'expérience du cas ». Il s'agit de la connaissance de l'environnement physique et psychosocial de l'utilisateur, de son état de santé, de son évolution et de la condition des aidants ainsi que de l'expérience du soin élaborée graduellement au cours des visites à domicile. Cette recherche avait clairement démontré les effets protecteurs sur la SST du personnel soignant à domicile mais aussi sur la qualité et l'efficacité des services de cette « expérience du cas ».

Contrairement au projet MAD, cette source d'expérience qui se situe au cœur de la relation de service⁵⁸ est ici manquante. En aucun cas, en effet, elle n'a été rapportée par les infirmières que nous avons rencontrées. Nous émettons l'hypothèse que les infirmières d'agence privée ne parviennent pas, dans le contexte de leur pratique, à élaborer ce niveau d'expérience et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la nature du travail en agence qui implique des remplacements de durée plus ou moins courte, ne leur permet généralement pas d'avoir des contacts réguliers avec les mêmes usagers qui sont une condition *sine qua none* de cette élaboration. Ensuite, il est fort possible qu'afin de mieux gérer les multiples changements qui caractérisent leur travail en agence, elles tentent de se concentrer sur certains paramètres de leur activité de travail qu'elles peuvent transposer d'un milieu à un autre ou d'une pratique à une autre. Ces autres sources d'expérience s'avèrent primordiales pour la protection de leur santé. Par exemple, elles se construisent d'abord une connaissance du milieu de travail en y documentant les procédures en vigueur. Parallèlement à cela, elles tentent de développer des relations avec les gestionnaires et le personnel en place : c'est comme si « l'expérience du cas » se situe, dans ce contexte, au niveau du service desservi et non au niveau de l'utilisateur. Cela ne signifie pas cependant que l'acquisition d'une connaissance des usagers desservis ne leur serait pas utile et protectrice mais que leurs conditions de travail ne sont pas favorables à l'élaboration de ce type d'expérience.

9.2 Stratégies protectrices développées par le personnel d'agence

Nous présentons ici quatre types de stratégies rapportées en entrevues et puis relevées lors des sept journées et demie d'observation réalisées au sein de différents programmes. Les séances d'autoconfrontation réalisées à la fin des journées d'observation ont par ailleurs permis d'apprendre que le recours à une stratégie peut viser plus d'un objectif. Par exemple, certaines visent à réduire la charge cognitive alors que d'autres visent à gagner du temps ou à réduire les contraintes de l'environnement. Presque toutes visent à anticiper les risques et à prévoir les incidents, tant pour l'utilisateur que pour l'infirmière elle-même. L'observation a permis de noter le recours à plusieurs types de stratégies simultanément. Ceci souligne l'expérience du personnel observé mais aussi, malheureusement, la présence de plusieurs contraintes au cours de l'activité de travail. Pour cela, nous n'avons qu'à nous rappeler les contraintes liées aux postures de travail

⁵⁸ La relation de service comporte ici une composante particulière qui consiste en l'instauration d'une relation d'aide ou thérapeutique qui ne se retrouve pas nécessairement dans l'exercice d'autres métiers de service (ex: guichetiers d'institution ou d'organisme ; téléphonistes).

ou à la charge cognitive qui ont été documentées dans l'analyse des facteurs organisationnels de l'activité de travail des infirmières présentée au chapitre 6.

9.2.1 Stratégies posturales

Il s'agit de la mise en application de différentes stratégies d'appui et d'abaissement qui vise la réduction des contraintes pour le dos, les membres inférieurs et supérieurs. Plusieurs infirmières disent s'accroupir ou s'agenouiller lorsqu'elles doivent effectuer un pansement à un membre inférieur qui n'est pas surélevé. Une autre infirmière dit s'asseoir lors de la réalisation d'une ponction veineuse à domicile, lorsque possible.

9.2.2 Stratégies procédurales

Ces stratégies visent à obtenir un meilleur contrôle sur l'activité et/ou l'environnement de travail afin de prévenir des incidents. Il peut s'agir, par exemple, d'ajuster un équipement afin de réaliser un pansement à sa portée; de prendre une information avant le soin avant d'en planifier les étapes, les simplifier ou les modifier afin de faciliter l'exécution du soin ou en réduire la durée. Les stratégies procédurales visent donc l'efficacité, la qualité et la sécurité du service tant pour elles que pour l'usager.

Par exemple, une infirmière de l'agence 1 assumait un remplacement d'une durée indéterminée au sein du programme de santé sexuelle. L'une de ses tâches consistait à effectuer des visites dans des bars afin d'effectuer la prévention des MTS auprès des travailleuses du sexe. Ceci consistait notamment à leur proposer la vaccination contre l'hépatite A et B. Elle nous expliquait qu'elle avait développé une procédure pour la vaccination afin de prévenir les risques de piqûre : *« quand la personne s'assoit à côté de moi, je sors pas mon aiguille d'emblée. Tsé je commence déjà à parler avec elle : est-ce que t'as peur des aiguilles? Parce que ça c'est une chose qui est importante pour moi, parce que quand tu sors l'aiguille pi que tu dis bon là ça va piquer, pi que a décide qu'elle enlève son bras, mais que t'as commencé à piquer pi que t'échappes ton aiguille, t'as l'air fin tsé. Parce que tu sais pas où est-ce qu'a va r'voler. Pi beaucoup ont l'hépatite C. Beaucoup. Fait que on fait attention. »* L'observation qualitative réalisée auprès d'elle a permis de constater le recours à plusieurs stratégies procédurales et d'autre nature par cette dernière au cours d'une telle activité de prévention.

9.2.3 Stratégies relationnelles

Il s'agit de stratégies verbales qui visent l'établissement d'une relation de confiance avec une tierce personne. Les données recueillies montrent que dans un premier temps le recours à des stratégies relationnelles par les infirmières d'agence vise la relation de service auprès de l'usager. Les infirmières peuvent recourir à l'empathie, à l'histoire de vie de la personne, à des compliments. Il peut aussi s'agir de référer à ses propres expériences de soins antérieures ou de dire ses limites dans le but de favoriser un climat propice au soin. Le but avoué est d'obtenir une bonne collaboration de l'usager pendant la consultation ou la visite mais aussi de s'assurer de l'approbation du traitement. Par exemple, une infirmière de l'agence 1 qui travaille à plusieurs programmes explique une stratégie relationnelle qu'elle a élaborée pour obtenir la collaboration des usagers : *« Maintenant je me fais un point d'honneur d'aviser le patient si jamais il me dit « t'es-tu ici demain soir? », comme ça m'a été demandé hier soir, je dis non je suis pas là je prends congé, mais inquiétez-vous pas toutes les notes sont au dossier, la personne va vous*

recevoir va savoir exactement le suivi et tout ça. Je vais faire plus attention. [...] Parce que si je le revois la semaine d'après, j'espère qu'il va être content de ce qui s'est passé le temps que j'ai pas été là pi la relation avec lui va être bonne. La confiance, si je l'ai bien référé y'est content. Mais quand je vais le revoir, la confiance va toujours être là. Et il va persister encore mieux dans ses soins.» On observe ici la présence d'une stratégie d'anticipation qui s'avère intéressante mais, surtout, surprenante à la lumière des résultats de l'étude: l'infirmière n'est pas détachée à un point tel qu'elle focalise seulement sur l'épisode de soin qui la concerne mais elle élabore une stratégie pour le futur⁵⁹. Non seulement le détachement n'est pas total mais le recours à une stratégie d'anticipation liée aux relations avec l'usager vient confirmer les objectifs poursuivis par la recherche de la stabilité des clientèles et abordés aux chapitres précédents.

Voici un autre exemple intéressant. Une infirmière de l'agence 1 explique comment elle s'y est prise pour effectuer des prélèvements à des usagers en dédramatisant la situation, même si le soin était réputé difficile : *« Mais j'suis arrivée à Ste-Rose pi ils m'avisent la veille « je t'ai mis deux patientes difficiles à piquer ». Pour moi y'ont été difficiles à piquer. Fait que j'suis arrivée, j'ai vraiment regardé mes patientes : « on va y aller sur la main ma p'tite madame ». Pas de problème, on a parlé au p'tit Jésus en haut, on les fait rire, ça a super bien été. »*

Cependant, comme il a été discuté au chapitre 6, les infirmières d'agence privée, de par leur statut particulier, se doivent d'interagir régulièrement avec des gestionnaires de programmes et le personnel d'établissement qu'elles ne connaissent pas ne serait-ce que pour connaître les procédures d'un service. Elles doivent donc, dans un second temps, développer des stratégies d'ordre relationnel afin de créer des relations avec le personnel régulier d'un service, dans le but avoué d'obtenir leur collaboration pour faciliter leur travail. De par leur statut précaire (comme les TPO des établissements), elles se doivent aussi de faire preuve de diplomatie. Par exemple, l'une d'elles explique qu'il ne faut pas hésiter à consulter le personnel régulier lorsqu'elle a besoin d'une information mais elle précise que l'attitude à adopter est importante lorsque l'on sollicite de l'aide : *« Encore là je pense que c'est l'attitude qui va vraiment toute faire la différence. C'est sûr que si on est dans un rush et que j'ai une question à poser, j'irai pas l'aborder tout de suite. [...] Faut aussi à mon avis faire attention pour ne pas faire sentir aux gens qui sont de la place qu'on s'en vient prendre leur place. Et ne pas leur faire sentir que parce qu'ils font cette job et ne font rien d'autre qu'on en sait plus qu'eux autres. C'est pas vrai. Y'en savent beaucoup plus que moi dans leur domaine, moi j'en sais peut-être plus parce que je touche à d'autres choses, comme je fais Info-Santé, je connais tous les protocoles. Pourquoi pas s'entraider à ce moment-là. »*

Ainsi, une grande partie de leurs ressources est mise à contribution non seulement lors du travail de soin auprès de la clientèle mais aussi afin de pallier, plus souvent qu'autrement, les lacunes d'information ou les lacunes structurelles entre le donneur d'ouvrage et l'agence quant à tâche assignée.

⁵⁹ A rapprocher d'une notion appelée « stratégies touchant à l'environnement au delà de l'intervention en cours » par Lamonde (2000).

9.2.4 Stratégies informatives

Ces stratégies visent notamment à réduire la charge cognitive de l'infirmière. Il peut s'agir d'écrire des mémos ou de prendre des notes régulièrement sur l'intervention. Il peut aussi s'agir de valider des informations auprès de la supérieure, des collègues, de l'utilisateur ou même en reprenant les signes vitaux afin d'en vérifier les résultats. Ces stratégies peuvent aussi viser à gagner du temps, par exemple, comme de s'informer à un membre du personnel du CLSC pour localiser plus rapidement un équipement ou du matériel de soin alors que l'utilisateur attend son traitement.

Une infirmière explique que même si elle a l'expérience du travail dans un programme, elle doit quand même se renseigner sur la localisation des équipements ou des formulaires et sur les particularités : *« On peut savoir que il faut faire une feuille d'observation, faut remplir une feuille de stat, ça nous prend des fiches de liaison si quelque chose apparaît. Mais c'est de retrouver ces papiers là et règle générale je pose des questions. J'me dis que je suis fatiguante mais c'est ça. Puis m'assurer que y'ont pas de choses particulières, parce que chaque place a ses petites particularités. »*

9.2.5 Conclusion

Les infirmières d'agence puisent des connaissances au sein de diverses sources d'expérience élaborées antérieurement afin de réaliser leur activité de travail au sein d'un contexte de travail particulier (ou pratique particulière du métier ?). L'expérience se construit aussi au jour le jour. Il s'agit d'un processus dynamique qui va au-delà d'un simple transfert d'expérience car il implique une réflexion sur leur pratique infirmière. On peut parler d'une construction itérative de l'expérience du métier. Les infirmières développent aussi divers types de stratégie afin de pallier les lacunes présentes au sein de leur contexte de travail, de prévenir les incidents et de protéger leur santé et leur sécurité. En effet, il a été montré que le recours à ces sources d'expérience et à ces stratégies visent plus d'un objectif : gain de temps, qualité du service, efficacité, sécurité de l'utilisateur mais aussi pour soi-même en termes de diminution de la charge cognitive ou physique.

Lorsque l'on compare les résultats actuels à ceux obtenus lors de l'étude réalisée au sein de quatre services de SAD (Cloutier et coll., 2005), il appert que les infirmières d'agence ont recours à des sources d'expérience et des stratégies identiques aux infirmières de SAD. Cependant, elles sont aussi tenues d'élaborer des stratégies se situant à d'autres niveaux. Les personnels des SAD tendent à développer et à vouloir maintenir la stabilité des usagers afin de bénéficier de l'effet protecteur de leur « expérience du cas » alors que le contexte du travail en agence ne permet pas aux infirmières de développer ce niveau d'expérience. Notons cependant que ce qui est rapporté comme protecteur par ces dernières c'est « l'expérience du milieu ». Ainsi, la connaissance du service se substitue à celle de l'utilisateur. L'enjeu principal de leur SST se situerait plutôt à ce niveau, selon la présente analyse.

10. DISCUSSION ET CONCLUSION

Cette recherche s'est centrée sur les effets de l'impact de la flexibilité sur la SST. La flexibilité est ici définie comme la nécessité d'un ajustement continu aux changements de l'environnement. Elle touche donc la capacité des individus et des organisations à s'adapter aux circonstances nouvelles. Il n'existe pas une façon de faire universelle. C'est plutôt un processus dynamique qui s'inscrit « en tension entre la nécessité de changement et celle de stabilité » (Akremi et coll., 2004). Comment cela se manifeste-t-il chez les infirmières d'agence privée dans le secteur de la santé ? Une des façons qui est utilisée par les gestionnaires de ce secteur pour faire face aux transformations du réseau est de recourir à de la main-d'œuvre occasionnelle et d'utiliser la sous-traitance auprès d'agences de soins infirmiers. Nous examinons les conditions d'emploi, de travail et de SST de ce personnel.

10.1 Les conditions d'emploi, de travail et de SST des infirmières d'agence : contexte et liens entre les donneurs d'ouvrage et les agences

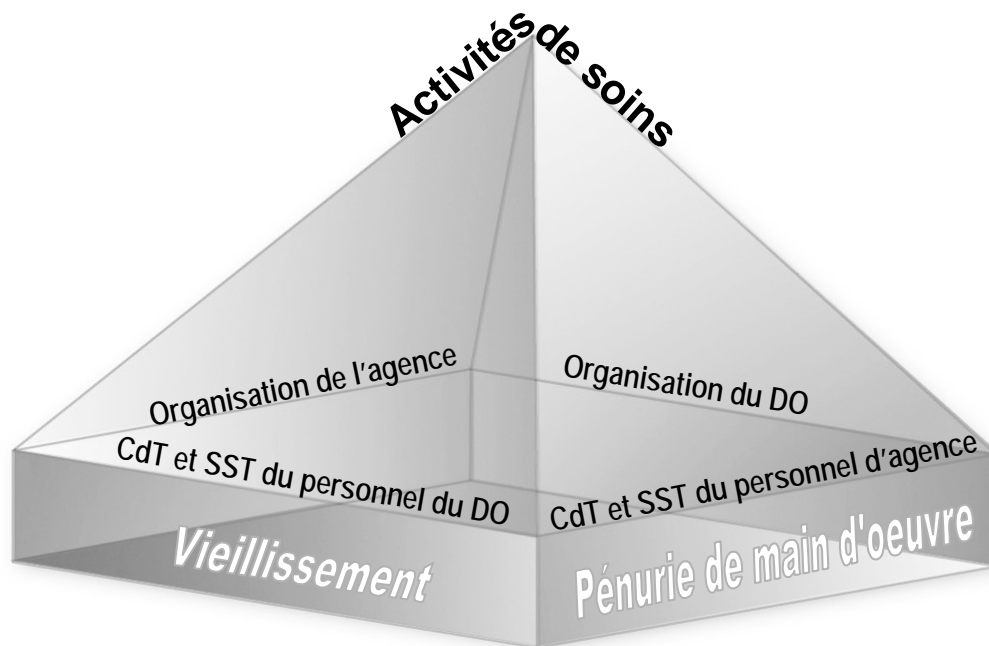
L'ensemble des résultats de cette étude exploratoire peut être schématisé dans un modèle présenté à la figure 10.1. Ce qui caractérise le contexte de l'activité de soin des infirmières est extrêmement déterminant et englobe celle-ci. En effet, la pénurie de main-d'œuvre infirmière se conjugue à une augmentation de demandes de soins et services qui fait suite au virage ambulatoire et au vieillissement de la population. Les données recueillies montrent que les infirmières d'agence sont en augmentation par rapport à celles du réseau public de la santé et des services sociaux. Il n'est cependant pas possible de savoir précisément combien il existe d'agences au Québec. Il n'existe pas non plus d'informations sur les différents contextes d'affaire de ces agences ou sur leurs modes d'organisations du travail. Bien que la recherche de la flexibilité caractérise les deux agences participantes, les différences observées entre l'agence 1 et l'agence 2 portent à croire qu'il existe une très grande variabilité à ces niveaux.

Plusieurs infirmières quittent le réseau pour aller travailler en agence pour différentes raisons. Les infirmières d'agence sont souvent âgées et expérimentées, elles mettent au service d'agences privées de soins le savoir-faire de métier qu'elles ont développé pendant de nombreuses années dans le réseau public de santé québécois. Comme le montre cette étude, les transferts d'expériences, provenant de différentes sources, sont extrêmement riches et diversifiés. Quelques études ont obtenu des résultats similaires (Gaudart et Weill-Fassina, 1999; Gonon, 2003).

Les soins aux usagers sont placés au centre de ce modèle avec les différentes tâches qu'ils impliquent. Cette activité de travail et les stratégies déployées pour la réaliser sont différentes selon que l'on s'intéresse aux infirmières d'agence ou aux infirmières régulières de CLSC. Pour les infirmières d'agence, l'activité de travail va au-delà du soin lui-même puisque celles-ci doivent développer de nombreuses stratégies pour s'insérer constamment dans de nouveaux milieux de travail et dans de nouvelles équipes. C'est pourquoi les infirmières d'agence tentent rapidement de stabiliser les milieux où elles vont travailler. Pour les infirmières régulières de CLSC, cette énergie consacrée à l'insertion est moins importante puisqu'elles ont une bonne connaissance de leur environnement de travail, ces dernières ont cependant la tâche essentielle

d'assurer la continuité des soins et services dispensés ce qui est un élément important de leur charge de travail comme nous l'avons vu.

Figure 10-1 : Impact du contexte et de la dynamique inter-organisationnelle sur les conditions de SST des infirmières d'agence et de celles du réseau public



Le CLSC est responsable de la prestation de services et de leur qualité. Pour arriver à répondre à la demande croissante, les responsables des SAD doivent faire appel, en plus de leur personnel infirmier régulier et occasionnel, à du personnel infirmier d'agences privées de soins. Ceci veut dire que les usagers sont en contact avec différentes catégories de personnel qui doivent assurer la continuité des soins et services qui leur sont dispensés. Or, le personnel infirmier d'agence et le personnel du SAD ne sont pas soumis aux mêmes conditions organisationnelles. En effet, le travail du personnel du SAD est influencé par les consignes et les politiques du CLSC alors que celui du personnel d'agence, lui, est doublement marqué par l'organisation de l'agence ainsi que par l'organisation de l'établissement donneur d'ouvrage. Ces divers types d'organisation du travail déterminent les conditions de travail et de SST des infirmières par le biais, notamment, de la possibilité qu'elles ont de développer et d'utiliser des stratégies protectrices de métier comme l'a montré une étude récente (Cloutier et coll., 2005). Les quatre sommets de la base de la pyramide illustrent cette dynamique complexe. Les sommets représentent : l'organisation de l'établissement donneur d'ouvrage (CLSC, hôpital, CHSLD), les conditions de travail et de SST de son personnel, l'organisation du travail de l'agence ainsi que les conditions de travail et de SST de ce personnel. Ces sommets sont inter-reliés de différentes façons. Ainsi :

- L'organisation du travail du SAD influence les conditions de travail et de SST non seulement de son personnel régulier mais aussi de celui qui a un statut occasionnel comme l'a montré une récente étude (Cloutier et coll. 2005);

- L'organisation du travail du SAD détermine aussi les conditions de travail et de SST du personnel d'agence qui est appelé à y travailler comme le montre les résultats de cette étude;
- L'organisation du travail du CLSC et celle de l'agence s'influencent mutuellement. Ainsi, plusieurs éléments sont négociés entre ces deux organisations dont les conditions d'accueil et de formation du personnel comme nous l'avons vu. Par contre, plusieurs composantes de l'organisation du travail demeurent indéterminées. C'est le cas de la gestion de certains problèmes de SST comme par exemple les cas de piqûres;
- L'organisation du travail de l'agence influence les conditions de travail et de SST de son personnel. Bien qu'étant organisées différemment, les agences observées partagent une même approche flexible du travail qui conditionne l'activité de son personnel. Cette étude a permis de montrer qu'il y a des modes d'organisation du travail en agence qui sont plus protecteurs pour le personnel infirmier. C'est celui de l'agence 1 qui tout en favorisant la flexibilité déploie une structure organisationnelle plus élaborée car, comme le souligne Akremi et coll. (2004), « la flexibilité associe paradoxalement changement et stabilité »;
- L'organisation du travail de l'agence influence aussi, bien que moins directement, les conditions de travail et de SST du personnel régulier du CLSC. En effet la qualité de l'encadrement et de la sélection du personnel de l'agence joue un rôle sur la qualité du travail effectué. Cela se répercute sur le personnel régulier du CLSC qui est responsable des suivis médicaux et de la continuité des soins;
- Finalement les personnels de CLSC et des agences sont confrontés à l'écart de leurs conditions de travail puisque ces deux groupes se côtoient et/ou travaillent auprès des mêmes clientèles.

Ainsi, les infirmières d'agence sont confrontées à une double prescription par rapport au travail : celle du donneur d'ouvrage et celle de l'agence contrairement aux infirmières de CLSC qui dépendent d'une seule organisation. Ceci oblige les infirmières d'agence à répondre au flou provenant des deux niveaux d'organisation dont elles dépendent ce qui augmente certaines contraintes de leur travail (Dejours, 2000). Cette réalité du travail des infirmières d'agence nous porte à croire que l'expérience du métier est encore plus importante dans un tel contexte pour arriver à être efficace et à se protéger. Nos observations montrent que malgré l'expérience élevée, le taux de roulement dans une des deux agences est important ce qui dénote l'importance des difficultés rencontrées. Il serait intéressant de voir si des infirmières novices y arrivent dans un autre projet de recherche.

10.2 Les facteurs organisationnels qui influencent la SST des infirmières d'agence

Les facteurs organisationnels qui sont ressortis de cette étude comme étant particulièrement critiques pour la SST des infirmières d'agence sont nombreux. Ils peuvent dépendre aussi bien de l'établissement donneur d'ouvrage que de l'agence. En plus, le flou existant entre les niveaux de responsabilité des deux établissements pose souvent problème en termes de prévention notamment.

En premier lieu, il y a les politiques d'accueil et de formation de l'agence et du donneur d'ouvrage. Les observations ont révélé plusieurs dysfonctionnements à ce niveau. Des manques à ce sujet peuvent se répercuter sur la SST des infirmières d'agence. Ces résultats se rapprochent de ceux de Rebitzer (1998) pour les travailleurs temporaires. Il a montré que les conditions d'insertion déficientes de ces travailleurs dans l'entreprise ne leur permettent pas d'élaborer des modes opératoires qui les aideraient à préserver leur santé et leur sécurité. Le manque d'information sur le travail à faire, le lieu de travail et ses risques, le personnel et les équipements nuisent à la prévention.

La charge de travail élevée est aussi évoquée par quelques infirmières d'agence. Ceci est une réalité vécue dans le secteur de la santé que plusieurs études ont montré (Bourbonnais et coll., 2001; Denton et coll., 2003). Cette charge est liée à plusieurs éléments : les infirmières d'agence font quelquefois le travail que les infirmières de CLSC ne veulent pas faire (prélèvements, routes spéciales de SAD). Elles prennent tout ce qui passe, par insécurité, ou dans certains cas, choisissent de travailler un nombre d'heures plus élevé pour des raisons personnelles, ce qui conduit à un emploi du temps très lourd. On voit donc que cette charge doit être abordée en tenant compte des motivations respectives de l'organisation donneuse d'ouvrage et des infirmières elle-mêmes. Nos analyses permettent de nuancer ces propos. En effet, les infirmières les plus expérimentées en agence ont tendance à concentrer leur temps de travail sur un nombre de jours réduits. De plus, dans une analyse particulière du travail en SAD, nous avons montré que le travail des infirmières d'agence et des infirmières de SAD est différent. Les infirmières d'agence ont une charge de travail plus faible que les infirmières du SAD parce qu'elles n'assurent pas la partie invisible du travail de coordination et de suivi qui incombe au personnel régulier. C'est la partie du travail d'infirmière qui est rapportée comme ayant l'impact le plus grand sur la charge de travail perçue (Cloutier et coll., 2005). Or, cette portion du travail est essentielle pour assurer la continuité des soins et services.

Les horaires de travail et plus particulièrement le choix de ces horaires est un facteur déterminant du passage au travail en agence par les infirmières. Par exemple, trois infirmières interviewées sur huit ont eu des problèmes de santé associés aux horaires de nuit dans le réseau public et refusent désormais ce type d'horaire. Mais malgré cela, plus de 20% de celles qui ont répondu au questionnaire se déclarent disponibles pour travailler la nuit, *quand cela leur convient* : le travail de nuit est donc considéré différemment selon qu'il est choisi ou imposé. Bien qu'il existe une grande variation du nombre d'heures travaillées d'une journée à l'autre, les infirmières d'agence tendent, au fil du temps, à stabiliser le nombre d'heures de travail par semaine et à comprimer leurs horaires dans moins de jours dans la semaine afin de se libérer les autres jours. Même si certaines infirmières travaillent de très longues heures, le fait qu'elles choisissent leurs horaires est déterminant pour leur satisfaction au travail et aussi pour leur santé. Cette possibilité de choix est en effet un des éléments de l'indice de latitude décisionnelle dont on sait qu'il a un impact positif sur la santé (Bourbonnais et coll., 2001). L'analyse des données de la troisième Enquête européenne sur les conditions de travail (n = 21 505) a aussi démontré tout récemment que *«the individual-oriented flexibility was associated to better health conditions than the company-based one»* (Costa et al., 2004; Costa & Sartori, 2005) : en Europe, tant chez les salariés que chez les travailleurs autonomes, l'absence de souplesse dans le choix des horaires s'avérait être le facteur le plus important pour expliquer l'insatisfaction au travail, la fatigue générale, l'irritabilité, les maux de tête et d'estomac, l'anxiété, les maladies cardiaques et surtout la sensation de *«not being able to do the same job when 60 years old»*. Chez les infirmières d'agence québécoises, les

résultats reflètent aussi les différentes étapes du cycle de vie : elles quittent les contraintes du réseau public et choisissent de travailler en agence pour protéger leur santé et se ménager des marges de manœuvres qu'elles utilisent pour concilier le travail et leur famille quand elles sont jeunes et pour durer en emploi quand elles vieillissent. Les plus âgées se protègent en se distanciant du travail affectivement en réduisant leur temps de travail et en refusant de faire du temps supplémentaire. On voit comment la latitude dans le choix des horaires favorise la préservation de la santé du personnel en lui fournissant des marges de manoeuvre. Cette question doit être considérée sous l'angle d'un processus car tout au long de leur vie professionnelle, les besoins des infirmières changent. Ces résultats appellent une gestion souple des temps de travail par les organisations et une prise en compte des cycles de vie en matière de recherche sur la santé et la sécurité au travail.

Les analyses révèlent également que les infirmières recherchent une certaine stabilité des milieux où elles vont travailler. Cette stabilité leur permet de réduire la charge mentale générée par le travail dans un milieu où elles ne connaissent pas l'environnement, les infirmières du CLSC qui sont leurs collègues temporaires et les façons de faire particulières à l'organisation donneuse d'ouvrage. Elle permet également de réduire la charge de travail des infirmières régulières qui peuvent collaborer avec du personnel dont elles connaissent les compétences et qui sont entraînées. Cette recherche de stabilité est à rapprocher avec un résultat de l'étude de Cloutier et collaborateurs (2005) qui a montré que la stabilité des clientèles, cette fois, constituait un élément protecteur de la SST du personnel de soin. Dans ce cas, les infirmières de SAD développent une connaissance très fine de l'environnement et des particularités des clients ce qui leur permet de développer des stratégies qui les préservent. Pour les infirmières d'agence privée, il n'est pas question de la connaissance des clients. Elles arrivent rarement à ce niveau sauf si elles font des remplacements de longue durée. Il y a cependant des analogies à faire malgré tout dans cette recherche d'une forme de stabilité qui réduit certaines contraintes du travail. Quelques pistes de prévention se dégagent de cette analyse. Cette stabilité exige du donneur d'ouvrage une certaine planification de ses besoins plutôt que de formuler des demandes de dernière minute auprès des agences. Cela exige aussi de bien cibler ses besoins afin de s'assurer d'assigner des activités de soins spécifiques à une remplaçante qui sera en mesure de les réaliser sans risque pour elle et pour l'utilisateur. Cela implique, pour les agences, de mettre sur pied une structure et de bien organiser la communication avec son personnel (lien de confiance et moyens de communication).

Les observations réalisées ont aussi montré que des rôles de responsabilité de supervision et de gestion sont confiés à du personnel d'agence, personnel qui a un statut précaire par définition. Rappelons l'exemple observé au prélèvement. Les analyses ont permis de révéler l'aberration d'une situation où une infirmière ayant un statut précaire était responsable de personnel régulier et devait entraîner son successeur. Cette cohabitation de personnel de différents statuts dans l'entreprise constitue de la « précarité intensive » (Goudswaard et coll., 2002). Cette forme de précarité est décrite par ces auteurs de la façon suivante : dans une même entreprise, sans qu'il y ait de différence objective dans les conditions de travail et la nature des tâches, un fossé se développe entre employés permanents et temporaires (ou à temps partiel et à temps plein) en termes de sécurité d'emploi, d'accès à la formation et au perfectionnement, de rémunération, de choix d'horaire et de perspective de carrière. Les travailleurs temporaires sont assignés aux horaires les plus défavorables, ont peu de perspective d'avancement et sont moins bien payés. La plupart de ces remarques s'appliquent aux infirmières d'agence sauf celles du choix d'horaire et

dans une moindre mesure la rémunération si on ne considère pas les avantages sociaux⁶⁰. Ce genre de situation nous amène à nous poser la question suivante : comment le donneur d'ouvrage peut-il se retrouver dans une telle désorganisation ?

Les analyses montrent que certaines lacunes dans la transmission d'information concernant les usagers ou les environnements de travail peuvent conduire à des incidents qui entraînent des pertes de temps ce qui peut se répercuter sans conteste sur la SST des infirmières d'agence. Ces pertes de temps se répercutent aussi sur le travail des infirmières régulières de CLSC puisque ce sont elles qui sont responsables des usagers. Ces résultats concordent avec ceux de l'étude de Seifert et Messing (2004) sur les effets de la discontinuité des horaires sur l'activité de travail des infirmières d'un hôpital de courte durée qui a montré que des problèmes de transmission d'information rendaient le travail plus difficile. De plus, Cloutier et coll. (2005) ont montré que la SST du personnel de soins à domicile de CLSC 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, deux éléments qui sont particulièrement importants pour la santé mentale comme l'ont montré plusieurs études pour le personnel de centres hospitaliers (Carpentier-Roy 1991; Bourbonnais et coll., 1998; Bourbonnais et Mondor, 2001; Cognet, 2002).

De très nombreuses études abordent la question de la reconnaissance à titre de facteur qui favorise la santé mentale des personnes au travail (Bourbonnais et col, 2005; Vézina et coll. 1989). Aucune de ces études, à notre connaissance, n'aborde la reconnaissance par la négative comme les infirmières d'agence nous l'ont rapporté lors des entrevues. Elles vivent une sorte de brisure identitaire par rapport à leur catégorie d'emploi et à leur employeur. En effet, les infirmières d'agence sentent qu'elles sont reconnues pour la qualité de leur travail quand les infirmières de CLSC sont étonnées d'apprendre qu'elles viennent d'une agence ou que le donneur d'ouvrage les redemande. Ces résultats viennent nuancer le consensus scientifique portant sur l'importance de la reconnaissance au travail. Il semble en effet essentiel de s'interroger sur le type de reconnaissance dont on parle. D'autant plus que cette forme de reconnaissance par la négative semble se répercuter sur le sentiment d'accomplissement comme le confirme d'ailleurs les réponses au questionnaire ce qui est inquiétant pour la santé psychologique des infirmières d'agence.

Plusieurs études ont montré que le collectif de travail contribue de façon importante à la santé et à la préservation du personnel que ce soit en aidant à la construction de stratégies collectives de travail ou en favorisant l'échange et le partage de certaines stratégies. Ces processus protègent les novices tout en valorisant les savoir-faire de métier développés par les expérimentés (Avila-Asunção, 1998; Cloutier et coll., 2005; Cloutier, 1994; Pueyo, 1998). Les infirmières d'agence bénéficient rarement de cet apport du collectif de travail et s'appuient essentiellement sur leur expérience comme nous l'avons montré.

⁶⁰ Si on considère le taux horaire sans regarder les avantages sociaux, les infirmières d'agence semblent avantagées. Cependant, comme elles ne disposent pas la plupart du temps de tous les avantages sociaux des infirmières du réseau public (vacances payées, régime de retraite, assurance, etc.), cet avantage en termes de rémunération est relatif.

Quant à la gestion de la SST et plus particulièrement la déclaration des problèmes de SST des infirmières d'agence, il s'agit de « précarité extensive » telle que définie par Goudswaard et coll. (2002). Il n'est cependant pas clair que l'exposition au risque soit « exportée » vers les infirmières d'agence comme c'est le cas dans certains secteurs où des travailleurs d'agence de main-d'œuvre se font imposer les tâches les plus dangereuses, les plus sales ou les plus monotones dans des conditions ergonomiques relativement déficientes. Dans le cas des infirmières d'agence, elles semblent soumises aux mêmes types de risque en ce qui concerne le travail de soins tout en étant défavorisées en ce qui concerne la connaissance des milieux et la formation notamment. Cependant, les résultats concernant l'exposition et le contact avec le VIH des infirmières d'agence méritent une investigation plus approfondie à ce sujet. Il s'agit aussi de l'exportation des coûts de SST qui est faite à un double niveau. D'une part, ils ne sont pas pris en charge par le donneur d'ouvrage et, bien que relevant officiellement des agences, celles-ci ne les prennent pas en charge non plus. En effet, comme nous l'avons vu, il y a sous-déclaration massive. Ce sont les travailleuses qui assument ces « coûts » en modulant leur disponibilité en fonction de leur état de santé et par le fait même de leur rémunération. D'autre part, la prévention à l'égard des risques que les infirmières d'agence rencontrent est inexistante.

10.3 Les conditions réelles de SST des infirmières d'agence

Selon les statistiques québécoises officielles de lésions professionnelles, les infirmières d'agence privée présentent le même niveau de risque, mesuré par le taux d'incidence et la durée moyenne d'absence suite à une lésion professionnelle, que leurs collègues du réseau public de santé. En examinant plus finement les informations très restreintes disponibles sur les types de lésion compensée, on constate que les infirmières d'agence sont en proportion plus fréquemment compensées pour des contacts et des infections au VIH mais moins pour des troubles musculo-squelettiques de tous types. Ces données sont très préoccupantes et nécessitent une investigation plus poussée pour comprendre pourquoi. Ceci est d'autant plus préoccupant qu'il est bien connu que les données de la CSST ne donnent qu'un aperçu très partiel de la réalité des problèmes de SST des infirmières puisqu'ils ne correspondent qu'au tiers des lésions et maladies professionnelles (Cloutier et coll., 2005).

Dans les agences participantes au projet, rappelons qu'aucune absence n'a été compensée au cours des trois dernières années pour des problèmes de SST à part quelques cas de retrait préventif. À l'agence 1, la propriétaire a également mentionné l'existence d'un protocole en cas de piqûre d'aiguille. Le principal constat que nous avons fait c'est qu'il y a sous-déclaration. Ces résultats semblent contredire ceux de Quinlan et coll. (2001) qui concluent, après l'examen de plusieurs études sur les liens entre la précarité d'emploi et la SST, que ces effets sont de plus en plus nombreux et évidents. Ceci peut s'expliquer par ce qui est rapporté dans d'autres travaux sur la question qui concordent avec nos résultats. Dans un monde favorisant la flexibilité, le contrat de travail prend de plus en plus la forme d'une prestation de service, d'une relation de fournisseur à client dans laquelle « *disparaît tout espace de négociation entre celui qui prescrit le travail et ceux qui l'exécutent, concernant les conditions de travail, le temps de travail, l'hygiène et la sécurité* » (Thébaud-Mony, 2001). Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que l'aggravation des conditions de travail révélée par les enquêtes s'accompagne d'une baisse étonnante du nombre de lésions professionnelles *déclarées* dans les statistiques officielles. Le paradoxe n'est qu'apparent. Il peut s'expliquer, en partie du moins, par l'expansion du recours à la sous-

traïtance qui noie les risques compensables visibles. En outre, les travailleurs contractuels temporaires doivent constamment se trouver du travail et ils n'ont donc pas intérêt ni à s'arrêter pour se soigner, ni à se plaindre trop bruyamment et trop souvent. La sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles par les travailleurs précaires est un phénomène important, qui est maintenant bien documenté tel que mentionné précédemment (Lippel, 2001; Quinlan et Mayhew, 1999).

Les entrevues et les observations que nous avons réalisées nous permettent de pousser plus loin l'investigation à propos de la problématique de la SST particulièrement par l'analyse des incidents. Les risques sont présents en grand nombre dans plusieurs situations de travail (contraintes physiques, charge mentale, violence, piqûres, contraintes temporelles) rencontrées par les infirmières d'agence. Comme ils ne sont pas reconnus officiellement, ils ne sont pas pris en charge à moins que des mesures universelles soient prises dans les entreprises donneuses d'ouvrage sur certaines thématiques particulières comme par exemple les piqûres d'aiguille. Cela semble cependant assez rare.

Ce n'est pas parce que les infirmières d'agence ne déclarent pas de problèmes de SST qu'il n'y en a pas. Les indices de douleur et de détresse psychologique rapportés par les réponses au questionnaire en font foi. Les douleurs musculo-squelettiques sont aussi importantes que les infirmières de SAD (Cloutier et coll., 2005). En ce qui concerne la santé mentale, le portrait est différent. Les infirmières d'agence présentent des scores moins préoccupants que les infirmières de SAD concernant l'épuisement émotionnel. Cependant, elles présentent un portrait très inquiétant en ce qui concerne la dépersonnalisation et l'accomplissement dans le travail. Tout se passe comme si pour se protéger de l'épuisement professionnel, elles tentaient de se distancier des usagers. C'est un compromis qui porte une atteinte à l'identité professionnelle et qui peut donc s'avérer un choix coûteux pour leur santé à plus long terme. Rappelons que la moitié des infirmières rencontrées ont subi un épuisement professionnel dans leur vie de travail passée. Ainsi, les infirmières d'agence tendent à ne s'investir que dans l'immédiat, dans le soin technique à accomplir, alors que les infirmières du réseau sont, de par leur rôle et responsabilité de continuité des soins et services, impliquées à plus long terme ce qui pourrait les rendre plus à risque de problèmes de santé psychologique.

Ces résultats surprenants nous amènent à demander si les infirmières protègent plus leur santé en travaillant en agence qu'en travaillant dans le réseau de la santé québécois ? Or, on sait que les agences font face à un taux de roulement élevé. Ces constats contradictoires nous amènent à formuler l'hypothèse suivante qu'il serait intéressant de vérifier. Il est possible que cette distanciation, en écart avec l'identité professionnelle fortement construite à partir d'un engagement envers ses patients, ne permette pas aux infirmières de durer en agence. Pour tenter d'approfondir partiellement cette question, nous allons revenir sur les parcours professionnels des infirmières rencontrées.

10.4 Parcours professionnel, parcours de santé et compromis

Un des résultats importants de cette étude est la mise en évidence des parcours professionnels très riches des infirmières d'agence. Celles-ci ont toutes, à l'exception d'une seule, travaillé dans le réseau public de santé avant de décider de se tourner vers le privé. Elles mentionnent plusieurs raisons pour justifier ce choix. Les principales sont : la possibilité de choisir leurs horaires et les

milieux où elles vont travailler, la plus grande facilité de concilier le travail et la vie familiale ainsi que la possibilité de faire reconnaître leur expérience de la pratique par opposition au diplôme. De plus, la totalité des infirmières interrogées ont parlé de problèmes divers face au travail dans le réseau public de santé : « supplantation » fréquente, choc de valeurs, non reconnaissance, travail de nuit et de fin de semaine, remaniements organisationnels constants sans aucune consultation.

Les analyses de ces parcours professionnels ont également révélé l'importance croissante de l'usure physique, mentale et psychique en cours de vie professionnelle pour justifier ce changement professionnel. En effet, toutes ces histoires professionnelles sont jalonnées de problèmes de SST de différents types. La moitié des infirmières ont été victimes d'épuisement professionnel et la totalité ressentent des douleurs à différentes parties du corps déjà blessées ou non. Les travailleuses ont aussi fait ce choix de travailler en agence afin de durer dans le métier jusqu'à la retraite. Cette mobilité constitue une stratégie protectrice. Ces résultats sont à mettre en relation avec quelques études qui se sont intéressées à l'exclusion des travailleurs vieillissants de certains métiers quand le travail devient trop difficile (Bourget-Devouassoux et Volkoff, 1991; Cloutier, 1994; David et Bigaouette, 1989; David et coll., 2001). Ici nous avons pu suivre les infirmières car nous les avons rencontrées après un moment-clé de leur parcours professionnel. Ces résultats sont très riches car ils montrent bien les conséquences, en termes d'usure, de conditions de travail difficiles comme celles qui existent depuis de nombreuses années dans le réseau public de santé. Ici l'usure doit être considérée dans un sens large car elle inclut aussi bien l'usure physique que mentale, affective ou psychique. Les infirmières décrivent bien le choc de valeurs qu'elles ont vécu dans le réseau face à certains changements avec lesquels elles étaient en désaccord. Cette usure se manifeste aussi face à une organisation du travail du réseau de la santé qui peut être qualifiée de pathogène. Cette organisation perd ainsi une main-d'œuvre qualifiée pour qui la précarité est un moindre mal en regard des conditions de travail qu'elle vivait. Ceci est inquiétant pour le recrutement d'infirmières plus jeunes. Comment les motiver à venir travailler dans le réseau public ? Si elles y entrent, comment les retenir ?

L'analyse en parallèle des parcours professionnel et de santé révèle aussi que les infirmières d'agence font des compromis coûteux en ce qui a trait à leur santé pour quitter le réseau. En effet, il n'existe pas de travail les protégeant complètement des contraintes. Les infirmières d'agence ont la perception que ces situations sont moins difficiles que celles qu'elles rencontraient dans le réseau public. Néanmoins les compromis sont nombreux. Ainsi les infirmières peuvent, par exemple, accepter un travail très exigeant physiquement ou encore elles se placent dans des situations qui leur permettent de se distancier par rapport aux usagers. Elles semblent avoir une plus grande latitude décisionnelle et être plus autonome en ce qui concerne leur horaire et les milieux où elles travaillent mais pas en regard de d'autres composantes organisationnelles telle la participation aux décisions ou la formation par exemple. Cette augmentation de leur marge de manœuvre sur certaines composantes d'organisation de leur travail, elles semblent le payer par un sentiment plus élevé de dépersonnalisation et de manque d'accomplissement personnel. C'est donc par un appauvrissement de la pratique de leur métier qu'elles se protègent contre l'épuisement professionnel. Quels en seront les coûts en termes de SST à plus long terme ? Il y a lieu de s'inquiéter. De plus, les infirmières d'agence ne disposent pas de soutien social au travail, élément positif pour prévenir les problèmes de santé mentale (Bourbonnais et coll., 2005).

L'analyse de ces parcours professionnel et de santé jumelée à l'analyse des observations et des entretiens montrent aussi comment se construit l'expérience professionnelle tout au long de la vie de travail en se confrontant, dans le cas des infirmières d'agence, à différentes institutions et départements et en se confrontant, aussi, à ses limites personnelles. Nous avons vu que cette expérience est riche et qu'elle se situe à différents niveaux. Il est intéressant de constater comment les agences tirent partie de ces acquis. En effet, les infirmières sentent que leur expérience pratique est plus reconnue dans les agences qu'auparavant dans le réseau où elles se sentaient confinées à un seul type de département par exemple ou à un seul type de tâche.

Les parcours professionnels et de santé analysés dans cette étude soulèvent une autre question en relation avec l'avance en âge et l'usure. En effet, la moitié des infirmières participantes ont subi un épisode d'épuisement professionnel. Y aurait-il une usure psychique particulière aux emplois en relation de service avec l'âge, une usure qui se développerait plus vite après avoir subi des problèmes de santé psychologique ? Cette question est d'autant plus importante que la main-d'œuvre dans le secteur de la santé est vieillissante et que les conditions de travail y sont difficiles. Cette question est d'autant plus préoccupante qu'une étude récente du Ministère de la santé et des services sociaux montre des taux extrêmement élevés d'absentéisme liés en grande partie à des problèmes de santé mentale (Direction générale du personnel réseau et ministériel, 2005; Ministère de la santé et des services sociaux, 2005). À notre connaissance, il n'existe pas d'étude s'étant intéressée à approfondir cette question.

Ces résultats nous amènent aussi à nous demander comment les organisations pourraient tirer un meilleur profit de cette main-d'œuvre infirmière qui a développé un riche bagage d'expérience. Une étude récente dans ce secteur montre que des aménagements organisationnels rendent cela possible même s'ils ne peuvent contrer tous les effets néfastes des coupures budgétaires et du manque de personnel (Cloutier et coll., 2005).

10.5 Développement méthodologique

Cette étude a conduit à des développements méthodologiques qui constituent également des résultats importants. Deux d'entre eux sont abordés ici. Nous tenons aussi à aborder une difficulté méthodologique importante.

D'une part, l'utilisation des incidents a permis d'identifier des dysfonctionnements organisationnels critiques en termes de SST. Ceci est d'autant plus intéressant qu'il s'agit de milieux de travail où aucun problème de SST n'est officiellement déclaré. L'analyse de ce type d'événement fournit des pistes de transformation utiles pour la prévention. Les réponses aux questionnaires de symptômes musculo-squelettiques et de santé psychologique constituent une autre source de données utile.

L'autre développement concerne la construction des parcours professionnels et des parcours de santé à l'aide d'entrevues et de séances de restitution. Ces parcours révèlent des éléments essentiels en termes de SST. D'une part, un versant positif, a trait à la construction et au transfert d'expérience et, d'autre part, un versant négatif renvoie à l'usure. la conjonction de ces deux facettes ne ressortent pas spontanément du discours des infirmières d'agence. Ils apparaissent principalement lors des séances de restitution qui permettent une validation des premières analyses.

Finalement, nous voulons revenir sur la difficulté de pénétrer ce type de milieu que sont les agences privées de soins à domicile pour faire de la recherche. Comme nous l'avons vu, ces entreprises sont très soucieuses du secret d'affaire. De plus, il y existe un roulement de personnel qui rend difficile un travail de suivi. Étudier la réalité des conditions d'emploi, de travail et de SST de ce personnel ayant un statut d'emploi précaire constitue donc un défi en soi. Ceci demande beaucoup de temps et de persévérance de la part de l'équipe de recherche. De nouvelles approches méthodologiques devront aussi être développées.

10.6 Conclusion

En conclusion, les infirmières d'agence semblent subir moins de problèmes de SST que celles du réseau public de santé. Cette étude montre que ce n'est qu'une apparence car plusieurs événements accidentels ne sont pas déclarés. Ils sont liés à certains facteurs organisationnels qui dépendent de l'agence ainsi que du donneur d'ouvrage. Ce sont les infirmières qui prennent personnellement leurs problèmes en charge et en assument les coûts. La prise en charge par les agences de la prévention de ce personnel est minimale dans une logique de flexibilité maximale. Cette étude montre aussi que le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre infirmière avantage grandement les infirmières d'agence en leur permettant de refuser certaines situations de travail qu'elles ne veulent pas accepter. C'est donc une forme de précarité très particulière qui peut s'apparenter à celle vécue par certains métiers à haut degré de qualification dont les compétences sont très en demande actuellement, des professions pour lesquelles le marché est apparemment libre et où les professionnels recherchés deviennent en quelque sorte entrepreneurs: professeurs d'université enseignant des disciplines de pointe utiles à l'entreprise privée, ingénieurs en aéronautique, informaticiens, travailleurs des multimédia et de manière plus générale, ce que D.G. Tremblay appelle les «carrières nomades» (Tremblay, 2003). Si les conditions de pénurie de main-d'œuvre infirmière venaient à changer, il est fort probable que les avantages vécus aujourd'hui en termes de choix d'horaire et de milieu n'existeraient plus. De plus, la plupart des infirmières d'agence sont expérimentées et elles disposent d'une mine de savoir-faire provenant de différentes sources qu'elles mettent au service des agences qui semblent plus reconnaître cette expérience pratique que ne le fait le réseau. L'expérience est probablement un atout indispensable pour travailler en agence car la prestation de service demandée à l'infirmière est caractérisée par une très grande variabilité en termes de milieu, de soins et d'organisation des donneurs d'ouvrage. Ce travail nécessite une grande capacité d'adaptation et beaucoup de savoir-faire de métier. Les infirmières d'agence sont des personnes qui ont eu des parcours professionnels riches et diversifiés. Ce sont également des personnes abîmées par leur travail qui choisissent de quitter le réseau public pour se protéger. Cependant, ce choix comporte des compromis qui ne sont pas sans coût pour leur santé physique et psychique. Mais ces coûts ne s'évaluent qu'à long terme. Enfin, cette étude illustre bien que dans un monde du travail de plus en plus dominé par la recherche de la flexibilité maximale en termes d'emploi et d'effectif, il n'est plus possible de s'intéresser aux conditions d'emploi, de travail et de SST du personnel sans tenir compte de la multiplicité des statuts d'emplois qui cohabitent, se côtoient et sont inter-reliés dans les entreprises. Comme le suggère Goudsward et coll. (2002), pour comprendre les problèmes de SST des différents personnels, la recherche doit approcher cette nouvelle réalité du travail en tenant compte de ces réseaux d'entreprises de différents types qui sont dépendants les uns des autres. C'est une approche de recherche à renouveler. À cet égard, la présente étude a utilisé des méthodes et des approches qui s'avèrent prometteuses.

11. PISTES D'ACTION ET DE RECHERCHE

Nous terminons ce rapport en donnant quelques pistes d'action et de recherche à poursuivre sur cette problématique. Ce n'est bien sûr pas un inventaire exhaustif, mais les principaux thèmes qui ressortent.

En premier lieu, il convient de souligner à nouveau le manque de données fiables concernant la population de travailleurs précaires de divers statuts ainsi que leurs problèmes de SST. Ces données permettraient de bien estimer le niveau de risque réel de problèmes de SST auquel cette population est confrontée ce qui n'est actuellement pas possible. Ces données devraient couvrir la main-d'œuvre, les lésions professionnelles et tous les autres types d'absence du travail.

Des enquêtes sur les conditions de travail touchant l'ensemble de la population des travailleurs seraient également fort utiles puisqu'elles permettraient de situer la réalité des travailleurs précaires par rapport à celle de personnel ayant d'autres statuts d'emploi. De plus, elles permettraient de faire des comparaisons pour différents emplois.

En ce qui concerne la gestion de la SST, cette étude montre que plusieurs zones de flou existent en ce qui a trait aux rôles et aux responsabilités des donneurs d'ouvrage et des agences. D'autres études interdisciplinaires sont donc nécessaires pour approfondir cette dynamique complexe.

Cette recherche montre l'existence de mécanismes de préservation de la santé qui sont assumés par les infirmières : elles s'absentent souvent sans salaire lorsqu'elles sont fatiguées ou blessées. Il faudrait poursuivre l'investigation de cet aspect de la réalité de travail du personnel précaire afin de quantifier les coûts réels, visibles et invisibles, qu'il représente pour les travailleurs. Ceci est d'autant plus important que les transformations actuelles des milieux de travail favorisent de plus en plus la flexibilité à l'initiative des employeurs.

Le roulement de personnel est un indicateur des difficultés rencontrées au travail par les infirmières d'agence. Il constitue probablement une stratégie d'évitement pour se protéger d'éventuels problèmes de SST. Des études longitudinales suivant les parcours de plusieurs infirmières d'agence permettraient d'éclaircir les conséquences sur la santé des conditions d'emploi et de travail qu'elles vivent en agence.

La comparaison entre deux agences de soins infirmiers a montré que certaines formes d'organisation du travail préservent plus la SST du personnel que d'autres. Il faudrait poursuivre cette comparaison de différents modèles de gestion afin d'approfondir les relations fines entre des facteurs organisationnels et la SST du personnel d'agence.

Il semble que pour se protéger de l'épuisement professionnel, les infirmières d'agence construisent une distance par rapport à la clientèle ce qui a comme conséquence un certain appauvrissement du métier. Quelles sont les conséquences à moyen et long terme de cette stratégie de protection ?

L'importance du phénomène d'usure, physique, mentale et psychique que révèle cette étude, chez les infirmières du réseau public de la santé, mérite un examen plus approfondi. Ce résultat questionne sur les mécanismes qui pourraient être mis en place pour préserver la main-d'œuvre

jeune qui entre en emploi et celle qui est usée. Plus particulièrement, on peut aussi se demander s'il n'y aurait pas une forme d'usure psychique particulière aux emplois en relation de service avec l'âge, une usure qui se développerait plus vite après avoir subi des problèmes de santé psychologique. Ceci mérite d'être investigué face à l'avance en âge de la main-d'œuvre infirmière actuellement en place dans le réseau public de la santé.

Nos résultats montrent que les infirmières d'agence de soins sont relativement âgées et expérimentées. Ils démontrent aussi l'importance de l'utilisation par les infirmières d'agence de différentes sources d'expérience qu'elles ont bâties dans le réseau public et qu'elles transfèrent à leur pratique actuelle. Ils montrent aussi le rôle protecteur de ces transferts d'expérience. Ceci nous amène à nous poser les questions suivantes : est-il possible pour des infirmières novices de travailler en agence tout en préservant leur santé ? Comment transmettre les savoirs-faire protecteurs des infirmières expérimentées aux infirmières novices ?

Nos résultats montrent aussi l'importance de la latitude décisionnelle et de la reconnaissance pour la SST des infirmières. Ces concepts sont utilisés par plusieurs équipes de recherche à travers le monde. Or, nous avons vu que le personnel fait toujours des compromis qui ont aussi des conséquences sur leur SST. Ces éléments de compromis devraient être intégrés dans la recherche sur la santé mentale au travail afin de mieux comprendre leur portée et leur limite.

Quant à la question de l'organisation des horaires, elle doit être considérée sous l'angle d'un processus évolutif, car tout au long de leur vie professionnelle les besoins des infirmières changent. Les résultats appellent une gestion souple des temps de travail par les organisations et une prise en compte des cycles de vie en matière de recherche sur la santé et la sécurité au travail.

Enfin, aborder la problématique des liens entre la flexibilité et la SST nécessite le développement de nouvelles méthodologies et de nouveaux outils d'investigation. Revenons sur ce qui est mentionné précédemment par Goudsward et coll. (2002). Ce sont des groupes d'entreprises, de sous-traitants, de fournisseurs d'employés ayant différents types de contrat et de conditions de travail qui devront être examinés car les conséquences sur la SST de ces différents personnels ne sont pas les mêmes. D'autres recherches sont nécessaires dans différents secteurs d'activité économique.

Cependant, nous voulons revenir ici sur la difficulté de faire de la recherche sur cette problématique. Comme nous l'avons vu dans cette étude, la main-d'œuvre est assez volatile et la concurrence entre les différentes agences étant forte, les propriétaires hésitent à dévoiler des informations sur leurs modes d'organisation du travail et de gestion de la SST. Les recherches utilisant des méthodologies par entrevues et observations sont difficiles à réaliser bien que fort utiles en termes de retombées pratiques. Il faudra développer de nouvelles façons de percer ces milieux de travail car la recherche y est importante au vu de nos résultats sur la sous-déclaration des problèmes de SST. Ces populations de travailleurs sont à risque et méritent que des mesures de prévention leur soient destinées.

RÉFÉRENCES

- Arvidsson, S. (1997). Le milieu de travail et ses valeurs comme facteurs de construction de la personnalité. Working paper no 52, Stockholm Universitet.
- 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.
- Barbier J.-C. (2002), *A Survey of the use of the term « précarité » in french economics and sociology*, Document de travail no 19. Paris : Centre d'études de l'emploi.
- Barbier J.-C., Lindley R. (2002). La précarité de l'emploi en Europe. *Quatre Pages* no 53. Paris : Centre d'études de l'emploi.
- Barley, S., Kunda, G. (1998). Bringing work back in. Paper presented at SCANCOR Conference, Stanford University, September 20-22.
- Bernier, J., Vallée, G., Jobin, C., (2003). Les besoins de protection sociale des personnes en situation de travail non traditionnel, Rapport final, Ministère du travail, Québec, 807 pages.
- Bich, M-F. et autres, Rapport sur la location du personnel, Rapport sur la problématique *du travailleur autonome, Rapport sur la problématique de l'administrateur et du dirigeant*, CSST, juillet 1997, 155 pages.
- Benavides, HG, Benach, J. (1999). Precarious Employment and Health-Related Outcomes in the European Union. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin . Catalogue no SX-22-99-119-EN-C, 61p.
- Bourbonnais R., Gauthier N., Vézina M., Viens C., Durand P.J., Brisson C., Alderson M., Bégin P., Ouellet J.-P. (2005). Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail. PISTES, Vol 7 No 2, www.pistes.qc.ca
- 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..
- Bourdouxhe, M., Guertin, S., Cloutier, E. (1992). Étude des risques d'accident dans la collecte des ordures ménagères. IRSST, Montréal, R-061, 355 p.
- Bourget-Devouassoux J., Volkoff S. (1991). Bilan de santé des carrières d'ouvriers. *Économie et statistiques*, 242, 83-93.

- Carpentier-Roy M.-C., Vézina M. (2000). Le travail et ses malentendus : enquêtes en psychodynamique du travail au Québec. Éditions Octares, Toulouse.
- Champoux, D., Brun, J-P, (1999). Prise en charge de la sécurité dans les petites entreprises des secteurs de l'habillement et de la fabrication de produits en métal, Études et recherches / Rapport R-226, 105 pages
- Charest J., Zallama F. (2006). Portrait d'ensemble du marché de la main-d'œuvre infirmière au Québec in Étude descriptive des conditions d'emploi, de travail et de santé et de sécurité du travail des infirmières d'agence privée dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, rapport IRSST, pp. 209-250.
- Cloutier E. (1994). The effect of age on safety work practices among domestic trash collectors in Québec. *Safety Science*, 17, 291-308.
- 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, David H, Ledoux E, Bourdouxhe M, Teiger C., Gagnon I, Ouellet F. (2005). Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des AFS et des infirmières des services de soins à domicile, RR 429, IRSST, 266 p.
- Cognet, M. (2002). 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.
- Costa G, Sartori S (2005). Influence of flexibility and variability of working hours on health. Balancing Interests: 17th International Symposium on Shiftwork and Working Time. Hoofddorp, The Netherlands, 18-22 September 2005. Book of abstracts, p 41.
- Costa G, Akerstedt T, Nachreiner F et al. (2004). Flexible working hours, health and well-being in Europe: some considerations from a SALTSA project. *Chronobiology International*, 21:6, 831-844.
- David H., Bigaouette M. (1989). Inaptitude au travail et prises de retraite chez les ouvrier d'une grande municipalité. *Le travail humain*, tome 52, no 2, 131-146.
- 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., 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.
- Duguay P., Hébert F., Massicotte P. (2003). Les indicateurs de lésions indemnisées en santé et en sécurité du travail au Québec : analyse par profession en 1995-1997, R 332, IRSST, 2227 p.

- Dejours C. (2000). Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Paris, Bayard.
- 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.
- Derriennic, F. (1998). Formes précaires d'emploi et santé : Les évidences épidémiologiques. *Revue de Médecine du travail*, 25(1):3-11
- 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.
- Direction générale du personnel réseau et ministériel (2005). Mise à jour des données statistiques sur l'assurance salaire, Gouvernement du Québec, 34 p.
- Doniol-Shaw, G., Huez, D., Sandret, N. (1995). Les intermittents du nucléaire: Enquête STED sur le travail en sous-traitance dans la maintenance des centrales nucléaires. Octares, Toulouse, 275 p.
- El Akremi A., Igalens J., Vicens C. (2004). Flexibilité organisationnelle : complexité et profusion conceptuelles. Flexibilités et performances. Stratégies d'entreprises, régulation, transformations du travail. Sous la direction de Rachel Beaujolin-Bellet. La Découverte, 23-50.
- Garsten, C., Turtinen, J. (1999). «Angels» and «Chameleons» - The Cultural Construction of the Flexible Temporary Agency Worker in Sweden and Britain. Stockholm Center for Organizational Research (SCORE), Rapport serie 1999:12.
<http://www.score.su.se/pdfs/1999-12.pdf>
- 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
- Germe J.-F. (1981). Instabilité, précarité et transformations de l'emploi. *Critique de l'économie politique* nos 15-16, 52-98.
- 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).
- Gouvernement du Québec. Registraire des entreprises du Québec. 2005.
<https://ssl.req.gouv.qc.ca/slc0110.html>
- Goudswaard, A., André, J.-C., Ekstedt, E., Huuhtanen, P., Kuhn, K., Peirens, K., Op de Beeck, R., Brown, R. (2002). New forms of contractual relationships and the implications for occupational safety and health. Research report of the European Agency for Safety and Health at Work, Bilbao. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 61 p.

- Kuorinka I., Forcier L. (1987). Work related musculoskeletal disorders (WMSDs) : A reference book for prevention, Taylor & Francis, 421 p.
- Institut de la statistique du Québec, Conditions de vie, Données sociales du Québec, édition 2005, 226 pages.
- Lamonde F. (2000). L'intervention ergonomique : Un regard sur la pratique professionnelle. Octares. 143 p.
- Lippel, K. (2001). Face aux conséquences de la flexibilisation de l'emploi : les solutions juridiques et leurs limites. In Bernier, J., R. Blouin, G. Laflamme, F. Morin et P. Verge (Eds.) L'incessante évolution des formes d'emploi et la redoutable stagnation des lois du travail. Presses de l'Université Laval, Sainte-Foy, pp.45-53
- Malenfant, R., Larue, Mercier, L., Vezina, M. (1999). Travailler, un peu, beaucoup, passionnément, pas du tout. Intermittence en emploi, rapport au travail et santé mentale. Centre de santé publique de Québec, Équipe de recherche sur les impacts organisationnels, psychologiques et sociaux du travail (RIPOST); CLSC Haute-Ville-Des-Rivières. Rapport de recherche.
- Marchand A, Demers A, Durand P, Simard M. Occupational variations in drinking and psychological distress: A multilevel analysis. *Work* 2003; 21,2:153-163.
- Maruani M., Reynaud E. (1993) *Sociologie de l'emploi*. Paris : La Découverte
- Maslach C, Jackson S. E. (1986) *Maslach Burnout Inventory. Manual*. 2e edition. Palo Alto: Consulting Psychologists Press Inc.
- Michon F., Germe J.-F. (1979). *Stratégies des entreprises et formes particulières d'emploi*, Rapport pour le Commissariat général du Plan, Paris : SET, Université de Paris I.
- Montreuil, S., Lippel, K. (2003). Telework and occupational health : a Quebec empirical study and regularity implications. *Safety Science*, 41:339-358.
- 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
- Marshall, K. (2000). Travailler à temps partiel par choix, L'emploi et le revenu en perspective, Statistique Canada, No 75-001-XIF au Catalogue, novembre 2000, pp 6-7.
- Mayhew, C., Quinlan, M., Ferris, R. (1997). The effects of subcontracting/outsourcing on occupational health and safety : Survey evidence from four Australian industries. *Safety Science*, 25(1-3):163-178.

- Merllié, P., Paoli, P. (2001). Dix ans de conditions de travail dans l'Union européenne. Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin. Rapport no EF-00-128-FR
- Ministère de la santé et des services sociaux (2005). L'invalidité pour cause de troubles mentaux chez le personnel du réseau de la santé et des services sociaux. Gouvernement du Québec, 48 p.
- Pueyo V. (1998). Construction et évolution des compétences : l'exemple des autocontrôleurs dans la sidérurgie, Actes du 33e congrès de la SELF – temps et travail, 583-590.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) (2003). Annonces classées : Recrutement. L'Infirmière du Québec, Mars/Avril 2003, 10(4) :56-60.
- Quinlan, M., Mayhew, C., Bohle, P. (2001). The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: a review of recent research. *International Journal of Health Services*, 31(2):335-414.
- Quinlan, M., Mayhew, C. (1999). Precarious Employment and Worker's Compensation. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22:491-520.
- Rebitzer, J.B. (1998). Job safety and contract workers in the petrochemical industry. In Barker, K. and K. Christensen (Eds). *Contingent Work: American Employment Relations in transition*. Ithaca, NY, Cornell University Press, pp. 263-280.
- Rosa RR, Colligan MJ. Plain Language about Shiftwork, U.S. Department of Health and Human Services, National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati, DHHS (NIOSH) Publication no. 97-145, July 1997, 38 p.
- 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).
- Statistique Canada, Division de l'analyse des enquêtes des ménages et du travail (1998). Les horaires et conditions de travail des années 90. Ministère de l'Industrie du Canada, Ottawa. Catalogue no 71-535-MPB97008
- Teiger, C., (1987). L'organisation temporelle des activités, in C. Lévy-Leboyer et J.C. Spérandio (dir), *Traité de psychologie du travail*, Paris, Presses universitaires de France, 659-682.
- Thébaud-Mony, A. (2001). Contrats de travail atypiques, sous-traitance, flexibilité, santé. Rapport d'introduction à la conférence BTS-SAL TSA «Le travail sans limites? Réorganiser le travail et repenser la santé des travailleurs». Bulletin d'information du BTS, 15-16: 17-24. <http://www.etuc.org/tutb/fr/Saltsa/thebaud-fr.pdf>
- Tremblay, D.-G. (2003, à paraître). Nouvelles carrières nomades et défis du marché du travail : une étude dans le secteur du multimédia. *Revue de carriérolgie*. Vol. 9 no 2, Québec : PUQ.

U.S. Department Of Labor, Bureau of Labor Statistics (1999) Occupational Injuries and Illnesses: Counts, Rates and Characteristics, 1997. Bulletin 2518, Washington.

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.

Yin R. K. (1994). *Case study research. Design and methods*. Los Angeles: Sage Publications.

Zarubavel, E., (1979) *Patterns or Time in Hospital Life*. Chicago, Chicago University Press.

ANNEXES

ANNEXE 2.1 : GRILLE D'ENTREVUE AVEC LES DIRECTRICES DES AGENCES PRIVÉES DE SOINS INFIRMIERS (APSI)

1. La personne rencontrée et son parcours professionnel
 - Description de son parcours professionnel (emploi, nombre d'années d'expérience, pratique de son métier dans des établissements du réseau, etc.)
 - Pourquoi a-t-elle créé une agence, comment, avec qui, quand, etc.
 - Orientation de l'agence, valeurs, choix qui ont été faits dans l'organisation de son agence, etc.
2. Organisation du travail de l'agence
 - Décrire votre clientèle en termes de nombre, caractéristiques, type de main-d'œuvre nécessaire, évolution au cours des dernières années (âge, lourdeur, etc.), etc.
 - Décrire les services offerts
 - Comment est organisé votre agence : organigramme, partage du travail, niveau de responsabilité, etc.
 - Les horaires de travail
 - Assurance salaire
 - Comment se partage vos responsabilités et celles de votre client à l'égard des patients En vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux
3. Caractéristiques de sa main-d'œuvre
 - type d'emploi, nombre, statut, âge, ancienneté, etc. : Comment caractériseriez-vous votre personnel ? S'agit-il d'une main d'œuvre vieillissante, avec beaucoup d'ancienneté et d'expérience ? Quel est l'âge et l'ancienneté moyen ? La répartition selon le statut ?
 - Pour les infirmières, est-ce difficile d'en trouver avec la pénurie actuelle, quel est le profil des infirmières qui décident de venir travailler en agences
 - Pour les autres emplois disposez-vous d'effectifs suffisants
4. La politique de l'agence
 - Quand vous signer un contrat de service avec un client quels sont les rôles et responsabilités respectives de part et d'autre (soins, SST, etc.) ? S'il y avait une plainte d'un usager par exemple comment cela se passerait-il ?
 - Quels sont vos critères d'acceptation d'une demande ? Quels sont les types de demandes les plus fréquentes (ex. : remplacement ½ journée, une journée) ?
 - Quels critères utilisez-vous pour décider du temps et des types de soins qui sont alloués à chaque cas que vous acceptez. Y a-t-il un barème déjà établi ?
 - Quels sont les exigences que vous manifestez vis-à-vis de vos clients (par exemple pour les soins à domicile 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) ?
 - en quoi votre agence est-elle différente des autres de la région ?
5. Organisation prescrite
 - 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 ?
 - Quelles sont les principaux moyens que vous utilisez pour transmettre l'information entre les différentes infirmières de votre agence qui vont chez un même client ?

- Est-ce que les infirmières de votre agence sont soumises aux mêmes exigences sur la tenue des dossiers ? Si oui, comment cela se passe-t-il ?
- Doivent-elles compléter des statistiques chez le client et pour l'agence ?
- Quels types de relations existent-ils entre vos infirmières et les autres infirmières chez vos clients ? Avec les autres professionnelles de la santé ?
- sont-elles impliquées dans les équipes multidisciplinaires chez vos clients ? Assistent-elles aux différentes réunions qui ont lieu dans le service où elles sont impliquées ?
- L'entraînement et les formations offertes au personnel s'il y a lieu : formation technique mais aussi formation quand elles arrivent chez un nouveau client
- Temps supplémentaire : politique à l'agence et avec votre client

6. Volet santé et sécurité du travail et absentéisme

- Comment est organisée la gestion de la SST dans votre entreprise ? Quand il y a un accident du travail ou un problème de santé ou de sécurité au travail, que faites-vous ? Qui est responsable de s'occuper de la réclamation, votre client ou vous ? Qui s'occupe de la prévention ?
- Quel est le portrait de SST dans votre entreprise (accident et absence sur assurance salaire) selon les groupes professionnels.
- Quels sont les risques dans le travail du personnel de soins infirmiers ? Existe-t-il des différences selon les divers types de clientèle ?

7. Répercussions de la réforme (virage, coupure, fusions)

- Quels effets les différents changements dans le réseau au cours des dernières années (virage ambulatoire, coupures budgétaires, fusions d'établissements) ont-ils eu sur votre entreprise ?
- l'avenir de votre agence
- Ces changements ont-ils entraînés des risques nouveaux à la santé et à la sécurité pour votre personnel ?

ANNEXE 2.2 : GRILLES D'ENTREVUE DES PERSONNES RESPONSABLES DE LA CONFECTION DES HORAIRES (RÉPARTITEUR)

- 1) Quel est votre rôle, quelles sont vos responsabilités et vos tâches? Quelle est votre horaire de travail ?
 - 2) Quelle est votre formation?
 - 3) Quelle est votre expérience comme répartiteur (trice) *i.e depuis combien de temps êtes-vous responsable de la confection des horaires? Avez-vous déjà occupé un autre poste ici, à l'agence?*
 - 4) Pour combien d'infirmières faites-vous l'horaire?
 - 5) Comment vous y prenez-vous pour planifier l'horaire des infirmières? *Le faites-vous sur une base journalière, hebdomadaire ou mensuelle?*
 - 6) De quelle façon recevez-vous les demandes de services ? *(ex : téléphones, fax, courriels) Quelles informations retrouvez-vous généralement sur la demande (si fax ou courriel)? Sont-elles complètes?*
 - 7) Quelles sont les informations dont vous avez besoin pour traiter une demande de service et l'assigner à une infirmière?
 - 8) Obtenez-vous des informations sur le type de travail à faire, sur des particularités ou des exigences particulières *(en termes de formation ou de compétences)?*
(note : poser d'abord la question « au sens large » sans orienter la réponse).
 - 9) Comment faites-vous les horaires? Décrivez, expliquez, les différentes étapes de votre travail.
 - Modifications au jour le jour dans la semaine courante :
 - Critères retenus pour faire la planification des horaires :
 - 10) Lorsque vous faites l'horaire des infirmières, quelles sont les informations que vous y notez ? *(Y a-t-il des informations seulement sur l'établissement ou y en a-t-il aussi sur les clients et usagers dans le cas des SAD ?)*
 - 11) Comment transmettez-vous leur horaire aux infirmières ? Et combien de temps à l'avance? Cela varie-t-il? Si oui, en fonction de quoi?
 - 12) Quelles sont les difficultés dans votre travail?
 - 13) Exemple de confection d'horaire pour les infirmières au moment où l'entrevue a commencé.
- Et, s'ils utilisent un logiciel :
- 14) Depuis quand travaillez-vous avec un logiciel?
 - 15) Avez-vous connu une autre forme de logiciel avant?
 - 16) Comment le logiciel a-t-il été choisi et implanté (bref historique)?

- 17) D'après vous, le logiciel est-il adapté aux particularités de l'O.T. de l'agence? Si non, a-t-il subi des modifications ad hoc?
- 18) Les infirmières consultent-elles le logiciel directement?
- 19) Quels sont les avantages et les inconvénients de travailler avec un logiciel?
- 20) Documents produits via le logiciel :

Accepteriez-vous, éventuellement, d'être observé pendant votre travail afin de nous permettre de comprendre les différentes étapes de la planification des horaires des infirmières?

ANNEXE 2.3 : QUESTIONNAIRE

Objectif :

Ce questionnaire vise à faire le portrait des problèmes musculo-squelettiques et de l'état de santé psychologique des infirmières d'agence privée de soins infirmiers. 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
Esther Cloutier, chercheure, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail
Téléphone : (514) 288-1551, poste 256

Ne rien inscrire. Code de l'agence : c
--

1. Informations générales

Tout d'abord, nous nous intéressons à vos conditions de travail actuelles :

1.1 Depuis combien d'années travaillez-vous à titre d'infirmière dans cette agence? :

1.2 Quel est votre sexe? :

1. Féminin
2. Masculin

1.3 Quel est votre âge? : _____ ans

1.4 Quel(s) diplôme(s) détenez-vous? : _____

1.5 Quelle(s) disponibilité(s) offrez-vous à votre employeur? :

- jour
- soir
- nuit
- fin de semaine

1.6 En moyenne:

1. Nombre de jours travaillés par semaine : _____ jours / semaine.
2. Nombre d'heures travaillées par jour : _____ heures / jour.
3. Quart(s) de travail : jour soir nuit fin de semaine

1.7 Au cours de la dernière semaine :

1. Nombre de jours travaillés par semaine : _____ jours / semaine.
2. Nombre d'heures travaillées par jour : _____ heures / jour.
3. Quart(s) de travail : jour soir nuit fin de semaine

1.8 Après de quelle(s) clientèle(s) de l'agence offrez-vous vos services?

(vous pouvez cocher plus d'une réponse).

- CH – services : _____ CLSC : Info-santé
- CHSLD CLSC : Enfance / famille
- CLSC – SAD (soutien à domicile) CLSC : Santé sexuelle
- CLSC : clinique sans-rendez / ambulatoire / soins courants
- CLSC : clinique de vaccination
- autre(s) service(s) : _____

Nous nous intéressons également au parcours professionnel des infirmières des agences privées :

1.9 Combien d'années avez-vous travaillé comme infirmière dans d'autres établissements? _____

1.10 Comme infirmière, avez-vous occupé d'autres emplois ailleurs qu'à l'agence? Si oui, à quels endroits :

Établissement / service :

Nombre d'années :

1.11 Avez-vous déjà occupé d'autres emplois que celui d'infirmière ? Si oui, précisez lesquels ainsi que le nombre d'années?

Emplois	Nombre d'années

1.12 Vous êtes ? : Gaucher

Droitier

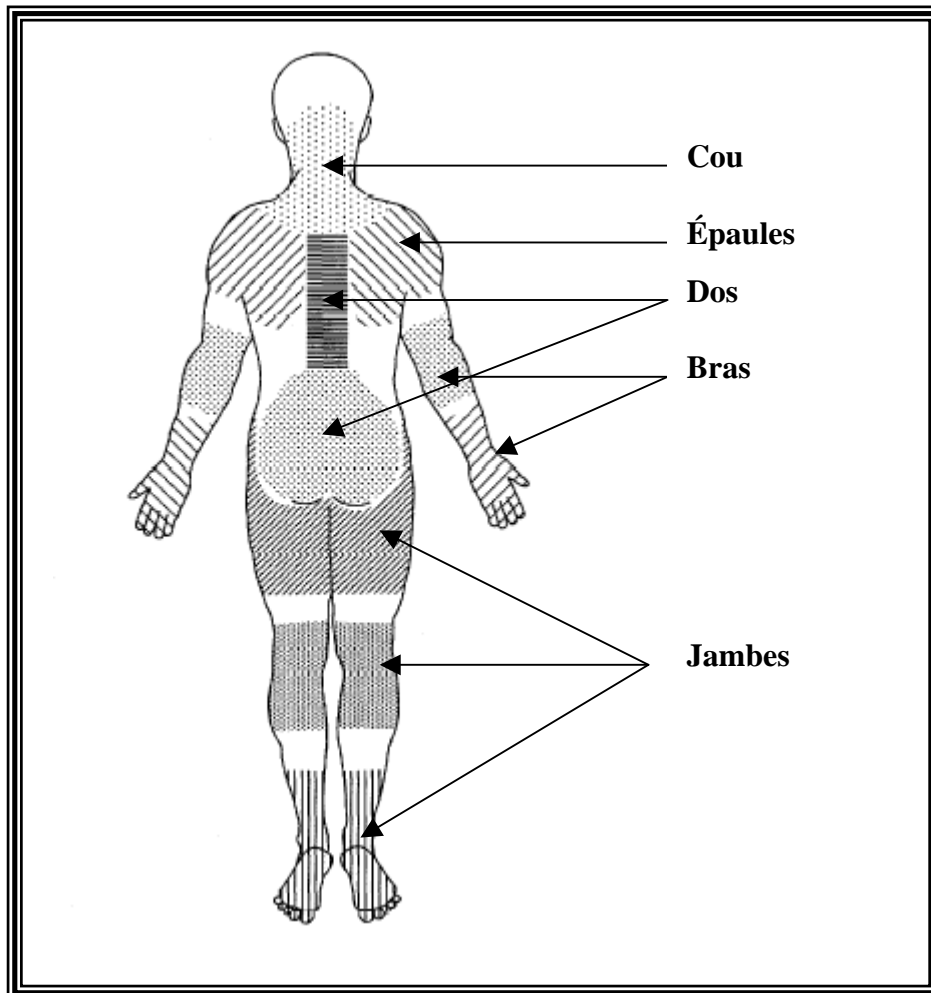
Ambidextre

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.

Répondre par tous		Répondre PAR CELLES QUI ONT RÉPONDU "OUI" à l'une ou plusieurs des questions de la colonne 2.1 ci-contre					
Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, des problèmes (courbature, douleur, gêne) au niveau de :		Avez-vous ressenti ce problème à un moment donné au cours des 7 derniers jours ?		En raison de ce problème vous avez été contraint de réduire vos activités habituelles (au travail ou à la maison) ?		C'est à quel point ce problème est :	
						1. peu important 2. assez important 3. très important	
Épaule							
Oui	Non	Non	Non	Non	2.	3.	
π	π	π	π	π	π	π	
OUI, épaule droite							
OUI, épaule gauche							
OUI, les deux épaules		Non		Non		2. π 3. π	
NON		π		π			
OUI, bras droit							
OUI, bras gauche							
OUI, les deux bras		Non		Non		2. π 3. π	
NON		π		π			
OUI, haut du dos							
OUI, bas du dos							
OUI, en haut et en bas		Non		Non		2. π 3. π	
NON		π		π			
OUI, jambe droite							
OUI, jambe gauche							
OUI, les deux jambes		Non		Non		2. π 3. π	
NON		π		π			

compléter PAR CELLES QUI ONT RÉPONDU "OUI" à l'une ou plusieurs des questions de la colonne 2.1	compléter PAR CELLES QUI ONT RÉPONDU "OUI" à la question de la colonne 2.5 ci-contre	compléter PAR CELLES QUI ONT RÉPONDU "une tâche particulière" à la question de la colonne 2.6
<p>ous, ces symptômes ressentis aux différentes parties du corps sont-ils dus à votre travail ?</p>	<p>a question 2.5 correspondante, est-ce que ces symptômes sont dus à :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'ensemble de votre travail 2. une tâche particulière 	<p>ouvez associer vos symptômes à une tâche particulière, de quelle tâche s'agit-il ?</p>
unique		
Non π	2. π	<hr/> <hr/> <hr/>
Non π	2. π	<hr/> <hr/> <hr/>
Non π	2. π	<hr/> <hr/> <hr/>
Non π	2. π	<hr/> <hr/> <hr/>
Non π	2. π	<hr/> <hr/> <hr/>

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)

mais 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 2.4 : GRILLE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE AUPRÈS DES INFIRMIÈRES D'APSI

1) Parcours professionnel.

- 1.1 Quelles sont vos études?
- 1.2 Avez-vous exercé d'autres types d'emploi? Si oui, lesquels et combien de temps?
- 1.3 Avez-vous déjà exercé dans d'autres établissements de santé à titre d'infirmière? Si oui, à dans quel type d'établissements et combien de temps?
- 1.4 Depuis combien de temps travaillez-vous dans une APSI? (et dans celle-ci en particulier?)
- 1.5 Pourquoi avez-vous fait le choix de travail en agence?
- 1.6 Quels sont les avantages et inconvénients du travail en agence, pour vous?

2) Formation

- 2.1 Selon vous, quelle est formation nécessaire pour travailler en agence?
- 2.2 Au moment de votre embauche ici, avez-vous reçu de la formation? Si oui, de quelle nature (ex : séance formelle, jumelage, orientation, etc.) et sur quels aspects du travail?
- 2.3 Recevez-vous de la formation régulièrement? Si oui, sur quoi ?
- 2.4 Estimez-vous que vous avez la possibilité de recevoir de la formation au besoin, par exemple sur une nouvelle technique ou protocole de soins, etc.? Si oui, qui vous la prodigue?
- 2.5 Selon vous, quelles sont les qualités personnelles nécessaires pour travailler en APSI?

3) Les établissements (clients de l'APSI).

- 3.1 Donnez-nous les principales caractéristiques des établissements et / ou des programmes pour lesquels vous travaillez? Quelles sont les caractéristiques de ces clientèles (i.e. des usagers qui y sont desservis)?
- 3.2 Pourquoi préférez-vous travailler avec ce type de clientèles?
- 3.3 Quelles sont vos relations avec le personnel des établissements ?
- 3.4 Quelles sont vos relations avec les chefs de programme?
- 3.5 Avez-vous déjà éprouvé des difficultés dans certains milieux? Si oui, donnez des exemples.

4) Éléments du contenu significatif du travail.

- 4.1 Qu'est-ce que vous trouvez le plus important dans votre travail?
- 4.2 Qu'est-ce que vous aimez le plus dans votre travail?
- 4.3 Trouvez-vous que votre travail est important et qu'il est reconnu au sein de (s) établissement(s)? Au sein de l'agence?
- 4.4 Par exemple, si vous travaillez parfois (ou régulièrement) au sein d'une équipe d'infirmières ou d'autres professionnels, avez-vous l'impression que vos trucs, vos savoir-faire et votre expérience comptent à leurs yeux?

5) Le climat de travail :

- 5.1 Le climat de travail avec le personnel des établissements est-il bon?
- 5.2 Avec les gestionnaires de(s) l'établissement(s)?
- 5.3 Avec les autres professionnels de(s) l'établissement(s)?
- 5.4 Avec les gestionnaires de l'agence?
- 5.5 Avec vos collègues de l'agence? Avez-vous la possibilité d'échanger avec eux?
À quel moment? Sur quels sujets portent surtout vos échanges?

6) Les difficultés et les stratégies.

- 6.1 Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile dans votre travail ? (Par ex : l'horaire, la charge de travail, la collaboration du personnel ou de la hiérarchie, etc.)
- 6.2 Comment vous y prenez-vous pour faire face à ces difficultés? Avez-vous des pratiques ou des trucs particuliers? Lesquels?

Transmission de l'information :

- 6.3 En pratique, quand vous arrivez dans un nouveau milieu, est-ce que vous avez une période d'orientation ou d'accompagnement offerte par l'établissement?
- 6.4 Comment s'organisent les échanges d'informations entre vous et les autres professionnels? Entre vous et la gestionnaire du service? En pratique ça fonctionne bien ou non? Si non vous vous arrangez comment? S'il y a une urgence vous faite quoi?
- 6.5 Si vous travaillez en SAD, comment et à quelle(s) personne(s), transmettez-vous des informations que vous jugez pertinentes à votre retour au CLSC?

7) Écarts entre prescrit et réel.

- 7.1 Considérez-vous que les attentes envers le personnel d'agence sont les mêmes que vis-à-vis le personnel du CLSC (ou de l'établissement)?
- 7.2 Que faites-vous lorsqu'il y a des incidents (à domicile ou dans le service)? Qui peut vous aider ? À qui les rapportez-vous?

8) La SST et les risques. (Demeurer général et compléter en observation)

Parcours de santé :

- 8.1 Avez-vous déjà eu des lésions professionnelles ou des absences (assurance-salaire) que vous reliez à votre travail? Lesquelles? Il y a combien de temps? Dans quel contexte?

État de santé actuel :

- 8.2 Actuellement, présentez-vous des problèmes de santé que vous reliez à votre travail? (*ex : insomnie, troubles d'estomac, etc.*).
- 8.3 Ressentez-vous des douleurs pendant votre journée de travail ou même après? À quoi les associez-vous? (*gestes ou activités particulières, horaire ou charge de travail, etc.*)
- 8.4 Y a-t-il un service ou un programme où vous jugez le travail difficile, physiquement ou psychologiquement? Seriez-vous capable de travailler à temps plein dans ce programme ou service?

- 8.5 Lorsque vous ne vous sentez pas bien, que faites-vous? Est-ce que le fait d'avoir un horaire à temps partiel (s'il y a lieu) vous aide?

Les risques :

- 8.6 Les accidents de travail sont-ils fréquents, quelles sont les circonstances qui mènent le plus à des accidents?
- 8.7 Avez-vous déjà été témoin ou subi des événements violents? Que s'est-il passé? Quelles sont les règles que vous devez suivre dans ces cas-là?
- 8.8 Avez-vous développé des façons de faire particulières pour vous protéger des risques que vous rencontrez dans votre métier?
- 8.9 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?
- 8.10 Comment ça se passe en ce qui concerne les équipements / le matériel à domicile? Y a-t-il des politiques du CLSC à ce sujet? Sont-elles appliquées et utiles?

La gestion de la SST en APSI :

- 8.11 Considérez-vous qu'il y a « autant » de risques en agence VS votre dernier emploi (i.e. dans les établissements publics)?
- 8.12 Considérez-vous que la nature des risques est différente, si oui, en quoi?
- 8.13 Quelle est votre perception de la gestion de la SST par l'agence qui vous emploie?
- 8.14 Selon vous, qu'est-ce qu'on doit faire pour améliorer la SST dans votre travail?

- 9) En guise de conclusion (si le temps le permet).

- 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 ?

Les blocs suivants pourront être abordés si le temps disponible le permet. Sinon ils seront complétés lors des observations.

- 10) Horaire :

- 10.1 Donnez-nous un exemple de déroulement d'une journée type de travail? (Par exemple votre dernière journée)
- 10.2 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?
- 10.3 Quels sont, en gros, vos horaires de travail? (Par exemple au cours du dernier mois)

- 11) La préservation de soi :

- 11.1 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?

- 11.2 Comment vous organisez-vous pour concilier le travail et votre vie privée? Y a-t-il des conflits? Si oui, lesquels et comment faites-vous pour les résoudre?
 - 11.3 Avez-vous une stratégie pour augmenter la stabilité des milieux de pratique car il serait trop coûteux d'en changer fréquemment?⁶¹
 - 11.4 Que faites-vous pour ventiler pendant ou après une journée de travail plus difficile?
- 12) Horaire au SAD
- 12.1 Quand vous faites du SAD, est-ce que vous devez de respecter l'ordre des clients ou vous pouvez réorganiser votre route pour vous faciliter le travail? Arrive-t-il que cela vous prenne plus de temps que le temps « prescrit » pour compléter le travail de la journée? Comment cela se passe-t-il alors?

À la fin de l'entrevue, demander à l'infirmière si elle accepte de nous remettre ses horaires de travail des 6 derniers mois.

⁶¹ Y venir si ce n'est pas abordé de façon spontanée au cours de l'entrevue.

ANNEXE 2.5 : GRILLE D'OBSERVATION APSI

Fiche 1. La travailleuse

Code : _____

Date de la journée d'observation : __ / __ /04

Nom : _____ Sexe : F H

Âge : ___ ans

Horaire de la semaine « observée » : _____

Taille : _____ m _____ cm ou _____ pieds _____ pouces

Main dominante : _____

Formation : Depuis que vous travaillez à l'agence, quelle sont les formations que vous avez reçues? (et qui influencent vos façons de travailler de façon sécuritaire, par ex. prévention de la violence).

_____ Date : _____

Quelle est la dernière fois où vous avez choisi délibérément de vous reposer / « retirer » du travail plutôt que d'offrir votre disponibilité ?

Date : __ / __ / __ Durée absence : _____ jours

Raison : _____

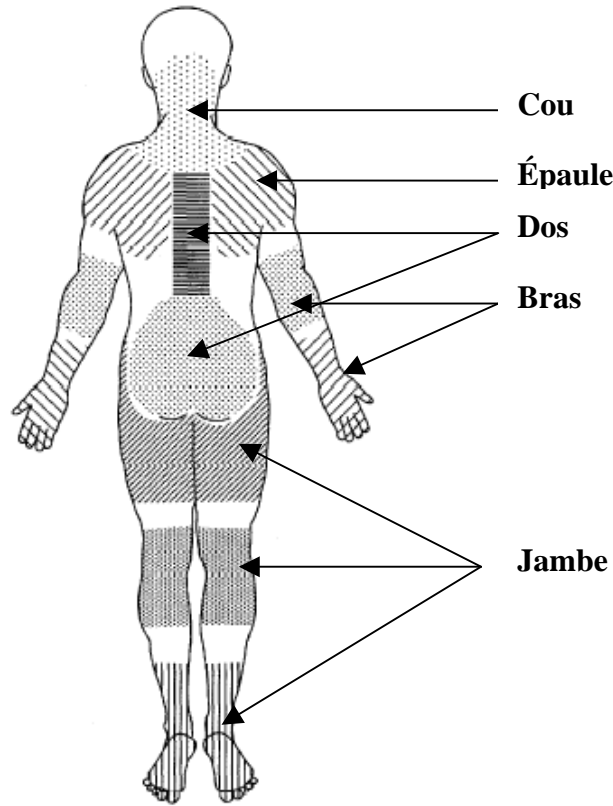
Équipements particuliers / INVENTAIRE DE CE QU'ELLE TRANSPORTE

(ex : boîte pour aiguilles souillées, tablier, genouillères, trousse de matériel, etc.)

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. _____

Fiche 2. Portrait de la journée d'observation (dans un SAD).

Date de la journée d'observation : ___/___/04

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 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					_____ _____ _____
1 ^{er} soin Nom : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					_____ _____ _____
2 ^{ème} trajet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					_____ _____ _____
2 ^{ème} soin Nom : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					_____ _____ _____
3 ^{ème} trajet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					_____ _____ _____
3 ^{ème} soin Nom : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					_____ _____ _____

Fiche 2. **Portrait de la journée d'observation : tous types de journées, autres que dans un SAD.**Date de la journée d'observation : __/__/04 = À compléter avant le début de la journée : étudier les incidents, les retards et temps suppl.

Plages de travail	Temps prévu	Heure début	Heure fin	Durée	Temps de pause et repas	Commentaires sur l'orientation dans le service, s'il y a lieu et sur l'accueil par le milieu.
Accueil / orientation.						_____ _____
Travail dans le service en am. Piste :						_____ _____ _____
Pause :						_____ _____
Travail en am : Piste :						_____ _____ _____
Repas :						_____ _____ _____
Travail en pm : Piste :						_____ _____ _____
Pause						_____ _____
Travail en pm : Piste						_____ _____ _____

Fiche 3. Patient et réseau (observation dans un SAD).

Date de la journée d'observation : ____ / ____ / 04

Avant la visite

Nom : _____ Sexe : F H

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

Origine culturelle : _____

Avez-vous déjà dispensé des soins à cette personne? Oui ① Non ③

Si oui, **combien de visites** lui avez-vous déjà effectuées, approximativement? _____

La personne vit seule : Oui ① Non, ③ 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

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

En pm, lors de l'observation du travail en CLSC, prise de notes par l'observateur des éléments suivants :

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

Plan de soin disponible pour l'infirmière de l'agence : oui non

Types d'outils de collecte de données ou de suivi (ex : SSC, formulaire-maison, protocole de soins, autres): _____

À la fin de la journée, lors de l'auto-confrontation, documenter la transmission de l'information dans le service :

« En général, pour l'ensemble des patients, quelle est la nature des informations transmises? »

➤ Cocher:

- 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 : _____

Considérez-vous que vous aviez toutes les informations requises pour réaliser les soins de la journée de façon « efficace » (par ex : sans recherche ou questionnement de votre part?)

Oui Non Sinon, précisez ce que vous auriez aimé savoir :

Fiche 4. Équipement et matériel

Date de la journée d'observation : ___/___/04 Nom : _____

Inventaire des **équipements** et du **matériel spécialisés** à domicile :

Lit d'hôpital manuel : ⑧ État : _____

Lit d'hôpital électrique : ⑤ État : _____

Table sur roulette : ⑥ État : _____

Fauteuil roulant : ⑩ État : _____

Marchette : ① État : _____

Chaise d'aisance : ③ État : _____

Planche pour transfert : ∞ État : _____

Banc de travail : ② État : _____

Barre d'appui : □ État : _____

Autres : _____ État : _____

_____ État : _____

_____ État : _____

_____ État : _____

D'autres équipements qui selon l'intervenantes seraient utiles :

Fiche 7. Déroulement des activités lors du travail en établissement (SAD ou autre service ou département).

de la pièce où sont exécutées les tâches principales :

Journée d'observation : _____ Code de la travailleuse Page 1 de _____

Caractéristiques de l'établissement :

Équipements et matériaux utilisés mis à la disposition de l'infirmière:

Croquis

Heure	Activité – Résumé des échanges s'il y a lieu.	Incidents type-durée	Interactions (avec qui)	Interruptions (par qui, à quel sujet et durée)	Pour quel patient

ANNEXE 2.6 : CRITÈRES DE CODIFICATION DES VARIABLES DES GRILLES D'OBSERVATION (projet APSI)

Une première série de variables concernent le travail de l'infirmière : elles portent sur les **activités et les interactions verbales** (réf : types d'infos). Ces variables doivent toujours avoir un état connu. Pour les situations qui ne recoupent pas de codes connus on attribue le code "autres" en précisant lequel avec le "Note Pad" du logiciel.

A- Les variables activité :

- Activité « 1 » : à coder
- Activité « 2 » à coder quand il y a la réalisation d'activités de façon concomitante. (Il s'agit de la même liste d'activités qui est doublée).

Pour les activités liées à la transmission d'informations il faut coder les variables correspondantes. Par exemple :

Activités	Types d'infos	Sources d'info	Nature infos
	<ul style="list-style-type: none"> • Donner info • Prendre info Seulement pour les activités qui impliquent des interactions verbales	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier pt • Outils adm. • Tableau • Usager • Autre inf. • Commis, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sur le pt • Spatio-instr. • Ressources • Prise en charge • recherche • Autre nature
Échanges (pt ou collègues)	A compléter	A compléter Note : si T donne de l'info, source n'a pas à être toujours précisée (souvent elle-même, ses connaissances)	A compléter
Faire / recevoir téléphone	A compléter	A compléter	A compléter
Recherche d'infos (objectives i.e. source papier ou informatisée : pas d'interaction verbale)	Ne pas compléter (clair que la travailleuse prend de l'info) : noter NA.	A compléter	A compléter

NOTE 1 : Dans la variable « nature infos » les éléments suivants ont été ajoutés :

- a) *recherche* : pour distinguer les autres échanges d'infos de ceux portant sur le projet en cours (ex : explications données aux usagers par les infirmières, qu ont nécessité du temps par exemple comme Dumchr, qui a dû demander une autorisation écrite).
- b) *Prise en charge* : il s'agit ici de « procédures » ou directives de soins ou de suivi qui sont généralement donnés à l'utilisateur. Une catégorie distincte a été faite car touche autant au « patient » qu'à la sphère « spatio-instrumentale ».
- c) **Rappel** : les protocoles + procédures de soin ont été ajoutées dans l'élément appelé « spatio-instrumental » (donc au sens large): réfère à l'environnement physique et organisationnel du milieu de travail (voir définition).

NOTE 2 : la variable « activité » est doublée ainsi que les variables « sources d'info » et « nature infos » afin d'apporter des précisions sur l'activité concomitante (activité 2) si elle est liée à la communication.

Exemples de codage proposé en fonction des observations réalisées :

1) ROYMIR à Info-santé : réalisation d'activités concomitantes liées à la communication.

Activités réalisées	Types infos	Sources	Nature
Act 1 : échanges pt	Prend	patient	Sur le pt
Act 2 : rech. infos	NA	Outils adm. (protocole / BDD)	ressources

Par exemple, ROYMIR demande à l'appelant son code postal pour lui indiquer, à l'aide d'une recherche dans une base de données, la clinique médicale la plus près de chez lui qui fait des radiologies.

DUMCHR aux services courants : réalisation d'activités concomitantes mais qui ne sont pas toutes les deux liées à des échanges:

Activités réalisées	Types infos	Sources	Nature
Act 1 : échanges pt	Prend	patient	Sur le pt
Act 2 : note dossier	NA	NA	NA

Ceci signifie que pendant que DUMCHR posait des questions à l'utilisateur, elle prenait simultanément en notes les réponses dans le dossier.

B- Le codage des autres variables

↳ Clients :

Indiquer l'ordre du client (ou de l'appel) qui est traité par l'infirmière depuis le début de sa journée. Quand un client n'était pas prévu dans un ordre préétabli (ex : route au SAD, clinique avec rendez-vous des services courants ou de la vaccination), l'identifier comme « autre client 1, 2, 3, ... ».

- ⇒ On code le « client » lorsque l'infirmière réalise une activité en lien avec ce dernier et ce, même en son absence (réf : comme pour le protocole « pm » de MAD).
- ⇒ Par ex : DUMCHR n'avait pas le #dossier d'une cliente pour saisir les statistiques dans sic+, après son intervention : elle a saisi les stats plus tard, entre deux rendez-vous, lorsque l'archiviste lui a fourni l'information (réf : ouverture nouveau dossier). Ainsi, le temps consacré au stat sera attribué à cette cliente.
- ⇒ Noter « NA » si l'activité réalisée n'est en lien avec aucun usager (par exemple, l'infirmière échange avec une collègue sur des procédures générales : client = NA).

↳ Lieu

Il s'agit de la pièce ou du lieu (ex : route, domicile) où se situe la travailleuse à ce moment-là : il y a toujours un lieu.

↳ Interruption

Coder une interruption dès son avènement : noter, si possible, à l'aide du « note pad » **la raison** de l'interruption et pas seulement sa nature. Noter NA en l'absence d'interruption.

↳ Incidents :

Coder un incident dès son avènement : relater l'événement avec des détails à l'aide du « note pad » : servira à une analyse plus qualitative.

Recoder « NA » quand l'incident est clos ou lorsque l'infirmière reprend son activité :

- ⇒ si un usager ne s'est pas présenté à son rendez-vous et qu'un incident « usager absent » est identifié, ne pas continuer de coder cet incident lorsqu'elle reprend des activités en lien avec un autre usager sinon, on ne pourrait pas coder un autre incident, s'il survenait pendant ce temps.
- ⇒ Par contre, maintenir la durée de l'incident tout le temps que l'infirmière exécute des activités (ex : téléphone, info à supérieure sur les procédures) en lien avec cette absence.
- ⇒ Noter NA en l'absence d'incident.

↳ Soin / traitement = soin / service :

Noter le type de soin / traitement réalisé par l'infirmière : plus d'un soin peut être effectué au cours d'une même consultation, les coder au moment de leur réalisation. Coder NA quand l'infirmière ne réalise pas un soin proprement dit (ex : note dossier = soin NA).

Voir les définitions des soins/ traitements : pas seulement liés à un soin physique, aussi coder en fonction d'une vision de « **service** », par exemple :

- ⇒ une infirmière d'info-santé : le « soin » i.e. le service rendu à l'appelant peut correspondre à : des conseils (sur la prise en charge de son problème) mais aussi à une référence claire (i.e. infirmière lui a indiqué une ressource précise ou se rendre).
- ⇒ une infirmière d'enfance / famille a fait de l'enseignement (avec démonstration, la plupart du temps) sur des activités de soin (ex : allaitement, omphalite, etc).
- ⇒ une infirmière des services courants peut avoir fait : signes vitaux + retrait matériel (ex : points de suture) + pansement (autre site que les points) + référence (recherche pour donner coordonnées cliniques médicales avec Rx) auprès du même usager.

↳ Stratégies

Les stratégies ont été regroupées en quatre catégories :

- 1- POSTURALES : DIFFÉRENTES STRATÉGIES D'APPUI ET D'ABAISSEMENT VISANT LA RÉDUCTION DES CONTRAINTES POUR LE DOS ET LES M. INFÉRIEURS.
- 2- PROCÉDURALES : STRATÉGIES VISANT MEILLEUR CONTRÔLE SUR L'ACTIVITÉ ET/ OU L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL (MAÎTRISE – PRÉVENTION DES INCIDENTS). PAR EXEMPLE: ajuster équipements; prendre info avant le soin (planification), le simplifier ou en modifier les étapes.
- 3- RELATIONNELLES:STRATÉGIES VERBALES FAVORISANT UN CLIMAT PROPICE AU SOIN ET À L'ÉTABLISSEMENT D'UNE RELATION DE CONFIANCE PAR EXEMPLE: recours à l'empathie, à l'histoire de vie ou à des expériences de soins antérieures, à des compliments; dire ses limites, etc.

4- INFORMATIVE : STRATÉGIES VISANT À REDUIRE CHARGE COGNITIVE. Exemples: mémos ou notes régulières; compléter un cycle avec un usager; valider des infos auprès de la supérieure ou des collègues ou en reprenant les signes vitaux, etc.

Note : les stratégies procédurales peuvent aussi viser à gagner du temps (pas seulement « contrôle » sur l'environnement), de même que les stratégies informatives (ex : s'informer à un membre du personnel du CLSC p/r localisation d'un équipement vs le chercher).

Pour faciliter le codage, voici des **exemples** :

- Roymir qui dit à un appelant (info-santé) qui demande coordonnées clinique de physio avec traitement spécifique pour femmes enceintes (elle n'a pas cette info dans la BDD des ressources) : lui dit « c'est tout ce que je peux faire pour vous » : mettre ses limites, donc **stratégie relationnelle**.
 - Roymir qui reformule la problématique rapportée par l'usager (afin de bien le comprendre) : **stratégie informative** (valider les infos auprès de la personne).
 - Roymir qui met le téléphone sur le « hold » après un appel afin de compléter la fiche d'appel dans la BDD avant de prendre un autre appel (si en attente) : **stratégie procédurale** : elle ralentie délibérément le traitement des appels car de toute façon, elle ne pourrait « ouvrir » une nouvelle fiche sans avoir « fermé » celle-ci.
 - Roymir qui prend des notes (mémos) pendant qu'un appelant lui explique la problématique : **stratégie informative** (elle ne veut pas oublier les infos à saisir dans la fiche d'appel).
 - Dumchr qui valide une info auprès d'une infirmière du CLSC p/r à une procédures sur la vaccination : **stratégie informative**.
 - Dumchr qui lit un dossier avant l'arrivée d'un usager à son rendez-vous : **stratégie procédurale** (elle se prépare pour la consultation).
 - Dumchr qui reprend la tension artérielle d'une usagère (sur l'autre bras) avant de l'inscrire au dossier (valide les infos) : **stratégie informative**.
 - Dumchr qui va chercher une infirmière du CLSC lors d'une urgence avec une usagère : **stratégie informative** pour deux raisons : palie au manque de connaissance des lieux mais aussi sert de « back-up » s'il survient un incident (protection p/r responsabilité individuelle?).
- ⇒ Si utilisation de plus d'une stratégie simultanément : coder les deux stratégies observées.
- ⇒ Par ex : une infirmière peut utiliser une stratégie posturale et simultanément avoir recours à une stratégie relationnelle avec l'usager : coder stratégie 1 et stratégie 2.
- ⇒ Par contre, si le recours à une même stratégie vise deux objectifs (ex : diminuer la contrainte cognitive ET gagner du temps) : ne coder la stratégie qu'une seule fois selon l'objectif principal visé par l'infirmière.

Exemple : Bercla utilise un aide-mémoire « copier-coller » pour la rédaction de notes dans les dossiers informatisés des enfants pour la vaccination : elle a clairement verbalisé qu'il s'agit d'un gain de temps car elle n'a pas de doigté et n'est pas familière avec le travail à l'ordinateur. Il s'agit alors d'une **stratégie procédurale** car elle en a simplifié la réalisation. Par contre, elle

dit aussi que cela lui permet de s'assurer qu'elle n'omet aucun élément dans sa note évolutive : *stratégie informative*. Étant donné que la même stratégie ne peut être codée deux fois, coder la 1^{ère} (procédurale) et faire un commentaire lors de la saisie pour ne pas perdre cette information pour une analyse qualitative ultérieure.

Par ailleurs, Bercla dit qu'elle apporte ce petit aide-mémoire, sur papier, quand elle va faire des remplacements dans d'autres CLSC : cela l'aide pour la rédaction des notes évolutives (dossiers papiers) : dans ce cas, il s'agit d'une *stratégie informative* seulement (pas en lien avec le travail à l'ordinateur – seulement aide-mémoire).

- ⇒ Si d'autres stratégies que celles énumérées ici ont été identifiées, coder « autres » et les préciser à l'aide du « note pad » lors de la saisie.

↪ **Postures / contraintes :**

Coder de la même façon que pour MAD. Voir le protocole : il est simplifié.

↪ **Comportement usager / collègues / aidant :**

Cette variable s'applique aux dimensions physiques et relationnelles de la relation de service i.e. si l'utilisateur collabore bien ou non à l'intervention de l'infirmière. Si l'aidant, lorsque présent, collabore de la même façon ou nuit à la réalisation de l'intervention. Il ne s'agit pas seulement d'une coopération au sens « physique » mais plutôt dans l'instauration d'un climat de confiance et de collaboration.

- ⇒ De façon générale, on peut coder le comportement de l'utilisateur au début de l'intervention, par exemple « collabore » et maintenir cet état jusqu'à la fin de l'intervention, si la situation n'a pas changé.
- ⇒ Dans les faits, on ne devrait pas coder « NA » concernant le comportement de l'utilisateur lors d'une intervention : il faut coder « collabore » ou « résiste » ou « neutre » (si inconscient, par ex.)
- ⇒ On code « NA » en l'absence d'utilisateur (ex : entre deux appels, deux rendez-vous, pendant la conduite automobile, etc.)
- ⇒ Pour l'aidant : on code aussi « NA » s'il n'y a pas d'aidant pendant l'intervention.

Annexe 2.7

Grille d'entrevue de restitution

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'oeuvre. »

Présenté par

Isabelle Gagnon, Esther Cloutier,
Élise Ledoux, Madeleine Bourdouxhe, Hélène David, François Ouellet, Catherine Teiger
(22-06-05)



Les incidents analysés par observation du travail

- 7 1/2 journées d'observations (SAD, Services courants, Enfants/famille, Info-santé, Urgence, Prélèvements/vaccination) = 71 incidents, dont:
 - 46 liés à des problèmes organisationnels
 - 25 (matériel)
 - 13 (probl. OT)
 - 8 liés aux informations
 - 25 autres liées à l'usager (ex: absence)
- Durée: 9% en moyenne du temps observé (tous progr.)
 - De 1 à 20% du temps selon les programmes



2

Le temps de travail en APSI: analyse de 6 agendas sur 6 mois

- Il y a de très grandes différences d'une infirmière à l'autre pour le nombre d'heures travaillées par semaine
 - Ex. en moyenne: inf # 4 = 23h/sem inf # 5 = 36h/sem
- Mais chez chacune, au long des 6 mois, il y a une assez grande stabilité du nombre d'heures travaillées par semaine
- Chez toutes, il y a de très grands écarts d'un jour à l'autre pour (ex: inf # 1) :

• Le nb d'heures/jour	min: 1h30	max: 11h
• L'amplitude d'une journée	min: 1h30	max: 13h15
• Les heures suppl.	min: 0	max: 4h



3

Votre parcours professionnel et de santé

Commenter le diagramme du parcours professionnel/santé



4

Analyse de vos parcours professionnels et de santé (8 entrevues)

- Le choix de quitter le réseau a été relié, pour vous, aux conditions de travail dans le secteur public :
 - Surcharge
 - Manque de moyens
 - Santé, sommeil, fatigue
 - Horaires (ex: obligation de faire des «double»)
 - Non-reconnaissance de l'expérience vs le diplôme
 - Conciliation travail – famille difficile
- L'analyse a montré l'apparition de problèmes de santé avant de quitter le réseau, pour presque toutes les interviewées:
 - Accident de travail
 - Arrêt de travail (épuisement, autres problèmes de santé)
 - Intolérance au travail de nuit



5

Annexe 3.1

Portrait d'ensemble du marché de la main-d'œuvre infirmière au Québec

Jean Charest

Faïçal Zellama

**École de relations industrielles
Université de Montréal**

Octobre 2004

Principales sources d'informations et documentation sur le sujet

A- Les principales sources d'information

1- Statistiques de l'OIIQ

2- Statistiques du MSSS

B- La documentation sur le sujet

1- Le rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière 2001

2- Études faites par les principaux acteurs

3- Autres documents et rapports

Plan du chapitre

I- Les aspects quantitatifs du marché de la main-d'œuvre infirmière

A- L'offre de la main-d'œuvre infirmière au Québec

1-Portrait d'ensemble de l'offre des effectifs infirmiers au 31 mars 2003

Tableau 1 : Évolution des effectifs infirmiers au 31 mars 2003

2-Caractéristiques démographiques de l'effectif actuel en emploi

Tableau 2 : Les infirmières en emploi selon les classes d'âges au 31 mars 2003

Graphique 1 : Évolution de la structure d'âges des infirmières en 1992 et en 2003

3-Statuts d'emploi des infirmières au Québec

Tableau 3 : Statuts occupationnels des infirmières au 31 mars 2003

Graphique 2 : Évolution des statuts occupationnels en 1999, 1997 et en 2003

4- Les secteurs d'emploi des infirmières au Québec

Tableau 4 : Les infirmières en emploi selon les principaux employeurs de 1999 à 2003

Graphique 3 : Ratio des infirmières du privé sur 100 infirmières du public en 2003

Tableau 4a : Les infirmières en emploi selon les classes d'âges et l'employeur en 2003

Tableau 4b: Évolution de l'âge moyen des infirmières selon l'employeur de 2001-2003

Graphique 4 : Évolution de l'âge moyen des infirmières selon l'employeur de 2001-2003

Tableau 5 : Évolution des effectifs infirmiers selon les employeurs du RSSS

Tableau 5a: Les infirmières du RSSS en ETC au 31 mars 2002

Tableau 6 : Évolution des effectifs infirmiers selon les employeurs du privé

5-Les projections de départs et de l'offre de la main-d'œuvre infirmière

Tableau 7 : Départ à la retraite des infirmières au cours des 5 prochaines années

Tableau 8 : Projection de l'attrition de l'effectif infirmier de 2003 à 2018

Tableau 8a : Projection de l'offre de 2003 à 2018

B- La demande de la main-d'œuvre infirmière

1-Situation de référence : une pénurie initiale

Tableau 9 : Scénarios sur l'estimation de l'évolution des besoins et de recrutement

Tableau 10 : Répartition régionale de la pénurie initiale au 31 mars 2003

2-Situation dans les prochaines années

Tableau 11 : Évolution annuelle de la pénurie d'infirmières

II- Les aspects qualitatifs du fonctionnement du marché de la main-d'œuvre infirmière

1-Les effets négatifs en termes de rétention et d'attraction

2-L'encadrement et la formation des infirmières

3-Conditions de pratique

4-Santé et satisfaction au travail des infirmières

III- Consensus autour de la planification de la main-d'œuvre infirmière

1-Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière (2001)

2-Suivi et mise à jour du rapport du Forum

3-II reste du chemin à faire !

Annexes statistiques du MSSS, 2003

Annexe 1 : Statistiques sur la main-d'œuvre du réseau en soins infirmiers au 31 mars 2002

Annexe 2 : Projection de la pénurie (surplus) d'infirmières par région selon les scénarios

Annexe 3 : Révision de la projection de la main-d'œuvre infirmière, MSSS, mars 2003

Annexe 4 : Comparaison et réconciliation entre la projection de 2003 et celle du Forum 2001.

Ce chapitre vise à dresser un portrait de l'état actuel et prévisible du marché de la main-d'œuvre infirmière au Québec. Pour ce faire, nous allons nous référer aux publications récentes (études, rapports, bulletins et données statistiques) issues des différents intervenants dans le domaine de la santé et des services sociaux. Dans un premier temps, il convient de présenter ces différentes références utilisées. Dans un deuxième temps, une section traitera des aspects quantitatifs du marché de la main-d'œuvre infirmière. La troisième section abordera des aspects considérés plus qualitatifs quant à cette main-d'œuvre. Enfin, une dernière section fera état des projections faites et des actions entreprises par les milieux en matière de planification de la main-d'œuvre.

A/ Les principales sources de données

Deux principales sources de données seront utilisées tout au long de ce chapitre qui vise à apporter un éclairage sur l'état actuel du marché de la main-d'œuvre infirmière au Québec.

Les statistiques de l'OIIQ

Les statistiques de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) portent sur toutes les infirmières inscrites à son fichier au cours de la période allant du 1^{er} avril d'une année au 31 mars de l'année suivante. À l'exception de la déclaration d'emploi qui est obligatoire, l'information statistique qui accompagne l'inscription au fichier des membres est rapportée sur une base volontaire par les infirmières. Les statistiques annuelles de l'Ordre utilisées pour les fins du présent chapitre sont celles du fichier des membres des années 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002 et 2003. Au moment de notre étude, l'information la plus récente disponible couvre la période du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2003. Notre choix de l'année de 1997 et celles qui suivent est justifié par l'objectif de pouvoir retracer les effets du programme de départ à la retraite de juillet 1997.

Les statistiques du MSSS

Les statistiques du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) portent sur les effectifs en soins infirmiers pour les années financières de 1990-1991 à 1999-2000. Celles-ci comprennent, selon les régions administratives, les missions d'établissements, les catégories d'emploi et les statuts

occupationnels, le total des heures travaillées ainsi que le nombre de postes calculé en équivalent temps complet (ETC) pour le personnel du réseau, pour chaque année financière allant du 1^{er} avril au 31 mars. Au moment de notre étude, l'information la plus récente disponible couvre la période du 1^{er} avril 2001 au 31 mars 2002. En plus de ces deux principales sources d'information sur les effectifs en soins infirmiers, d'autres informations complémentaires provenant du Conseil du Trésor seront utilisées.

B/ La documentation sur le sujet

1) Le rapport du Forum National sur la planification de la main d'œuvre infirmière (2001)

Le rapport du Forum constitue la plus récente étude réalisée par un groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre infirmière composé des principaux décideurs des divers milieux du domaine de la santé, du Ministère de l'Éducation et du Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration.

2) L'étude réalisée par l'OIIQ (Groupe SECOR, 1996)

Bien qu'elle date un peu, la référence à cette étude peut nous aider à cerner les paramètres de la demande d'infirmières jusqu'à l'an 2010.

3) L'étude de l'Association des infirmiers et infirmières du Canada (1997)

C'est une étude, qui en se basant sur l'historique et sur les réalités sociales et démographiques de la population canadienne, prévoyait la pénurie des infirmières vers l'an 2011.

4) L'étude publiée par l'Association des Hôpitaux du Québec (1988)

C'est la plus récente étude qui est spécifique au domaine hospitalier où travaillent plus de trois quarts des infirmières.

5) L'étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec (2001)

C'est une étude publiée par l'OIIQ en 2001, qui s'appuyait sur le sondage des directeurs des soins infirmiers, des responsables des soins infirmiers et des conseils des infirmières et infirmiers dans 222 établissements parmi les 482 établissements du réseau.

6) Autres documents

La référence à d'autres documents tels que les bilans, documents de travail et rapports sera indiquée dans la bibliographie à la fin de ce chapitre.

I- Les aspects quantitatifs du marché de la main-d'œuvre infirmière

La présente section vise à mettre en contexte les principaux éléments d'information nécessaires à la compréhension du fonctionnement du marché de la main-d'œuvre infirmière au Québec. Elle permettra, dans un premier temps (A), d'identifier les principales composantes de l'offre, leurs caractéristiques socio-démographiques et leurs facteurs d'attrition. Dans un second temps (B), elle permettra d'étudier la demande et les principaux éléments qui peuvent influencer son évolution ainsi que la résultante du rapport entre les besoins en effectifs de soins infirmiers et l'offre des effectifs infirmiers disponibles.

A- L'offre de la main-d'œuvre infirmière au Québec

On compte au Québec 65 810 infirmières au 31 mars 2003. Environ 62 778 sont actives dans le système de santé où elles occupent 46 456 postes calculés en équivalent à temps complet, ETC⁶². La détermination de l'offre de main-d'œuvre infirmière soulève plusieurs controverses. Ainsi, certains considèrent que le nombre d'infirmières inscrites⁶³ au tableau de l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec constitue « l'offre disponible », soit 65 810 au 31 mars 2003. D'autres soulignent que ce nombre (65 810) inclut des infirmières en emploi hors Québec, des infirmières qui ne travaillent pas et ne cherchent pas d'emploi, des étudiantes 1^{er} -2^{ème} cycles, des infirmières hors réseau de la santé (industrie, enseignement, corporation, etc.). L'offre réelle pour les emplois actuels serait alors d'au plus 55 000.

Nous allons apporter des éléments objectifs à ces deux positions extrêmes pour définir une offre de la main-d'œuvre infirmière la plus proche de la réalité. On croit que si une partie de la main-d'œuvre refuse des emplois volontairement ou ne cherche pas d'emploi, c'est parce que les postes disponibles sont peu ou pas attrayants et/ou les conditions de travail sont trop difficiles et ne tiennent pas compte des besoins de la main-d'œuvre. Ainsi, un changement majeur dans la vision des choses de la part des gestionnaires des ressources humaines pourrait rendre disponibles à court terme, voire même à très court terme, ceux et celles qui n'ont pu résister aux diverses pressions des milieux de travail, qui ont quitté ces milieux mais qui seraient sensibles aux changements apportés. Une offre objectivement définie doit tenir compte des

⁶² ETC : un poste équivalent à temps complet est calculé au prorata du nombre d'heures travaillées. A titre d'illustration, dans le cas d'une semaine régulière de 35 heures, il faut 1826,3 heures dans l'année pour compter un ETC.

⁶³ Toute personne qui utilise le titre d'infirmière ou qui exerce des activités professionnelles comme infirmière au Québec doit être membre en règle de l'OIIQ, donc inscrite au tableau. Il existe plusieurs voies d'accès à la profession d'infirmière : par la voie collégiale, dans le cadre de la formation infirmière intégrée (DEC-bac); par la formation universitaire, dans le cadre du baccalauréat en sciences infirmières; par la formation universitaire, dans le cadre du programme générique de maîtrise de l'Université McGill. Dans tous les cas, les diplômées doivent réussir l'examen professionnel permettant à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec d'habiliter les candidates à exercer la profession d'infirmière.

effectifs en emploi au Québec et hors Québec et de ceux qui ne déclarent pas un employeur sauf les retraités. C'est ce que nous appellerons l'offre des effectifs infirmiers disponibles à court terme.

Offre de main-d'œuvre infirmière =		
<i>Effectif actuel en exercice</i> ⁶⁴	(plus) (moins)	<i>Effectif sans emploi disponibles</i> ⁶⁵
Effectif issu de facteurs d'attrition chez les infirmiers (ères) ⁶⁶		

Pour déterminer l'offre de la main-d'œuvre infirmière au Québec, nous allons nous référer aux infirmières inscrites au tableau de l'OIIQ⁶⁷. Les inscrites au tableau de l'Ordre sont soit en situation d'emploi (au Québec ou hors Québec), soit en situation de sans emploi par suite de décès, de maladie, de retraite, de déplacement ou en raison de départs volontaires. En effet, l'offre de main-d'œuvre infirmière, projetée à moyen et long terme, comme nous allons l'entendre tout au long de ce chapitre sera l'effectif des membres inscrits au tableau de l'OIIQ moins l'effectif issu de facteurs d'attrition chez les infirmiers (ères) (retraite, décès, cessation d'emploi). En d'autres termes, l'offre de la main-d'œuvre infirmière est constituée de deux éléments clés, à savoir : les effectifs des infirmières actuels (nombre des infirmières en situation d'emploi et de celles en situation de sans emploi mais qui sont actives sur le marché du travail) et les projections approximatives de départs.

1. Portrait d'ensemble de l'offre des effectifs infirmiers au 31 mars 2003

L'offre des effectifs infirmiers est composée de la somme de l'effectif en emploi et de l'effectif disponible ou qui pourrait être disponible pour occuper un emploi. Au 31 mars 2003⁶⁸, 65 317 parmi les 65 810 membres de l'OIIQ, représentent l'offre des effectifs infirmiers. En effet, les 65 810 membres de l'OIIQ sont répartis de la façon suivante : effectif avec employeur, 63 344 (soit 96,3% des membres de l'OIIQ) dont 62 778 déclarent être employés au Québec et 566 employés hors Québec ; sans employeur, 2 466 (soit 3,7% du total des membres) dont 1 973 membres actifs⁶⁹ et 463 membres retraités⁷⁰. L'offre

⁶⁴ Au 31 mars 2003, année de référence.

⁶⁵ Sont les inscrits au fichier de l'OIIQ et qui ne sont pas en exercice ou sans emploi moins les facteurs d'attrition chez les infirmières.

⁶⁶ Les facteurs d'attrition chez les infirmiers (ères) sont : la retraite, le décès et la cessation d'emploi.

⁶⁷ Le tableau est le fichier des membres en règle avec l'Ordre à tout moment entre le 1^{er} avril d'une année et le 31 mars de l'année suivante. Toute personne qui utilise le titre d'infirmière ou qui exerce des activités professionnelles doit être en règle avec l'Ordre, donc inscrite au tableau. Ce tableau est régulièrement tenu à jour.

⁶⁸ OIIQ, Données sur la population infirmière par région administrative à partir du fichier des membres au 31 mars 2003.

⁶⁹ Mentionnons que : « ...une enquête effectuée par l'OIIQ en avril 1999 auprès des infirmières sans employeur au moment de l'opération *Retour à la profession* a permis de déceler les raisons suivantes pour expliquer cette non-disponibilité pour le travail. Ce sont: retour aux études, raisons d'ordre familial, conditions de travail difficiles du

actuelle de la main-d'œuvre infirmière au Québec est donc composée des infirmières en emploi ou qui déclarent avoir un employeur et de celles qui sont actuellement sans emploi mais qui peuvent l'être dans un proche futur. À partir du tableau 1, on peut retracer la croissance de l'offre des effectifs infirmiers depuis 2001 pour atteindre un taux de croissance de 1,3% en 2003 par rapport à 2002. Pour cette offre disponible, on peut souligner l'augmentation des taux d'emploi depuis plusieurs années pour se situer autour de 97% (situation de plein emploi). La deuxième composante de l'offre actuelle des effectifs infirmiers concerne en fait les infirmières autorisées⁷¹ qui déclarent être sans employeur. Cette dernière contient deux catégories de main-d'œuvre infirmière. Une première dont on ne tient pas compte dans notre calcul de l'offre actuelle est celle des retraités qui, d'après le rapport du Forum (2001), ont un retour au travail marginal⁷². Les effectifs sans emploi dont on tient compte dans notre calcul de l'offre actuelle sont les non disponibles momentanément pour diverses raisons, (retour aux études, difficultés, voire échecs de concilier les obligations professionnelles et personnelles, conditions de travail difficiles, frustration vis-à-vis des horaires et des charges de travail non prévisibles), mais dont on constate une tendance continue de leur réintégration au travail. En effet, le nombre des inscrits au fichier de l'Ordre sans emploi déclarés en soins infirmiers est passé de 3 995 en 1999 à 1 973 au 31 mars 2003. C'est une population qui refuse volontairement de travailler mais demeure très sensible notamment aux changements organisationnels et aux conditions de travail. La tendance à la baisse, observée depuis quelques années à partir du fichier des inscrits actifs de l'Ordre, suggère l'hypothèse que ces derniers seront disponibles à une reprise du travail et par conséquent font partie intégrante de l'offre des effectifs infirmiers disponibles à court terme.

réseau de la santé, problèmes de santé personnels, intérêt pour le retour au travail à une date ultérieure, choix d'une autre carrière ou retraite. » Rapport du Forum national sur la planification de la main-d'oeuvre infirmière, 2001. P. 26.

⁷⁰ Sachant que le nombre d'infirmières retraitées ayant accepté un retour au travail était très marginal, les 1 973 infirmières parmi les 2 466 déclarant être sans employeur (2 466-493) pourraient être disponibles pour occuper un emploi.

⁷¹ L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) délivre un permis d'exercice de la profession d'infirmière à des diplômées des programmes collégiaux en soins infirmiers (180.01-180.AO depuis septembre 2001-et 180.21) et des programmes universitaires de formation initiale en sciences infirmières (baccalauréat et maîtrise), ainsi qu'à des diplômées hors Québec dont la formation ou le diplôme est reconnu équivalent.

⁷² « On sait que pour les établissements qui ont fait un rappel auprès de leurs infirmières retraitées, le nombre d'infirmières ayant accepté un retour au travail était très marginal », Rapport du Forum national sur la planification de la main-d'oeuvre infirmière, 2001. P. 26.

Tableau 1 : Évolution de l'offre des effectifs infirmiers au 31 mars 2003

Effectifs	Effectifs en emploi		Effectifs sans emploi		L'offre des effectifs infirmiers disponibles (e) (e=a+b+c)
	Au Qc. (a)	Hors Qc. (b)	Actifs (c)	Retraités ⁷³ (d)	
1999	59 144	402	3 995	2 810 ⁷⁴	63 541
2000	61 896	476	2 111	1 938	64 483
2001	61 865	489	1 892	695	64 246
2002	62 190	508	1 790	422	64 488
2003	62 778	566	1 973	493	65 317

Source des données : *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, octobre 2003 et rapports antérieurs.*

2. Caractéristiques démographiques de l'effectif actuel en emploi

Une des caractéristiques les plus importantes de l'offre disponible de la main-d'œuvre infirmière est sa structure démographique. À partir du tableau 2, on constate le vieillissement de la population infirmière avec une variation positive pour les 45 ans et plus qui représentaient 31% en 1992, 39% en 1999, 44% en 2001 et 48% en 2003. De ces tendances statistiques, on observe non seulement le vieillissement du membership mais surtout une diminution des moins de 24 ans de 11,42% entre 1999 et 2003. En d'autres termes, moins du tiers des infirmières en emploi avaient plus de 45 ans en 1992, alors qu'actuellement près de la moitié de la main-d'œuvre infirmière a plus de 45 ans. C'est un changement au niveau de la structure démographique des infirmières qui s'observait depuis des années par une diminution en nombre et en pourcentage des infirmières dans les trois classes d'âges de moins de 45 ans, alors qu'elles ont augmenté pour les trois classes d'âges de plus de 45 ans et particulièrement chez celles âgées de plus de 55 ans.

Les rapports les plus récents de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2000, 2001 et 2002), rapportent non seulement la poursuite de la décroissance de la population infirmière au Canada, depuis plusieurs années, mais aussi le vieillissement de la main-d'œuvre infirmière en exercice. En effet, l'âge moyen d'une infirmière canadienne est passé de 41 ans en 1994 à 43 ans en 1999 et à 44,2 ans en 2002, tandis que celui des infirmières de l'Ontario a atteint 44,7 ans en 2002 et à titre comparatif celui des infirmières du Québec a atteint 42,7 ans pour l'année 2002.

⁷³ A partir du 1^{er} avril 2000, l'OIIQ a aboli le statut de membre retraité. En effet, moins d'infirmières à la retraite ont maintenu leur inscription au fichier des membres 2000-2001. Précisons que des infirmières retraitées du secteur public peuvent choisir de rester membres actifs pour œuvrer dans d'autres secteurs.

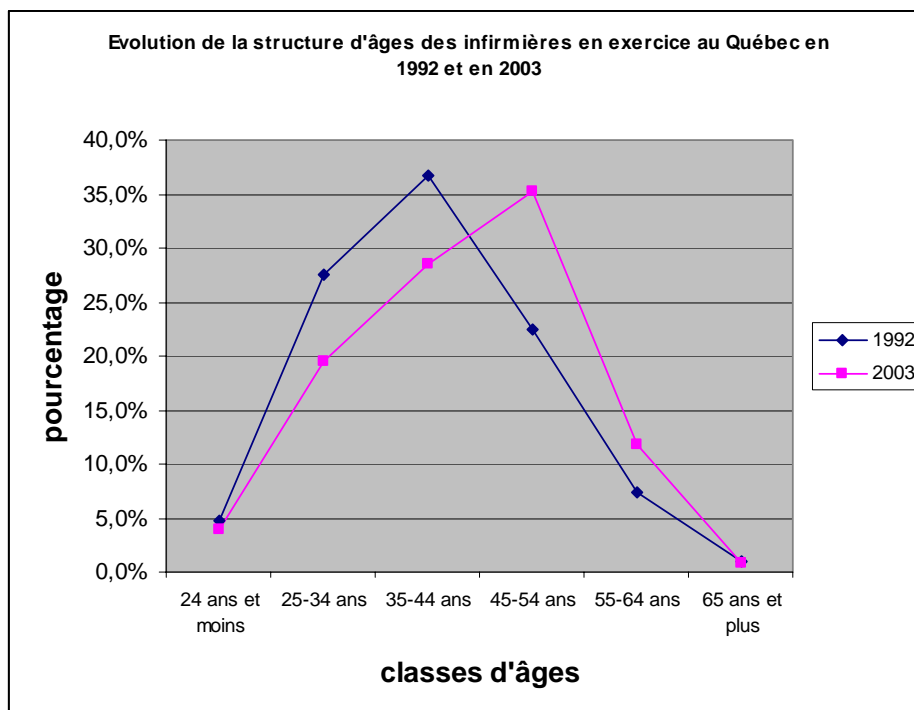
⁷⁴ Ce nombre ne reflète pas fidèlement la vague consécutive au programme de mise à la retraite de juillet 1997 au cours de laquelle 4 200 infirmières ont pris leur retraite du secteur public.

Tableau 2 : Les infirmières en emploi (en nombre et en pourcentage) selon la classe d'âge au 31 mars 2003

Année	1992		1999		2001		2002		2003	
Classe d'âge	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)
24 ans et moins	2 964	(4,8)	2 854	(4,8)	2 608	(4,2)	2 310	(3,7)	2 528	(4,0)
25-34 ans	16 944	(27,5)	13 247	(22,2)	12 765	(20,5)	12 427	(19,8)	12 382	(19,5)
35-44 ans	22 642	(36,8)	20 104	(33,8)	19 304	(31,0)	18 758	(29,9)	18 093	(28,6)
45-54 ans	13 862	(22,5)	19 444	(32,7)	21 631	(34,7)	22 134	(35,3)	22 319	(35,2)
55-64 ans	4 547	(7,4)	3 637	(6,1)	5 634	(9,0)	6 571	(10,5)	7 466	(11,8)
65 ans et plus	623	(1,0)	260	(0,4)	412	(0,6)	498	(0,8)	556	(0,9)
Total	61 582	(100)	59 546	(100)	62 345	(100)	62 698	(100)	63 344	(100)

Source des données : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, octobre 2003 et rapports antérieurs.

Le graphique qui suit illustre bien le vieillissement démographique de la population infirmière en exercice actuellement. En effet, les classes d'âges des plus jeunes sont plus populeuses en 1992 qu'en 2003, alors que celles des plus âgées sont beaucoup plus populeuses en 2003 qu'en 1992. On peut donc conclure que malgré le départ à la retraite d'un grand nombre d'infirmières du secteur public au cours des dernières années, on s'attend encore à des départs importants des infirmières à la retraite pour les années à venir.



Malgré le départ à la retraite d'environ 4 200 infirmières à l'occasion du programme de départ volontaire de juillet 1997, on n'a pas observé un rajeunissement des effectifs infirmiers en emploi au Québec. Au contraire, les plus jeunes sont les moins présentes dans la structure d'âge actuelle comparée à celle de 1992. Ajoutant à cette situation l'augmentation des besoins en soins de santé, on peut alors même penser que la situation de l'offre de main-d'œuvre infirmière sera difficilement gérable et que la pénurie sera durable.

3. Statuts d'emploi des infirmières au Québec

Les statuts d'emploi des infirmières présentent une double influence (quantitative et qualitative) sur l'offre de la main-d'œuvre infirmière. En effet, ils représentent des facteurs de motivation (ou démotivation selon le statut) de la main-d'œuvre en emploi et ils peuvent être des éléments d'attraction (ou non) à la profession. C'est dans cet esprit que nous interprétons les tendances statistiques suivantes. À partir des données du tableau 3, on constate une amélioration continue du statut d'emploi depuis quelques années. En effet, depuis 1999 et pour une quatrième année consécutive, le nombre des infirmières qui exercent la profession dans un emploi à temps partiel occasionnel est en diminution. Parallèlement, le nombre d'infirmières occupant un emploi à temps complet régulier augmentait durant la même période. C'est un changement au niveau de la structure statutaire des emplois occupés (augmentation de la part des emplois réguliers au détriment des emplois occasionnels) qui est observable depuis 1999 comparativement à celle des années antérieures. Par ailleurs, cette amélioration de la représentation des emplois réguliers dans l'ensemble des emplois occupés est encore loin de la situation des infirmières en 1992 alors que les emplois réguliers représentaient 93% dont la majorité étaient à temps complet. Par ailleurs, la structure statutaire des emplois des infirmières dans le système de santé public est différente de celle de l'ensemble. En effet, au 31 mars 2002⁷⁵, 80% des emplois occupés par les infirmières dans le réseau en soins infirmiers sont réguliers dont plus de la moitié sont à temps complet. Quant aux statuts selon les catégories d'infirmières, 91% des infirmières cadres dans le réseau ont un emploi régulier, 87% des infirmières professionnelles⁷⁶ dans le réseau sont régulières et successivement 81% et 78% des infirmières bachelières⁷⁷ et non bachelières ont un emploi régulier.

⁷⁵ Statistiques sur la main-d'œuvre du réseau en soins infirmiers disponibles au 31 mars 2002. Les statistiques sur la main d'œuvre du réseau en soins infirmiers ne permettent pas de connaître de façon précise le nombre d'individus travaillant dans le réseau mais le nombre d'emplois occupés. Ainsi si une infirmière travaille dans deux établissements, elle est comptée deux fois

⁷⁶ Cette catégorie inclut les titres d'emplois de « Spécialiste en activités cliniques » et de « Spécialiste en évaluation des soins ».

⁷⁷ La catégorie « infirmière bachelière » comprend les infirmières ayant un baccalauréat reconnu et ayant été intégrées par l'employeur dans l'une ou dans l'autre des échelles de salaire réservées aux infirmières bachelières.

Pour l'ensemble des infirmières en emploi, on voit bien que la part des emplois réguliers à temps partiel n'a pas beaucoup changé malgré les grands changements voire même les bouleversements qu'a connus le réseau de la santé au Québec. L'emploi régulier à temps partiel est peut-être le statut le plus populaire dans les rangs des infirmières qui optent pour compléter leurs études et/ou pour concilier les exigences de la profession et les besoins personnels. Au sujet de l'évolution de la formation en cours, plus de 20% des infirmières poursuivent des études, ce qui explique la croissance continue du nombre des infirmières ayant le niveau du baccalauréat et de 2^{ème} ou 3^{ème} cycle. Par ailleurs, si d'un côté la tendance à poursuivre des études chez les infirmières contribue à satisfaire la demande future d'infirmières ayant une formation universitaire, de l'autre, elle présente une contrainte pour la demande actuelle du moment où le retour aux études suppose une disponibilité moindre sur le marché du travail au cours de la période de formation.

Tableau 3 : Répartition des infirmières en emploi selon le statut occupationnel au 31 mars 2003

Statut	TCR ⁷⁸		TPR ⁷⁹		TPO ⁸⁰		Total	
	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)
1997	30723	(49,6)	21432	(34,6)	9786	(15,8)	61941	(100)
1998	29196	(49,2)	20236	(34,1)	9910	(16,7)	59342	(100)
1999	29 475	(49,5)	19 888	(33,4)	10 183	(17,1)	59 546	(100)
2000	31 747	(50,9)	20 832	(33,4)	9 793	(15,7)	62 372	(100)
2001	32 985	(52,9)	21 263	(34,1)	8 106	(13,0)	62 354	(100)
2002	33 982	(54,2)	21 443	(34,2)	7 273	(11,6)	62 698	(100)
2003	34 649	(54,7)	21 664	(34,2)	7 031	(11,1)	63 344	(100)

Source des données : *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, octobre 2003 et rapports antérieurs.*

Le graphique 2⁸¹ illustre l'évolution de la structure des emplois occupés en fonction des statuts durant la dernière décennie. Par rapport à 1992, la part des emplois occasionnels a augmenté au détriment des emplois réguliers que ce soit à temps complet ou à temps partiel. Au Québec près de 35 % des emplois occupés sont à temps partiel. Les raisons pour lesquelles une infirmière choisit de travailler à temps partiel plutôt qu'à temps plein n'ont pas été bien étudiées. Bien qu'on ne dispose pas de chiffres précis, il semble que du point de vue de l'employeur, le fait de faire appel à une main-d'œuvre infirmière à temps partiel ou sur appel, lui donne plus de flexibilité pour ajuster le nombre de ses employés selon les besoins et, par conséquent, cela est plus économique pour l'établissement, plutôt que d'employer un grand

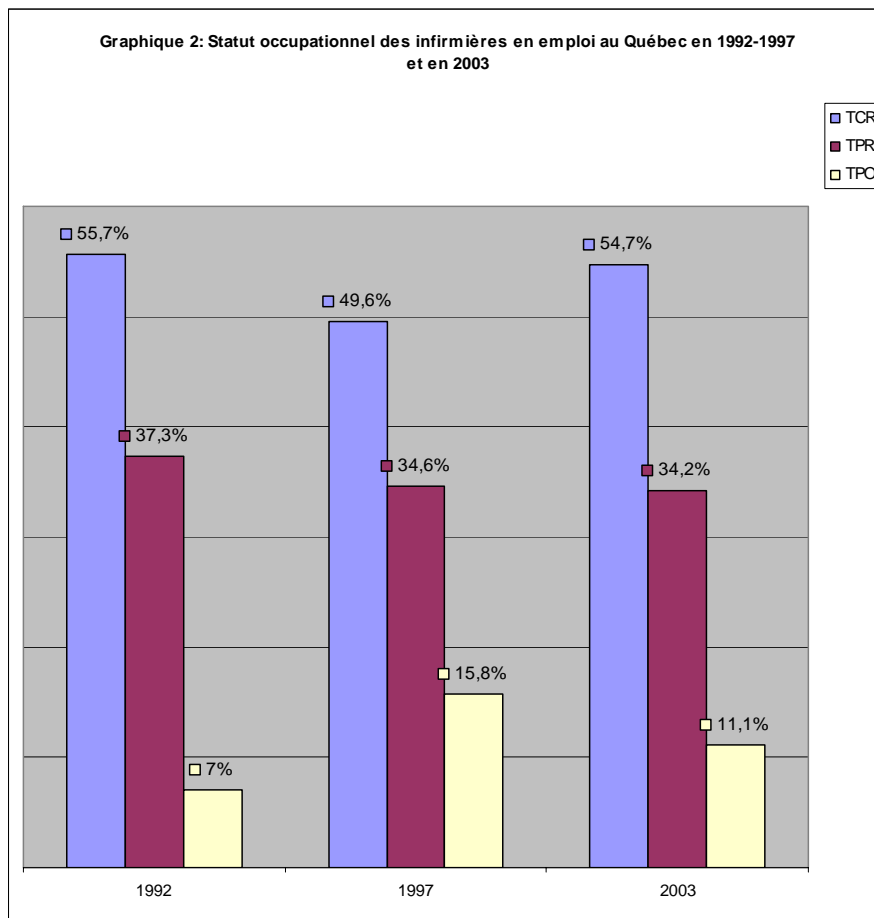
⁷⁸ Temps complet régulier.

⁷⁹ Temps partiel régulier.

⁸⁰ Temps partiel occasionnel (une infirmière à TPO travaille en moyenne 840 heures par année).

⁸¹ Le nombre d'infirmières en emploi au 31 mars 1997 (61 941 infirmières se répartissant en 49,6% TCR, 34,6% TPR et 15,8% TPO) ne tient pas compte des effets du programme de départs volontaires à la retraite mis en place en 1996-1997.

nombre d'infirmières à temps plein. Si d'autre part, une infirmière a choisi de travailler à temps partiel en suivant ses propres préférences (toujours on ne disposant pas des données précises sur la question), ceci pourrait être pour des raisons familiales comme veiller sur une personne non autonome (les enfants, les parents âgés, membre handicapé dans la famille, etc.) ou même pour travailler chez plus d'un employeur et donc chercher à améliorer ses revenus. A ce propos on sait que sur les 63 344 infirmières en emploi au Québec ou hors Québec, 8 785 (14 %) déclarent avoir deux employeurs et plus. Enfin, la préférence du temps partiel est peut-être pour éviter les horaires de travail et la rotation des quarts de travail des postes à plein temps. Il est probable que les infirmières choisissent un travail à temps partiel car il leur est possible, de cette façon, d'obtenir un poste comportant moins de rotations des quarts de travail et moins de fins de semaine et de jours fériés à assurer. En travaillant à temps partiel, une infirmière pourrait ainsi avoir plus de contrôle sur son temps de travail.



4. Les secteurs d'emploi des infirmières au Québec

Comme il a été déjà défini, l'offre des effectifs infirmiers disponibles est en grande partie constituée des effectifs infirmiers en emploi (dont on a souligné l'amélioration de l'emploi depuis quelques années). Comme tout autre marché du travail, ce sont les secteurs publics et privés qui emploient la main-d'œuvre infirmière avec une prédominance du réseau public comme secteur de la pratique infirmière. Au 31 mars 2003, 87% des infirmières pratiquent dans le réseau public contre 10% dans le secteur privé et le reste se répartissent à peu près à parts égales entre le secteur de l'éducation et les autres secteurs (regroupés sous la rubrique « Autres »). Ce sont les Collèges et les Cégeps qui représentent les principaux employeurs des infirmières du secteur de l'éducation. Pour les infirmières des « Autres » secteurs, elles sont essentiellement employées dans des ministères et des écoles (primaire/secondaire et de formation).

Tableau 4 : Évolution en nombre et en pourcentage des infirmières selon l'employeur principal entre 1999 et 2003

Employeur	RSSS ⁸²		Privé ⁸³		Éducation ⁸⁴		Autres ⁸⁵		Total	
	Eff.	(%)	Eff.	(%)	Eff.	(%)	Eff.	(%)	Eff.	(%)
1999	52043	(87,4)	5830	(9,8)	958	(1,6)	715	(1,2)	59546	(100)
2000	54373	(87,2)	6310	(10,1)	937	(1,5)	752	(1,2)	62372	(100)
2001	54508	(87,4)	5989	(9,6)	1051	(1,7)	806	(1,3)	62354	(100)
2002	54688	(87,2)	5938	(9,5)	1193	(1,9)	879	(1,4)	62698	(100)
2003	54905	(86,7)	6232	(9,8)	1280	(2,0)	927	(1,5)	63344	(100)

Source des données : *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, octobre 2003 et rapports antérieurs.*

Selon les classes d'âges des infirmières en emploi dans les différents secteurs, on observe que 35% de celles qui pratiquent dans le privé ont plus de 55 ans dont 17% ont dépassé les 65 ans, alors que ce groupe d'âge ne représente à peine que 10 % parmi celles qui pratiquent dans le secteur public. Parmi les 14 760 (23,5%) infirmières en emploi âgées de moins de 35 ans, 13 515 (91,5%) sont dans le réseau public, 957 (6,5%) dans le privé et seulement 179 (1,2%) dans le secteur de l'éducation.

La pratique dans le secteur privé a repris sa croissance pour atteindre 6 232 infirmières en 2003, soit 294 infirmières de plus que l'année 2002. Un ratio qui rapporte le nombre des infirmières du secteur privé à celui des infirmières du secteur public illustre une augmentation constante de la pratique privée par rapport à la pratique dans le secteur public en termes d'infirmières du secteur privé sur 100 infirmières du

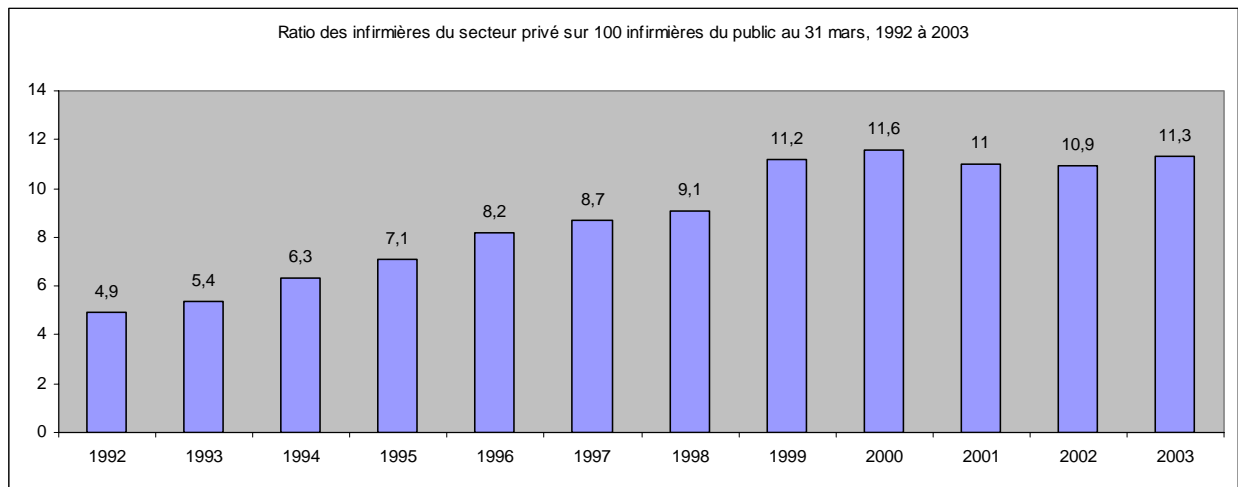
⁸² Réseau de la santé et des services sociaux, voir tableau 5 pour les principaux employeurs de ce secteur public.

⁸³ Voir le tableau 6 pour les principaux employeurs du secteur privé.

⁸⁴ Il s'agit du secteur qui assure la formation académique des infirmières : Collège/ Cégep /Université.

⁸⁵ Les principaux employeurs regroupés dans la rubrique « Autres » sont : Ministère ou organisme fédéral, Autre établissement d'enseignement, Centre de formation professionnelle, Autre ministère ou organisme provincial, Ecole primaire ou secondaire, Ordre professionnel, Autre employeur, Syndicat professionnel.

secteur public. Le graphique qui suit présente la croissance du nombre des infirmières dans le secteur privé en termes de 100 infirmières qui pratiquent dans le public. C'est un ratio qui a augmenté constamment durant près d'une décennie pour atteindre son « pic » en 2000. Il marquait une légère baisse durant les années 2001 et 2002, pour connaître une hausse en 2003 et donc être au total assez stable sur 5 ans. Quant à l'augmentation marquante de ce ratio à partir 1998 et qui s'est accélérée durant les années 1999 et 2000, on peut l'expliquer entre autres par les départs à la retraite et les départs volontaires des infirmières du secteur public en 1997, qui à notre avis ont eu un double effet sur ce ratio. D'une part le nombre des infirmières dans le secteur public a baissé (diminution d'une composante de ce rapport). D'autre part, il est fort possible qu'une partie des infirmières bénéficiaires du programme de 1997 (notamment, celles qui ont bénéficié d'une prime compensatoire en contrepartie de leurs départs volontaires) ont intégré le secteur privé (augmentation de la deuxième composante du ratio).



Source des données : *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, octobre 2003 et rapports antérieurs.*

Tableau 4 a : Les infirmières en emploi au Québec selon la classe d'âge et le secteur d'emploi au 31 mars 2003

Employeur	RSSS		Privé		Éducation		Autres		Total	
	effectif	(%)	effectif	(%)	effectif	(%)	effectif	(%)	Effectif	(%)
24 ans ou moins	2421	(4,4)	77	(1,3)	5	(0,4)	5	(0,6)	2508	(4,0)
25-34 ans	11094	(20,3)	880	(14,8)	174	(13,7)	104	(12,3)	12252	(19,5)
35-44 ans	15960	(29,2)	1363	(22,9)	337	(26,6)	257	(30,3)	17917	(28,5)
45-54 ans	19702	(36,0)	1580	(26,5)	536	(42,3)	342	(40,3)	22160	(35,3)
55-64 ans	5343	(9,8)	1714	(28,7)	207	(16,3)	129	(15,2)	7393	(11,8)
65 ans et plus	184	(0,3)	344	(5,8)	9	(0,7)	11	(1,3)	548	(0,9)
Total	54704	(100)	5958	(100)	1268	(100)	848	(100)	62778	(100)

Source des données : *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, octobre 2003.*

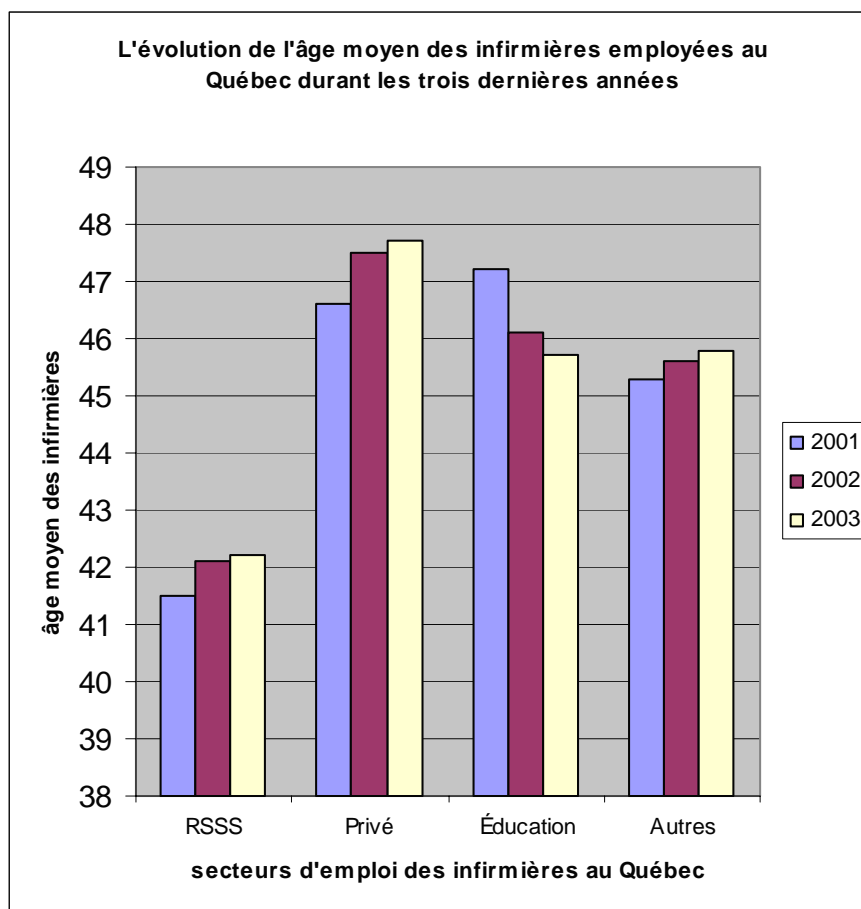
Tableau 4 b : Évolution de l'âge moyen des infirmières exerçant la profession selon le secteur d'emploi de 2001 à 2003

Secteur/ Année	2001 (a)	2002 (b)	2003 (c)	variation (c- a) 2001-2003
RSSS	41,5	42,1	42,2	+ 0,7
Privé	46,6	47,5	47,7	+1,1
Éducation	47,2	46,1	45,7	- 1,5
Autres	45,3	45,6	45,8	+ 0,5
Ensemble	42,2	42,7	42,9	+ 0,7

Source des données : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, octobre 2003.

Le tableau 4b et le graphique qui le suit présentent l'évolution depuis 2001 de l'âge moyen des infirmières en exercice dans les quatre principaux secteurs d'emploi. La moyenne d'âge chez les infirmières pratiquantes au Québec est de 42,9 ans ce qui représente une augmentation de 0,7 année par rapport à 2001. Cette tendance au vieillissement démographique de la population infirmière est perceptible dans trois des quatre secteurs d'emploi. Dans le secteur public où les infirmières sont les plus jeunes avec un âge moyen de 42,2 ans, on enregistre une augmentation de ce dernier de 0,7 année au bout de deux ans. Dans le secteur privé où les infirmières sont les plus âgées avec 4,8 années de plus de l'âge moyen pour l'ensemble de la population, un rythme de vieillissement de 1,1 année entre 2001-2003. L'âge moyen dans les « Autres » secteurs a augmenté de 0,5 année en deux ans. Par contre l'âge moyen chez les infirmières du secteur de l'éducation a diminué de 1,5 année durant les deux dernières années.

Sachant que le réseau public de santé et des services sociaux et le secteur privé de soins emploient la quasi-totalité de la main-d'œuvre infirmière (près de 97%) avec une prédominance du RSSS (près de 87%) et un secteur privé en cours de développement employant près de 10% des infirmières, nous allons identifier les principaux employeurs de ces deux secteurs d'emploi



Source des données : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, octobre 2003 et rapports antérieurs.

Tableau 5 : Évolution des effectifs infirmiers selon les principaux employeurs du RSSS

Employeurs du RSSS	Année	Eff. 1999	Eff. 2000	Eff. 2001	Eff. 2002	Eff. 2003
CHSGS		35745	37271	37211	37364	37595
CHSLD		8163	8458	8271	7856	7687
CLSC		4824	5550	5976	6409	6594
CHSP		2176	2065	2036	1930	1842
Centre de réadaptation, CR		689	523	480	528	613
Organisme communautaire		145	204	232	252	272
Régie régionale de SSS		162	157	195	212	205
Autre dans le secteur public de la SSS		77	112	81	86	54
CPEJ		61	26	18	34	30
MSSS		1	7	8	17	13
TOTAL		52043	54373	54508	54688	54905

Source : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, octobre 2003 et rapports antérieurs.

Le tableau 5 présente l'évolution du nombre des infirmières selon les principaux employeurs du secteur public. À cet effet, 53 718 (soit 98%) des 54 905 infirmières du RSSS sont rattachées aux quatre employeurs suivants : les Centres hospitaliers de soins généraux, CHSGS, emploient plus des deux tiers (68,5%) des infirmières du réseau, 14% pratiquent dans les Centres d'hébergement, 12% dans les Centres locaux de services communautaires, CLSC, et 3,5% dans les Centres psychiatriques. Les autres catégories d'employeurs publics ne font qu'employer 2 % du nombre des infirmières du réseau.

À la lecture du tableau 5a, on se rend compte qu'au 31 mars 2002, l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux⁸⁶ employaient 56 064 infirmières en poste. Ramené en équivalent à temps complet, ce chiffre représente 41 663 ETC⁸⁷, soit un rapport de 0,74 ETC par infirmière en poste. Si le rapport des infirmières en poste et des infirmières en ETC est égal à 1, ceci veut dire que chaque infirmière au réseau a travaillé une année complète à plein temps. S'il est inférieur à 1, ceci veut dire que certaines infirmières au réseau n'ont pas travaillé à temps plein durant toute l'année. Pour l'ensemble des infirmières (sans aucune référence aux catégories professionnelles), on peut dire que chaque infirmière a travaillé en moyenne 0,74 année rémunérée pour l'année se terminant le 31 mars 2002. Ce rapport varie selon les catégories d'emplois des infirmières dans le réseau public de la santé. Il est de 0,77 pour les infirmières bachelières, c'est-à-dire qu'en moyenne une infirmière bachelière a travaillé 0,77 année rémunérée, de 0,84 pour les infirmières cadres et de 0,80 pour les infirmières professionnelles, ce qui veut dire que chaque infirmière professionnelle a pratiqué en moyenne 4/ 5 année rémunérée. Ces variations sont dues à la définition même de l'effectif en équivalent temps complet (ETC)⁸⁸ qui est fonction du nombre d'heures régulières rémunérées⁸⁹ et qui variera dans le temps et selon les professions. En 1990-91⁹⁰, on avait 50 647 infirmières en poste pour 34 813 ETC, soit un rapport de

⁸⁶ Les statistiques sur la main d'œuvre infirmière issues de la banque du MSSS au 31 mars 2002, sont en annexes de ce chapitre.

⁸⁷ Le nombre d'infirmières calculé en équivalent temps complet (ETC) est basé sur le décompte du nombre d'heures travaillées ou payées dans un établissement. Il est calculé par titre où catégorie d'emploi et il est égal au quotient des heures travaillées ou payées par le nombre d'heures régulières de travail d'une infirmière à temps complet régulier dans ce titre d'emploi.

⁸⁸ ETC «équivalent temps complet», pour une définition et une analyse voir document Patrice Duguay et Esther Cloutier, *Cahiers québécois de démographie*, vol.25, n°2, automne 1996, p. 279-291.

⁸⁹ Selon la définition de cette unité de mesure- ETC- le diviseur est le nombre d'heures régulières de travail d'un employé à temps complet, nombre qui varie selon les catégories d'emplois. Pour les employés à temps complet régulier, le numérateur est la somme des heures rémunérées, des heures d'absences rémunérées pour l'assurance salaire, des heures en congés de maladie (en raison d'un délai de carence, d'une préretraite ou de congés de maladie utilisés). Dans le cas des employés à temps partiel, les avantages sociaux payés en pourcentage du salaire ne sont pas inclus ni dans le décompte des heures ni dans le calcul des ETC. Selon le cas, il s'agit de l'un ou de l'autre des avantages suivants : vacances, congés fériés, congés de maladie, assurance salaire et congés mobiles.

⁹⁰ Le système de santé et de services sociaux du Québec, MSSS, 2001.

0,68. Une décennie après (en 1999-2000), le rapport des 38 052 infirmières en ETC à celui des 53 397 infirmières égale 0,71.

Tableau 5a : Les infirmières du RSSS en nombre et en ETC au 31 mars 2002

<i>Titre</i>	<i>Nombre en emploi⁹¹</i>	<i>%</i>	<i>Nombre en ETC⁹²</i>	<i>%</i>	<i>Rapport Effectif en ETC/ Effectif en emploi</i>
<i>Infirmières</i>	<i>41 054</i>	<i>73,2</i>	<i>29 921</i>	<i>71,8</i>	<i>0,73</i>
<i>Infirmières bachelières</i>	<i>12 224</i>	<i>21,8</i>	<i>9 412</i>	<i>22,6</i>	<i>0,77</i>
<i>Infirmières cadres</i>	<i>2519</i>	<i>4,5</i>	<i>2 117</i>	<i>5,0</i>	<i>0,84</i>
<i>Infirmières professionnelles</i>	<i>267</i>	<i>0,5</i>	<i>213</i>	<i>0,6</i>	<i>0,80</i>
<i>Ensemble</i>	<i>56 064</i>	<i>100</i>	<i>41 663</i>	<i>100</i>	<i>0,74</i>

Source : MSSS, 2003.

Le tableau 6 présente l'évolution en nombre de la main-d'œuvre infirmière exerçant dans le secteur privé durant les cinq dernières années. Dans l'ensemble du secteur privé l'évolution de l'embauche des infirmières n'était pas stable dans les dernières années. En 2003, le secteur privé faisait appel aux services de 6 232 infirmières marquant 5% de plus de ce qu'il utilisait en 2002. Durant l'an 2000 par rapport à 1999, le nombre d'infirmières qui pratiquaient dans le privé a augmenté de 8,2%. Par contre, on enregistrait une baisse du nombre des infirmières de 5% entre 2001/2000 et de 1% entre 2002/2001.

Le tableau 6 présente l'évolution en nombre de la main-d'œuvre infirmière exerçant dans le secteur privé durant les cinq dernières années. Dans l'ensemble du secteur privé l'évolution de l'embauche des infirmières n'était pas stable dans les dernières années. En 2003, le secteur privé faisait appel aux services de 6 232 infirmières marquant 5% de plus de ce qu'il utilisait en 2002. Durant l'an 2000 par rapport à 1999, le nombre d'infirmières qui pratiquaient dans le privé a augmenté de 8,2%. Par contre, on enregistrait une baisse du nombre des infirmières de 5% entre 2001/2000 et de 1% entre 2002/2001. Cependant, en rapportant le nombre des infirmières du privé à celui du public, on constate un ratio illustrant une augmentation constante de la pratique au privée par rapport à la pratique dans le secteur public. Quant à la répartition de la main-d'œuvre infirmière entre les principaux employeurs de secteur privé au 31 mars 2003, 28,8% travaillaient dans des entreprises privées variées, 23,8% dans des résidences, centres d'accueil ou de réadaptation privés et près de 20% dans des agences privées de soins et de services de santé. Notons dans ce dernier cas une croissance depuis 1999 alors que 17,8% des infirmières du secteur privé travaillaient dans ces agences.

⁹¹ Les statistiques sur la main-d'œuvre du réseau en soins infirmiers ne permettent pas de connaître de façon précise le nombre d'individus travaillant dans le réseau mais le nombre d'emplois occupés. Ainsi si une infirmière travaille dans deux établissements, elle est comptée deux fois.

Tableau 6 : Évolution des effectifs infirmiers du secteur privé selon les principaux employeurs

Principaux employeurs du secteur privé	Année	Eff. 1999	Eff. 2000	Eff. 2001	Eff. 2002	Eff. 2003
Entreprises privées ⁹³		1699	1756	1731	1741	1795
Résidence/Centre d'accueil/ réadaptation		1560	1652	1513	1477	1483
Agences de placement du personnel infirmier		1038	1249	1078	1063	1206
Clinique médicale ⁹⁴		787	825	835	817	842
Infirmières autonomes ⁹⁵		746	828	832	840	906
TOTAL		5830	6310	5989	5938	6232

Source des données : *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, octobre 2003 et rapports antérieurs.*

5. Les projections de départs⁹⁶ et de l'offre de la main-d'œuvre infirmière

Comme il a été défini plus haut, l'offre de main-d'œuvre infirmière étant composée des effectifs infirmiers disponibles à une date de référence (soit ici le 31 mars 2003) moins toutes les personnes infirmières qui quitteront le marché du travail au cours des prochaines années. À cet effet, l'effectif disponible au 31 mars 2003 est appelé à diminuer au cours des prochaines années, essentiellement par suite des départs à la retraite, des décès et des cessations d'emploi pour différents motifs tels que la maladie, le déplacement et/ou les départs volontaires⁹⁷.

Le tableau 7 affiche la proportion des infirmières appartenant au groupe d'âge des 55 ans et plus, soit celui qui aura un effet significatif sur les départs à la retraite attendus pour les cinq prochaines années. En effet, dans la région de Montréal où les infirmières âgées de plus de 55 ans sont les plus présentes (16,4%), 13,2% parmi les infirmières en exercice partiront à la retraite dans 5 ans. Les régions d'Abitibi-Témiscamingue et de la Côte-Nord auront les taux de départ les moins élevés, étant donné la faible représentativité des infirmières âgées par rapport à celles en exercice dans ces deux régions. On peut dire que ce sont donc les régions qui ont une bonne représentativité des infirmières en exercice âgées de 55 ans et plus qui observeront plus de départs de cette population à la retraite dans un futur proche et qui essentiellement ressentiront le plus de pénurie de la main-d'œuvre infirmière. Au total sur les 62 778 infirmières en emploi au 31 mars 2003, près de 11% partiront à la retraite d'ici 2008. Certaines

⁹² Patrice Duguay et Esther Cloutier, op.cit.

⁹³ Toute sorte d'entreprises privées telles que les entreprises des industries minières, pharmaceutiques, agro-alimentaires, les pharmacies, etc.

⁹⁴ Cliniques médicales privées comme les cabinets de médecins, les cliniques dentaires, etc.

⁹⁵ Ce sont des infirmières qui travaillent à leur propre compte (on trouve des infirmières qui offrent leurs services en se déplaçant aux domiciles des clients et aussi des infirmières qui ont leur propre cabinet de consultation où elles offrent leurs services de prises ou de prélèvements de sang ainsi que plusieurs autres services de soins et de santé).

⁹⁶ La Direction générale du personnel réseau du MSSS a conçu en 2003 des tableaux de projection de départs pour la main-d'œuvre infirmière en emploi au Québec au 31 mars 2003 pour les cinq et les quinze prochaines années.

⁹⁷ Il est bien connu que les retraites, les décès, les cessations d'emploi des employés en exercice sont les variables qui sont le plus prises en considération par les spécialistes en planification de ressources humaines.

régions comme celles de Montréal et de Québec observeront un taux de départ supérieur à celui de la moyenne nationale.

Tableau 7 : Départs à la retraite attendus des infirmières par région au cours des 5 prochaines années

Région administrative	% d'infirmières qui sont dans le groupe d'âge des 55 ans et plus	Départs à la retraite attendus	Infirmières en emploi au 31 mars 2003	Départs attendus par rapport aux infirmières en emploi.
Bas Saint-Laurent	9,3%	183	1 998	9,2%
Saguenay Lac Saint Jean	8,1 %	213	2 505	8,5%
Québec	12,3%	943	8 450	11,2%
Mauricie et Centre du Québec	8,8 %	325	3 644	8,9%
Estrie	11,8%	276	2 665	10,4%
Montréal	16,4%	2 883	21 842	13,2%
Outaouais	10,3%	175	2 003	8,8%
Abitibi-Témiscamingue	6,7%	96	1 323	7,3 %
Côte Nord	7,6%	64	921	6,9%
Nord du Québec	13,4%	35	367	9,4%
Gaspésie Îles de la Madeleine	7,8%	79	989	8,0%
Chaudière Appalaches	10,0%	258	2 632	9,8%
Laval	11,7%	191	1 976	9,7 %
Lanaudière	10,1%	165	1 976	8,3%
Laurentides	11,3%	244	2 542	9,6%
Monté régie	11,9%	703	6 945	10,1 %
Total	12,6%	6833	62 778	10,6%

Source : MSSS, novembre 2003 et Ordre des infirmiers et infirmières, octobre 2003.

Les tableaux 8 et 8a établissent une estimation des départs et des facteurs d'attrition qui influencent la main-d'œuvre infirmière au Québec.

Quoi qu'il en soit des hypothèses et scénarios retenus par la direction responsable d'établir les projections de la main-d'œuvre infirmière, nous retiendrons de ces statistiques qu'au total, 35 738 infirmières quitteront d'une manière ou d'une autre ce segment du marché du travail au cours des quinze prochaines années. On note aussi que l'attrition des infirmières au Québec se fera au rythme de 1 800 à 2 200 par année et que c'est vers les années 2011-12 à 2014-15 que nous nous rendons au niveau le plus fort de cette attrition, soit de 2 500 à 2 700 infirmières par année. Le tableau 8a présente l'offre projetée⁹⁸ pour les quinze prochaines années. Cette dernière croît pour une certaine période (2005-06 à 2011-12) puis baisse pour retrouver son niveau initial de 2002-2003. Ceci veut dire que les infirmières recrutées arrivent à peine à compenser les départs.

⁹⁸ L'offre projetée est égale à l'effectif de l'année précédente auquel s'ajoutent les infirmières recrutées pendant l'année, moins l'attrition de l'année en cours. Cette attrition est constituée de l'attrition de l'effectif en place au début de la projection à laquelle s'ajoute l'attrition de l'effectif recruté depuis le début de la projection.

Tableau 8 : Projection de l'attrition de l'effectif infirmier pour la période de référence 2002-03 à 2017-18

Année	Retraites	Décès	Cessations	Total
2002-03	1011	84	687	1782
2003-04	1037	86	632	1755
2004-05	1169	87	570	1826
2005-06	1349	88	529	1966
2006-07	1490	89	490	2069
2007-08	1605	90	458	2153
2008-09	1686	90	419	2195
2009-10	1800	90	396	2286
2010-11	1922	89	372	2383
2011-12	2283	86	343	2712
2012-13	2256	84	309	2649
2013-14	2226	80	282	2588
2014-15	2168	77	260	2505
2015-16	2066	74	238	2378
2016-17	2000	70	215	2285
2017-18	1939	67	200	2206
Total	28 007	1 331	6 400	35738

Source : MSSS, Suzanne Jean, août 2003.

Tableau 8a : Projection du nombre d'infirmières disponibles pour la période de référence 2002-03 à 2017-18

Année	départs attendus	nouvelles recrutées	départs des nouvelles	Effectif projeté
2001-02	-	-	-	62190
2002-03	1782	2049	82	62375
2003-04	1755	2520	148	62991
2004-05	1826	2619	204	63581
2005-06	1966	2705	255	64065
2006-07	2069	2680	303	64373
2007-08	2153	2643	355	64509
2008-09	2196	2647	403	64557
2009-10	2286	2700	436	64534
2010-11	2384	2797	472	64476
2011-12	2713	2797	504	64056
2012-13	2648	2797	540	63666
2013-14	2589	2797	568	63306
2014-15	2505	2797	592	63006
2015-16	2378	2797	614	62812

Année	départs attendus	nouvelles recrutées	départs des nouvelles	Effectif projeté
2016-17	2286	2797	638	62685
2017-18	2205	2797	655	62622

Source : MSSS, Suzanne Jean, août 2003.

B. La demande de la main-d'œuvre infirmière

La définition de la demande de main-d'œuvre infirmière n'est pas sans controverses. Certains estiment la demande en main-d'œuvre infirmière du réseau en effectifs ramenés au nombre de postes équivalent temps complet. Au 31 mars 2002, 41 663 postes en E.T.C= 41 663 infirmières. Or, chaque effectif infirmier génère la présence d'autres effectifs pour le remplacer durant ses congés, vacances, absences maladie, etc. d'où en partie les 41 663 postes E.T.C = 56 064 effectifs.

D'autres observateurs croient que la « demande » est exagérée suite à une surutilisation des infirmières à temps partiel. Ils considèrent qu'il faut convertir deux temps partiel en un temps complet pour réduire la demande d'au moins 20%. D'autres aussi avancent l'idée que des demandes en infirmières pourraient être converties en demandes d'infirmières auxiliaires.

Pour notre part, nous allons suivre, dans ce chapitre, la méthodologie de l'estimation des besoins de main-d'œuvre retenue par le Forum de 2001 et par les structures chargées de suivre et de mettre à jour les données du Forum. La demande de la main-d'œuvre infirmière est composée de l'effectif actuel en emploi auquel on ajoute l'effectif additionnel (ou en moins) résultant de facteurs contingents.

Demande de main d'œuvre infirmière =
<i>Nombre des infirmiers (ères) en emploi (plus) Nombre issu de facteurs contingents⁹⁹</i>

Après avoir présenté les caractéristiques socio-démographiques de l'offre des effectifs infirmiers disponibles au 31 mars 2003, et sachant les anticipations prévisionnelles de départs pour différentes raisons et par-là les prévisions de l'offre de la main-d'œuvre infirmière ou le nombre d'infirmières disponibles pour les quinze prochaines années, nous allons ainsi décrire la demande de la main-d'œuvre infirmière et/ou les prévisions du nombre d'infirmières requises pour la même période (les 15 prochaines années à partir de l'année de référence 2002-2003).

⁹⁹ Les principaux facteurs contingents susceptibles d'avoir une influence sur l'augmentation ou la réduction du personnel infirmier sont l'augmentation des besoins en soins et services de santé (dont notamment la démographie de la population), la démographie de la population infirmière, l'organisation et les conditions de travail.

Le modèle de projection des besoins en termes de main-d'œuvre infirmière pour les prochaines années retenu par les services responsables au sein du MSSS et aussi par l'équipe de travail sur la planification de la main-d'œuvre infirmière lors du Forum national de 2001, tient compte essentiellement des facteurs démographiques de la population québécoise, de la structure démographique de la population infirmière en exercice, de l'organisation et des conditions de travail comme facteurs qui peuvent aussi influencer l'évolution des besoins en effectifs de soins infirmiers identifiés par les établissements. En bref, la détermination de la demande de main-d'œuvre infirmière sera essentiellement fonction de la situation qui prévaut au départ sur le marché de cette catégorie de main-d'œuvre et de l'influence des facteurs contingents sur cette dernière.

Le groupe de travail chargé de la projection de la demande de main-d'œuvre infirmière jusqu'en 2015 a envisagé cinq scénarios résultant de la combinaison des différentes hypothèses suivantes¹⁰⁰ : H1) Entre le choix de projeter les besoins de main-d'œuvre infirmière seulement pour le réseau ou pour l'ensemble du Québec (ce qui veut dire se référer à l'effectif des infirmières en emploi dans le réseau ou à l'effectif des infirmières en pratique au Québec), le groupe a considéré les besoins de main-d'œuvre pour toute la province, y compris les besoins de main-d'œuvre infirmière hors réseau, notamment le secteur privé et le réseau de l'éducation. H2) Le taux de cessation d'emploi retenu est dit « intermédiaire » dans le sens où les personnes qui travaillent à temps complet ou qui font un volume horaire se rapprochant de ce dernier ont une propension à quitter significativement moins importante que pour les infirmières à temps partiel. Ce taux tient compte aussi du transfert de la main-d'œuvre infirmière du secteur public vers le secteur privé. H3) La demande de la main-d'œuvre projetée tiendra compte de la main-d'œuvre requise pour remplacer les départs et de l'augmentation des besoins estimée à 1,13% par année. H4) Une pénurie initiale de 1 500 infirmières. H5) Dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés- CHSGS-, le départ de chaque infirmière auxiliaire est remplacé par une infirmière. Le scénario qui a servi comme base aux estimations de l'évolution des besoins et du recrutement de la main-d'œuvre infirmière lors du Forum 2001, combinait les quatre premières hypothèses (ensemble des infirmières en pratique au Québec : 59 546, un taux de cessation intermédiaire ajusté, une pénurie initiale de 1 500 infirmières et une augmentation des besoins d'un taux de 1,13%).

Le tableau qui suit présente sommairement les cinq scénarios envisagés par le groupe de travail chargé de quantifier l'évolution des besoins de main-d'œuvre infirmière jusqu'en 2015.

Tableau 9 : Scénarios sur l'estimation de l'évolution des besoins et de recrutement

<i>Scénario</i>	<i>Hypothèses retenues pour chaque scénario</i>
A	<i>H1 : infirmières du RSSS : 51 071 H2 : taux de cessation«intermédiaire» H3 : aucune pénurie H4 : aucune augmentation des besoins</i>
B	<i>H1 : infirmières du RSSS : 51 071 H2 : taux de cessation«intermédiaire» H3 : pénurie initiale de 1 500 infirmières H4 : aucune augmentation des besoins</i>
C	<i>H1 : infirmières du RSSS : 51 071 H2 : taux de cessation«intermédiaire» H3 : pénurie initiale de 1 500 infirmières H4 : augmentation des besoins : taux de 1,13%</i>
D * <i>* Le Forum a choisi de retenir le scénario D, qui apparaissait le mieux décrire la situation prévisible.</i>	<i>H1 : ensemble des infirmières en pratique au Québec : 59 546 H2 : taux de cessation«intermédiaire» ajusté (tient compte du transfert vers le privé) H3 : pénurie initiale de 1 500 infirmières H4 : augmentation des besoins : taux de 1,13%</i>
E	<i>H1 : ensemble des infirmières en pratique au Québec : 59 546 H2 : taux de cessation«intermédiaire» ajusté (tient compte du transfert vers le privé) H3 : pénurie initiale de 1 500 infirmières H4 : augmentation des besoins : taux de 1,13% H5 : remplacement des infirmières auxiliaires en CHSGS par des infirmières</i>

Source : Rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, 2001.

1- Situation de référence : une pénurie initiale

La méthode retenue dans le rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, consiste à transformer les heures supplémentaires effectuées en 1998-1999 par rapport à 1995-1996, en équivalent d'une infirmière à temps partiel occasionnel travaillant en moyenne 840 heures par année. Selon cette méthode de calcul, le groupe de travail du Forum estimait une pénurie pour l'année de référence 1998-99 de 1500 infirmières. En utilisant la même méthode de calcul, Suzanne Jean, (2003)¹⁰¹ estimait la pénurie pour l'année de base 2002-2003 à 2 138 infirmières.

Dans ce même document, Suzanne Jean proposait un ajustement pour la façon de calculer la pénurie initiale en transformant les heures supplémentaires effectuées au-delà du volume moyen des années de 1985 à 1995 en «équivalent infirmière moyenne». Cet ajustement fait en sorte que la pénurie au niveau de l'ensemble du Québec pour l'année de base 2002-2003 s'élèverait à 1 380 infirmières plutôt que 2 138.

¹⁰⁰ Rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, 2001. P. 33, 34 et 35.

¹⁰¹ Suzanne Jean « Projection de la main-d'œuvre infirmière 2002-2003 à 2017-2018 », Direction générale du personnel réseau, MSSS, août 2003.

Suzanne Jean considère que «la méthode d'estimation de la pénurie initiale retenue dans le rapport du Forum surestime la pénurie initiale pour deux raisons. La première est le fait que l'année 1995-1996, retenue comme période de référence pour le volume acceptable d'heures supplémentaires, est l'année du plus faible volume de temps supplémentaire des 15 dernières années. Ainsi, il vaudrait mieux tenir compte d'un pourcentage moyen de temps supplémentaire basé sur un historique de quelques années, plutôt que sur une seule année atypique. La seconde raison est le fait qu'il soit préférable de transformer le volume d'heures supplémentaires en «équivalent infirmière moyenne» plutôt qu'en «équivalent TPO», ce qui serait plus cohérent avec la logique générale du modèle de projection»¹⁰². La pénurie initiale dans toutes les régions du Québec telle qu'elle apparaît dans le tableau 10¹⁰³, a été calculée en transformant les heures supplémentaires effectuées au-delà du volume moyen des années de 1985 à 1995 en «équivalent infirmière moyenne»¹⁰⁴. Près des trois quarts de la pénurie dans l'ensemble de la province existait dans cinq régions seulement (Montréal, Montérégie, Outaouais, Laurentides, Mauricie et le Centre du Québec).

La région de Montréal à elle seule connaissait une pénurie représentant 2,4% des infirmières qu'elle employait et représentant aussi 40 % de l'ensemble de la pénurie au Québec. La part de la Montérégie dans l'ensemble de la pénurie est de 14 %, suivie par des régions comme l'Outaouais (près de 7%), les Laurentides, la Mauricie et le Centre du Québec, représentant successivement 6% de la pénurie totale. Si on rapporte la pénurie initiale aux infirmières en emploi dans la région, cette dernière variera de 0,6% dans la Capitale Nationale à 4,4% dans l'Outaouais. Cinq régions seulement ont un déficit en dessous de la moyenne provinciale (2,2%), alors que les autres régions dépassent la moyenne et partent avec un déficit record par rapport aux infirmières en exercice.

¹⁰² Suzanne Jean «Projection de la main-d'œuvre infirmière 2002-2003 à 2017-2018», Direction générale du personnel réseau, MSSS, août 2003. P. 14.

¹⁰³ Dans ce tableau on retient l'estimation d'une pénurie initiale de 1 380 infirmières selon l'ajustement proposé Suzanne Jean, Op. cit.

¹⁰⁴ Le rapport du Forum 2001, transformait les heures supplémentaires effectuées au-delà du volume de l'année 1995-96 en équivalent infirmière occasionnelle (équivalent TPO). Cette méthode donnait une pénurie de 2138 infirmières au Québec en 2003.

Tableau 10 : Répartition régionale de la pénurie initiale au 31 mars 2003

Région administrative	Pénurie initiale	Infirmières en emploi	Pénurie initiale en % des infirmières en emploi
Bas Saint-Laurent	34	1 998	1,7%
Saguenay Lac Saint Jean	30	2 505	1,2%
Québec	49	8 450	0,6%
Mauricie et Centre du Québec	78	3 644	2,2 %
Estrie	29	2 665	1,1%
Montréal	533	21 842	2,4 %
Outaouais	88	2 003	4,4 %
Abitibi- Témiscamingue	30	1 323	2,3%
Côte Nord	34	921	3,7 %
Nord du Québec	9	367	2,4%
Gaspésie Îles de la Madeleine	23	989	2,3%
Chaudière Appalaches	30	2 632	1,1 %
Laval	53	1 976	2,7%
Lanaudière	48	1 976	2,4 %
Laurentides	79	2 542	3,1 %
Montérégie	187	6 945	2,7 %
Total	1335 ¹⁰⁵	62 778	2,1%

Source : MSSS, novembre 2003 et Ordre des infirmiers et infirmières, octobre 2003.

2- Situation dans les prochaines années

La quantification des besoins de main-d'œuvre infirmière pour les prochaines années nécessite l'élaboration de plusieurs scénarios résultant des combinaisons possibles des différentes hypothèses. Le groupe à qui le Forum a confié la planification de la main-d'œuvre infirmière a retenu un des cinq scénarios examinés qui apparaissait le mieux décrire la situation prévisible. En se basant sur les principales hypothèses du scénario retenu (le nombre des infirmières en emploi au Québec en 1999 est de 59 546, taux de cessation qui tient compte du transfert vers le privé, pénurie initiale de 1 500 infirmières et augmentation des besoins à un taux de 1,13%) on estimait une pénurie cumulative en 2015 égale à 17 500 infirmières. Pour résorber ce déficit, il faut en former 19 819 étant donné les départs des infirmières nouvellement formées.

En mars 2003, dans le cadre de son mandat de suivi et de mise à jour des travaux du Forum national de planification de la main-d'œuvre infirmière, le ministère de la Santé et des Services sociaux effectuait une nouvelle projection de la main-d'œuvre infirmière en tenant compte des plus récentes données disponibles et en introduisant des améliorations méthodologiques au modèle de projection¹⁰⁶. On anticipe une pénurie

¹⁰⁵ La méthode appliquée ici donne une pénurie initiale de 1380 infirmières au 31 mars 2003. La différence entre le total de 1380 et celui de 1335 est due à l'absence des deux régions de Nunavik et de Terres-Cries-de-la-Baie-James.

¹⁰⁶ Cette mise à jour des données retient la même méthode d'estimation de la pénurie initiale que celle retenue dans le rapport du Forum, soit celle d'une pénurie initiale de 2 138 infirmières en 2003. Un ajustement de cette méthode pourrait être retenu lors des prochaines révisions des projections.

de 21 400 infirmières en 2017-2018 sachant la constance des différentes tendances. Pour sa part, l'offre projetée pour les quinze prochaines années connaîtra trois phases de croissance. Une première quinquennale caractérisée par une croissance continue en termes d'effectifs jusqu'à atteindre le maximum de cette phase. La deuxième quinquennale est une phase de « maturité » ou de constance de la tendance. Enfin, un déclin durant toute la troisième quinquennale pour retrouver le point de départ, c'est-à-dire l'offre des effectifs infirmiers de 2002-03. Quant à la demande projetée, elle croît régulièrement au cours des quinze prochaines années. La résultante entre l'offre et la demande rendra la pénurie évolutive au cours des années pour atteindre 21 400 infirmières qui manqueront à la fin de l'année 2017-18. Une autre projection de la main-d'œuvre infirmière¹⁰⁷ régionale pour la période allant de 2003 à 2008 permet une approximation des pénuries régionales selon les hypothèses retenues¹⁰⁸. En général, on constate que le portrait de la pénurie varie d'une région à l'autre : certaines régions connaissent déjà une pénurie importante alors que d'autres ne seront pas touchées.

Par ailleurs, à la question du nombre d'infirmières nécessaires dans le système de santé et de services sociaux, s'ajoute la question de leur qualification. Bien qu'on ne dispose pas d'une répartition exacte de la spécialisation nécessaire pour répondre aux besoins, il reste qu'une bonne partie de la pénurie évoquée correspond probablement à une inadéquation entre l'offre et la demande en ce qui concerne notamment la formation initiale, l'expérience et l'expertise spécifique. Mentionnons que selon les données de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, pour l'an 2000, seulement 8,4% des diplômées du Québec ont une formation initiale de baccalauréat, contre 32,1% en Ontario, 57,4% en Colombie-Britannique et près de 100% dans la plupart des autres provinces canadiennes.

II- Les aspects qualitatifs du fonctionnement du marché de la main-d'œuvre infirmière au Québec

La grave pénurie d'infirmières à laquelle fait face actuellement le système de santé au Québec n'est pas un phénomène nouveau. Elle n'est que l'aboutissement notamment du processus de coupures budgétaires enclenché au milieu des années 70 par les gouvernements, les administrations hospitalières et les associations patronales, pour régler à court terme les problèmes de financement du réseau de la santé. En effet, le marché de la main-d'œuvre infirmière au Québec fait face aujourd'hui aux conséquences de ces choix dont l'attraction et la rétention des nouvelles infirmières sont la manifestation majeure.

¹⁰⁷ Projection régionale de la main d'œuvre infirmière, 2003-2004 à 2007-2008, Marie-Ève Buteau, Direction général du personnel réseau, MSSS, novembre 2003.

¹⁰⁸ Des écarts importants existent dans les résultats selon les scénarios. Les résultats des six scénarios sont en annexe 2.

Tableau 11 : Évolution annuelle de la pénurie d'infirmières

Année	Effectif projeté	Effectif requis	Pénurie d'infirmières	Pénurie d'infirmières en % des effectifs requis
2002-03	62375	64513	2138	3,31%
2003-04	62991	65507	2516	3,84%
2004-05	63581	66516	2935	4,41%
2005-06	64065	67541	3476	5,15%
2006-07	64373	68581	4208	6,13%
2007-08	64509	69824	5315	7,61%
2008-09	64557	71089	6532	9,19%
2009-10	64534	72377	7843	10,84%
2010-11	64476	73689	9213	12,50%
2011-12	64056	75024	10968	14,62%
2012-13	63666	76454	12788	16,73%
2013-14	63306	77911	14605	18,74%
2014-15	63006	79396	16390	20,64%
2015-16	62812	80909	18097	22,37%
2016-17	62685	82451	19766	23,97%
2017-18	62622	84022	21400	25,47%

Source : MSSS, Suzanne Jean, août 2003.

II- Les aspects qualitatifs du fonctionnement du marché de la main-d'œuvre infirmière au Québec

La grave pénurie d'infirmières à laquelle fait face actuellement le système de santé au Québec n'est pas un phénomène nouveau. Elle n'est que l'aboutissement notamment du processus de coupures budgétaires enclenché au milieu des années 70 par les gouvernements, les administrations hospitalières et les associations patronales, pour régler à court terme les problèmes de financement du réseau de la santé. En effet, le marché de la main-d'œuvre infirmière au Québec fait face aujourd'hui aux conséquences de ces choix dont l'attraction et la rétention des nouvelles infirmières sont la manifestation majeure.

Après une décennie de restructuration du système de soins de santé, axée sur la réduction des coûts et sur la volonté de faire plus avec moins, les questions sur la qualité de vie des infirmières dans leur milieu de travail, l'existence d'une relation entre la détérioration des conditions de travail et l'efficacité de la pratique infirmière, la sécurité des infirmières en milieu de travail, la santé et la satisfaction au travail des infirmières, l'encadrement, le soutien clinique et la formation continue des infirmières se révèlent d'autant plus pertinentes. Ce sont donc les éléments qualitatifs de la pénurie de la main-d'œuvre infirmière au Québec que nous allons explorer dans cette section.

1. Les effets négatifs en termes de rétention et d'attraction

Les études, les rapports et les données qui émanent des différents intervenants du marché de la main-d'œuvre infirmière (OIIQ, MSSS, FIIQ, Forum national et colloques régionaux, etc.) s'accordent non seulement sur le grand déficit que connaîtra le marché de l'emploi des infirmières au cours des prochaines années, mais aussi à l'effet que l'attraction et la rétention des nouvelles infirmières constituent un enjeu stratégique et des défis majeurs pour tous les acteurs sociaux. Selon les données actuelles, 14% des nouvelles infirmières abandonnent la profession au cours des cinq (5) premières années de pratique. Pourquoi la profession d'infirmière n'attire pas le nombre suffisant de jeunes? Pourquoi des nouvelles infirmières quittent la profession en début d'emploi ou peu de temps après? Pourquoi les infirmières ne veulent pas travailler au-delà de l'âge de la retraite?

L'insertion des jeunes infirmières débutantes en milieu hospitalier s'avère très difficile pour plusieurs raisons¹⁰⁹. L'OIIQ (2001) précise pour sa part que les milieux de soins éprouvent de plus en plus de difficultés à réaliser l'encadrement clinique des jeunes infirmières, ce qui ne favorise pas leur intégration et le développement de leur expertise entre autres, les attentes des infirmières nouvellement graduées diffèrent grandement de la réalité du milieu de travail. Les milieux hospitaliers exigent de la nouvelle diplômée qu'elle soit fonctionnelle, c'est-à-dire qu'elle remplisse une fonction pratique en exécutant une série de tâches techniques plutôt que professionnelles. Cette pratique semble désorienter voire déstabiliser les nouvelles infirmières qui selon Viens et Lavoie-Tremblay (2002), désirent d'abord se réaliser en tant qu'infirmières professionnelles et ensuite être reconnues et appréciées. À cet écart entre les attentes des jeunes infirmières et la réalité assez précaire du milieu de travail, s'ajoutent d'autres stressseurs ou facteurs puissants de démotivation qui participent grandement à leur retrait du marché du travail et/ou à leur désengagement vis-à-vis la profession. Par exemple, pour faire face au manque d'infirmières, dans le contexte actuel de travail, certains établissements de santé ont adopté des mesures qui ont eu de grandes répercussions sur l'organisation du travail comme la modification de l'organisation de travail au sein des équipes de soins, le système de rotation sur une base volontaire ou obligatoire si nécessaire, le temps supplémentaire obligatoire si nécessaire, etc. Aussi, en plus des inconvénients inhérents à la profession tels le travail de nuit, de fin de semaine ou les jours fériés, les jeunes savent que les nouvelles diplômées seront « condamnées » à plusieurs années de travail de nuit. Il n'est donc pas surprenant de voir les jeunes

¹⁰⁹ D'après Chantal Viens et Mélanie Lavoie-Tremblay dans «Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers»- Presses Inter Universitaires, 2002. « Dans la littérature, on relève cinq catégories de difficultés en début d'emploi : 1) le difficile passage du statut d'étudiante à celui de travailleuse, 2) les nombreuses insatisfactions en début de travail, 3) les attentes irréalistes ou encore celles non comblées, 4) les conditions de travail difficiles et 5) les programmes d'intégration qui ne tiennent pas compte des besoins des nouvelles infirmières ». P. 9.

choisir une autre carrière moins contraignante. Les infirmières en pratique déplorent la surcharge de travail qui s'accroît d'année en année et qui fait en sorte qu'elles ne peuvent plus répondre aux besoins réguliers du service et/ou remettre à plus tard certaines techniques de soins, comme le changement d'un pansement ou d'un soluté, et qui les amène à délaissé certaines pratiques professionnelles, comme la prise de connaissance approfondie du dossier du patient. Épuisées physiquement et psychologiquement, beaucoup d'infirmières démissionnent. Les employeurs ne peuvent combler les postes devenus ainsi vacants dans un contexte de pénurie d'infirmières sur le marché et dans un contexte organisationnel ne pouvant créer l'environnement de qualité nécessaire pour attirer des nouvelles recrues et pour garder leurs infirmières chevronnées.

2- Encadrement et formation des infirmières

Une étude¹¹⁰ sur la qualité des soins infirmiers a permis de faire le point sur l'encadrement clinique et la formation des infirmières. Selon les résultats du sondage, les directrices et directeurs des soins infirmiers (DSI), les responsables des soins infirmiers (RSI) et les conseils des infirmières et infirmiers (CII) rapportent que la baisse du nombre des infirmières cadres (départs à la retraite) a fait beaucoup réduire le ratio de soutien clinique (infirmière clinicienne spécialisée/infirmières soignantes), le ratio d'encadrement du personnel infirmier (infirmière cadre/personnel infirmier), le ratio d'encadrement des infirmières (infirmière cadre/ infirmières soignantes), ainsi qu'une diminution du mentorat et de l'évaluation des nouvelles infirmières. Aussi les nouveaux rôles attribués aux infirmières- chefs dans plusieurs hôpitaux (qui doivent assurer la supervision de plus d'une unité de soins), leur ont laissé moins de temps pour travailler directement avec les infirmières et leur offrir plus de soutien clinique. On relève aussi, qu'au moment des départs des infirmières expérimentées, les nouvelles infirmières sont laissées sans formation continue ni encadrement et soutien, bien qu'elles ont une charge de travail importante et doivent superviser les auxiliaires.

Pour ce qui est de la formation continue dans ce contexte de pénurie, s'il est vrai, comme d'ailleurs le reconnaît le rapport du Forum, que la libération des infirmières pour la formation en cours d'emploi ajoute à la difficulté des établissements de maintenir l'effectif requis pour la prestation des soins infirmiers, il est aussi indispensable de mettre en place un plan global de formation en cours d'emploi pour diminuer le sentiment d'insécurité vécu par les infirmières suite à l'avènement des nouveaux appareils, des nouvelles technologies et des changements multiples apportés aux techniques de soins. C'est par le biais de la formation continue entre autres qu'on peut investir dans la qualité des soins, dans la satisfaction et la motivation des infirmières qui, trop souvent encore, se sentent démunies face à

¹¹⁰ Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec, OIIQ, décembre 2001.

l'évolution de leurs tâches. Une étude a révélé que la satisfaction des infirmières au travail constitue un facteur fort puissant de la satisfaction des clients. Les infirmières, comme la plupart des gens d'ailleurs, travaillent mieux lorsqu'elles ont le sentiment de contrôler leur vie professionnelle et personnelle. C'est aux gestionnaires que revient ainsi la tâche de créer ce sentiment de contrôle en donnant aux infirmières un plus grand rôle dans l'organisation du travail, dans le développement de leurs compétences et de leur carrière professionnelle.

3- Conditions de pratique

Peu de choses ont changé en termes de conditions de pratiques qui pourtant continuent à défavoriser voire dévaloriser professionnellement, économiquement et socialement la profession d'infirmière par rapport aux autres professions concurrentes. En effet, la difficulté d'obtenir un poste stable est la condition de pratique défavorable la plus fréquente dans les établissements de santé, des soins et des services sociaux. Dans ce contexte, le recours systématisé au temps supplémentaire, (y compris le temps supplémentaire obligatoire), est la pratique la plus courante, jugée la plus rentable à court et moyen terme pour faire face au manque de personnel. Selon les données quantitatives disponibles, le temps supplémentaire augmente continuellement depuis maintenant des années. D'ailleurs, d'après certains analystes qui se penchent sur l'étude de cette question, la pratique d'obligation des heures supplémentaires va continuer et va s'élargir à la majorité des infirmières en emploi et elle aura des conséquences graves sur la qualité des soins infirmiers du fait que cette pratique contribue à diminuer la satisfaction au travail des infirmières.

Certaines études, en traitant des conditions de pratique des infirmières, font ressortir des lacunes en ce qui a trait à la disponibilité du personnel d'assistance (infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, etc.) en quantité suffisante et à l'adéquation des services de soutien administratif et de soutien technique. Des infirmières interviewées confirment l'inadéquation des services de soutien et elles se trouvent à faire des tâches non reliées aux soins infirmiers, tels la distribution et le ramassage des plateaux de nourriture. La difficulté à libérer les infirmières pour la formation continue est également ressortie parmi les conditions de pratique auxquelles les répondantes ont attribué un impact négatif sur la satisfaction et la motivation des infirmières. Les commentaires suivants reflètent ce que le personnel infirmier ressent au quotidien¹¹¹ :

- Je suis très souvent insatisfaite à la fin de mon quart de travail; tout se fait avec manque de temps et souvent de personnel. Donc, nous sommes toujours à se demander si tout est fait et bien fait. - Nous n'avons plus le temps de l'approche au patient. Tout est technique! L'approche est pourtant primordiale.

¹¹¹ Les résultats d'un sondage réalisé auprès des professionnels en soins infirmiers « recommandations pour la poursuite des travaux de transformation du réseau », Comité des directrices et directeurs des soins infirmiers de la Gaspésie/Îles de la Madeleine, juillet 1997.

- *Tâches alourdies; prise des heures de repas inadéquate- assez souvent vers 13h le jour, ce n'est pas correct de dîner à cette heure quand on déjeune à 6h30 le matin; pas d'information formelle sur les plans d'organisation du travail en vertu des derniers changements.*
- *Je considère que ma charge de travail a tendance à augmenter continuellement. Je quitte insatisfaite du travail accompli, car nous n'avons plus le temps de nous arrêter pour rassurer les bénéficiaires Pas de temps pour donner de l'enseignement aux bénéficiaires.*
- *Je suis très déçue de la façon dont fonctionne l'organisation du travail. On est surchargé de travail, pas le temps de verbaliser avec les bénéficiaires. Je me considère comme un robot, les batteries ne sont jamais rechargées.*
- *Mes tâches s'alourdissent de plus en plus et ceci au détriment de la bonne qualité de soins que nous avons toujours fournis, d'où vient l'insatisfaction à la fin d'une journée de travail.*
- *Manque d'organisation et de personnel. 90% de mon temps passe à chercher des lits.*
- *Je me rends responsable de ma formation. Atmosphère de travail difficile. - J'entends souvent des rumeurs de toutes sortes : sur les coupures, fusions, etc. et je considère qu'il y a longtemps à se questionner avant que quelqu'un de la direction nous informe.*
- *Quand on entend la D.G. nous dire que tout va bien, tout est beau, on n'est pas sur la même planète. Trop grande surcharge de travail.*
- *Tout cela joue sur le moral.*

Peu de choses auraient changé en matière de pratiques professionnelles dans le cadre de la réorganisation du travail que connaît le secteur de la santé et des soins depuis plusieurs années¹¹². Cependant, suite aux plus récentes modifications apportées au code des professions et aux dispositions législatives¹¹³ dans le domaine de la santé, on s'attend à des améliorations.

4- Santé et satisfaction au travail des infirmières

Le surplus de travail, les lourdes charges, les longues heures de travail, le manque d'organisation, la faiblesse du statut professionnel et les relations difficiles au travail peuvent affecter la santé physique et psychologique des infirmières. Dans l'étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec¹¹⁴, la plupart des directrices et directeurs des soins infirmiers, des responsables des soins infirmiers et des conseils des infirmières et infirmiers considèrent que les exigences relatives au maintien de la qualité des soins infirmiers dans le contexte actuel ont un impact sur les infirmières, plus directement sur leur santé et leur motivation et en conséquence sur la rétention et l'attraction de cette catégorie de main-d'œuvre.

¹¹² D'après Suzanne Jean, en septembre 2003, «Jusqu'à maintenant, les travaux réalisés pour revoir l'organisation du travail ont peu touché à la révision des pratiques professionnelles...». P. 22.

¹¹³ La loi modifie le code des professions en élargissant le champ de pratique de chaque profession, favorisant la collaboration et le travail en équipe multidisciplinaire et permettant aux professionnels d'utiliser leur plein potentiel en partageant leurs tâches de façons plus efficace.

¹¹⁴ OIIQ, 2001. Op. Cit.

Quant à la santé des infirmières, les données recueillies lors du sondage¹¹⁵ indiquent une augmentation du nombre moyen d'heures d'absence et d'absence-maladie ainsi que de la proportion d'infirmières en congé de maladie prolongé (deux mois et plus). En établissant un rapport quasi-parfait entre le nombre d'heures supplémentaires et les congés de maladie, des études récentes relèvent un niveau de satisfaction plus élevé et un bon niveau de bien-être (sens plus large du terme santé) des infirmières dans les établissements où elles font moins de temps supplémentaire. On constate aussi que l'absentéisme est plus important chez les infirmières travaillant à plein temps que parmi celles qui sont à temps partiel. La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux constate dans son rapport en 2000 que les coûts de l'assurance salaire ont augmenté de 25% entre 1993 et 1999, surtout en raison de la hausse des problèmes de santé mentale liés à l'épuisement professionnel et à la dépression. En 1999-2000, ces coûts sont estimés à 350 millions de dollars en assurance salaire et en dépenses pour la CSST. Cependant, suite au plan d'action mis en place depuis la fin de 2001, pour la gestion de la présence au travail et avec l'implication des différents intervenants et gestionnaires, les données pour 2002-2003 indiquent déjà une réduction de 4,4% du ratio d'assurance salaire par rapport à 2001-2002. Ce plan qui a comme objectif de réduire de 16% en 3 ans le ratio provincial d'assurance salaire pour les infirmières permettra de réaffecter l'équivalent de 582 infirmières d'ici 2007¹¹⁶.

Quant à l'impact de la réorganisation des services de santé sur le bien-être et la qualité de vie au travail des infirmières, des études réalisées à ce sujet révèlent que nombre d'infirmières éprouvent de la morosité et que plusieurs d'entre elles rapportent de l'épuisement, de la souffrance et de la détresse psychologique. A titre indicatif notons que plusieurs études nord-américaines¹¹⁷ se sont intéressées ces dernières années à l'étude de la santé et la satisfaction des infirmières au travail. Certaines ont cherché à établir des liens entre la santé des infirmières (le terme santé désigne le bien-être général de la personne et non seulement le fait d'être malade ou en bonne santé) et la sécurité d'emploi, la pression au travail, le manque de personnel, la violence au travail. D'autres ont étudié les transformations du réseau et les réorganisations de travail et leurs impacts sur la vie professionnelle et la vie familiale des infirmières.

Enfin, notons que les résultats obtenus lors de plusieurs sondages effectués auprès des infirmières canadiennes au cours des trois dernières années, montrent à quel point le milieu de travail a un effet sur la santé des effectifs infirmiers et par conséquent, se traduirait en résultats négatifs pour les patients. En

¹¹⁵ OIIQ, 2001. Op. Cit.

¹¹⁶ Suzanne Jean, MSSS, 2003.

¹¹⁷ Une description des principaux résultats de ces études nord-américaines est présentée en annexe A de l'étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements du Québec, OIIQ, décembre 2001.

2001¹¹⁸, plus du tiers des infirmières canadiennes se disent insatisfaites dans leur travail et la proportion d'infirmières ayant l'intention de laisser leur emploi au cours de l'année suivante est plus élevée chez celles qui sont âgées de moins de 30 ans que chez l'ensemble des infirmières (29,4% contre 16,6%). Dans un contexte nord-américain plus large, le sondage effectué par l'ANA¹¹⁹ sur son site Internet en 2001, indique que 54,8% des 7 299 infirmières répondantes ne recommanderaient pas la profession d'infirmière comme choix de carrière à leurs enfants ou à leurs amis. Voilà donc autant d'indicateurs à l'effet que l'attraction et la rétention des nouvelles infirmières, dans le système de santé actuel, constituent des défis majeurs et que toute solution à cette problématique doit nécessairement passer par l'amélioration du bien-être des infirmières. L'enjeu n'est donc pas que quantitatif. Il est aussi largement qualitatif.

III - Consensus autour de la planification de la main-d'œuvre infirmière

La situation critique dans le secteur de la main-d'œuvre infirmière a amené tous les intervenants à porter une attention particulière à cette question. Trouver réponse aux défis que représente cette pénurie du personnel infirmier qui sévissait dans le système de santé depuis plusieurs années repose sur une réflexion élargie, une vision globale, une responsabilité partagée et des solutions concrètes et concertées aux problèmes reliés à la planification et à la promotion de la main-d'œuvre infirmière. Déterminés à agir, les acteurs sociaux ont lancé en 1999 un Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière suivi par des colloques, conférences et rapports régionaux pour travailler cette problématique en synergie, en faisant appel à l'engagement de tous les partenaires.

1- Forum national sur la main-d'œuvre infirmière (2001)

Lancés en automne 1999, les travaux sur la planification de la main-d'œuvre infirmière ont fait l'objet de consensus auprès de l'ensemble des membres représentés au Forum¹²⁰. Le mandat du Forum consiste à quantifier les besoins en termes d'effectifs infirmiers et à élaborer un plan d'action pour répondre à ces besoins. Il sera aussi responsable de la communication et de la diffusion des différentes stratégies et actions arrêtées.

Présentés dans un rapport publié en février 2001, les travaux du Forum ont permis de dresser un portrait de la situation initiale et future sur le marché de la main-d'œuvre infirmière au Québec. Partant d'une situation de pénurie initiale sur le marché de la main-d'œuvre infirmière, cette dernière au lieu de se

¹¹⁸ Sondage mené dans le cadre des travaux de l'International Hospital Outcomes Research Consortium, 2001.

¹¹⁹ American Nurses Association, Site Internet de l'ANA : www.Nursingworld.org.

¹²⁰ Pour les organismes invités et les représentants délégués au Forum, voir tableau page 13 du rapport du Forum, février, 2001. Pour la composition du groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, voir la page 14 du même rapport.

résorber a augmenté au fil des années. La résultante de l'offre et de la demande projetées jusqu'en 2015, indiquait une pénurie de 17 500 infirmières si aucun changement ne se produisait dans l'organisation du travail et les pratiques professionnelles. Tenant compte du nouveau contexte et des nouvelles données socio-économiques dans lequel évoluera la fonction d'infirmière, le diagnostic mettait l'accent sur l'importance de la formation initiale et en cours d'emploi des infirmières pour mieux répondre aux besoins immédiats et futurs du marché. La formation des infirmières en nombre suffisant et en qualités nécessaires représentait un défi majeur pour les intervenants en la matière. L'enjeu de l'attraction et la rétention des nouvelles infirmières s'inscrivaient aussi dans une conjoncture difficile combinée avec plusieurs facteurs qui influencent la non orientation des jeunes femmes vers la profession d'infirmière. Enfin, en précisant que les facteurs environnementaux, structurels et conjoncturels ont eu un impact défavorable sur l'attraction et la rétention des infirmières, le rapport du travail du Forum mettait l'accent sur l'importance d'adapter les milieux de travail aux besoins et aux nouvelles aspirations des infirmières tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel. L'amélioration de la qualité de vie au travail s'avère une action impérative pour réussir le pari de promotion et de développement de la profession d'infirmière.

Les objectifs arrêtés dans le plan d'action issu des travaux du Forum consistent à :

- résorber la pénurie globale;
- améliorer l'adéquation entre les compétences et les besoins des clientèles;
- rendre la profession plus concurrentielle pour attirer un plus grand bassin de main-d'œuvre;
- effectuer un suivi des activités prévues au plan d'action et mettre à jour annuellement le modèle de projection et le plan d'action.

2- Suivi et mise à jour du rapport du Forum¹²¹

Le Forum de 2001 a mandaté un comité pour faire le suivi des actions programmées et pour mettre à jour annuellement les prévisions de la main-d'œuvre. À cet égard, le comité énumère les actions réalisées suivantes :

- Une campagne de mobilisation des acteurs régionaux et locaux pour les impliquer dans la réalisation des objectifs du Forum, et une campagne médiatisée visant l'attraction des jeunes vers les professions du secteur de la santé.
- En collaboration avec les équipes syndicales, les régies régionales et les établissements se sont dotés d'un comité de main-d'œuvre en soins infirmiers et ont établi leur propre plan d'action.
- Une dizaine de collèges ont intensifié l'offre de programmes accélérés en soins infirmiers pour les adultes, de programmes d'adaptation pour celles qui veulent réintégrer le marché de travail et de

¹²¹ Planification de la main-d'œuvre infirmière «Bilan des travaux réalisés et mise à jour du plan d'action », MSSS, septembre 2003.

programme de passerelle pour les infirmières auxiliaires (près de 200 candidates ont participé à ces programmes spéciaux dans les trois dernières années). Le comité note aussi l'augmentation des admissions tant au cégep qu'à l'université et un renforcement du programme de formation DEC-Bac à partir de 2002.

- Support financier (de la part du MSSS), technique et logistique (de la part du MSSS, AHQ, FIIQ, OIIQ) pour la révision de l'organisation du travail en soins infirmiers.
- Mise en place d'un programme d'externat pour plus de 1 200 étudiantes ayant terminé leur 2^{ème} année.
- Recrutement d'environ 400 infirmières françaises.
- Organisation des journées « carrière » dans les établissements d'enseignement à travers la province.
- Motivation des infirmières qui font des heures supplémentaires, travaillent la nuit ou la (es) fin de semaine.

Il est à noter qu'au-delà des actions contenues dans le plan d'action du Forum, certaines régions (en faisant collaborer tous les intervenants régionaux et locaux) ont pris l'initiative d'organiser des colloques et/ou des travaux pour mettre en place une stratégie régionale d'action face à la pénurie d'infirmières. En effet, la Régie de la santé et des services sociaux des Laurentides et ses partenaires, ont organisé un colloque¹²² qui se voulait un événement pour mobiliser tous les intervenants concernés par la problématique, un moyen de créer une dynamique régionale, une synergie entre les infirmières, les gestionnaires, les établissements et les partenaires et une occasion de s'écouter et de se concerter pour passer à l'action. Six conférences et trois ateliers qui mettaient en lumière les éléments clés de l'évolution du monde du travail, la situation actuelle des infirmières et leurs aspirations ont conclu des pistes de solution aux problèmes suivants :

- Actions locales, régionales et nationales pour la conciliation travail- famille.
- Actions locales, régionales et nationales pour la reconnaissance au travail.
- Actions locales, régionales et nationales pour réorganiser le travail en soins infirmiers.
- Actions pour mieux travailler ensemble.
- Actions pour gagner du temps au travail.
- Actions pour gagner de la satisfaction au travail.
- Actions pour gagner de la qualité de services.

¹²² Colloque régional sur la planification et la promotion de la main-d'œuvre infirmière. Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides et Emploi-Québec, Laurentides le 12 et 13 février 2002.

Quant à la mise à jour des prévisions de la main-d'œuvre, elle se faisait annuellement comme prévu. La dernière qui a été effectuée en mars 2003 indique une pénurie de 21 400 infirmières à la fin de 2018. Deux modifications essentielles sont à noter par rapport aux hypothèses retenues lors des travaux du Forum 2001 : 1) la croissance des besoins a été réévaluée à 1,61% par année pour tenir compte de l'augmentation et le vieillissement de la population, 2) l'augmentation des inscriptions en 2002 tant au collège qu'à l'université. Les inscriptions dans les programmes de formation ont dépassé les estimations initiales de 814 candidats de plus dans les collèges et de 175 inscrits de plus dans les universités. Cette augmentation permettra de revoir à la hausse l'offre additionnelle de 7 198 infirmières disponibles au 31 mars 2018.

3- Il reste du chemin à faire !

Il est clair que le plan d'action et les stratégies arrêtées par le Forum sur la planification de la main-d'œuvre infirmière combinée à l'engagement des différents acteurs pour résorber la pénurie et réduire ses effets négatifs sur le fonctionnement du système de la santé ont eu un impact mobilisateur important. En effet, tout au long des trois dernières années, les actions réalisées visaient le développement des milieux de travail pour alléger le fardeau des tâches, rapprocher les exigences professionnelles des besoins personnels, réorganiser le travail, stabiliser les équipes et favoriser l'intégration au travail des nouvelles infirmières. Par ailleurs, si certains problèmes sont réglés ou en voie de l'être, la situation demeure très préoccupante et la meilleure solution à notre avis, passera nécessairement par une multiplication d'efforts, de concertation, de mobilisation et d'engagements des différentes institutions.

Dans ce contexte de pénurie, l'enjeu stratégique est donc: comment attirer, retenir et développer la main-d'œuvre infirmière sur une longue période ?

La planification et la gestion de la main-d'œuvre infirmière seront une partie de la réponse si elles se réalisent le plus efficacement possible et cela, en fonction des besoins et des attentes des infirmières. Qui sont-elles? Quelles sont leurs aspirations et quels sont leurs intérêts? Quelles situations les affectent le plus? Quelles solutions préconisent-elles pour améliorer l'organisation des services et leur qualité de vie au travail? Quelles sont les tendances selon leur fonction, leur statut d'emploi, leurs années d'expérience, la mission de leur établissement, etc.?

Trois actions pourraient s'avérer pertinentes et complémentaires à notre avis aux efforts déployés par le Forum pour trouver réponse aux défis que représentent les différentes problématiques de la pénurie de la main-d'œuvre infirmière aujourd'hui : 1) mettre en place un observatoire pour la main-d'œuvre infirmière, 2) privilégier certaines actions par rapport à d'autres, 3) veiller à la réalisation et au suivi des actions.

L'observatoire pour la main-d'œuvre infirmière est un outil convivial qui se veut évolutif et permettant aux décideurs et aux gestionnaires de disposer d'informations de gestion et de planification dans le domaine des ressources humaines. Il permet de détecter rapidement les signaux qui révèlent un problème (hausse des heures supplémentaires, augmentation du nombre et de la durée des congés de maladie, taux excessif de roulement de personnel) et de prendre les mesures qui s'imposent pour y remédier. C'est un outil qui permettrait l'accès à un portrait local, régional et national du marché de la main-d'œuvre infirmière. Il permettrait aussi de partager les pratiques en matière de gestion des ressources humaines et d'organisation du travail et d'établir des besoins communs en matière de formation des infirmières.

C'est une sorte de banque d'informations colligées dans un même outil informationnel qui s'appuie sur les bases des données issues des fichiers dont disposent chacun des intervenants et alimentée régulièrement par les résultats des études, des rapports, des réflexions et/ou des recommandations issues des colloques, conférences et ateliers sur la planification de la main-d'œuvre infirmière. Une fois qu'on peut disposer d'un tableau de bord (issu du dit observatoire de la main-d'œuvre infirmière) à tous les niveaux d'intervention (établissement, local, régional, national) on pourrait privilégier les interventions selon un ordre de priorités plus objectivé et reposant sur des données partagées.

Enfin, le suivi régulier des actions permettra d'apporter les corrections nécessaires et d'améliorer le volet opérationnel du plan d'action. L'outil informationnel permettra le suivi et la mise à jour continue des actions planifiées (en fonction des scénarios conjoncturels) et aidera à développer une gestion proactive de la pénurie de la main-d'œuvre infirmière. Une gestion proactive de la pénurie consiste à planifier la gestion des ressources humaines dans un contexte différent, avec une approche différente mais surtout gérer une main-d'œuvre qui a des besoins et des aspirations différentes de ce que le marché du travail offre actuellement.

Bibliographie

- Association des hôpitaux du Québec (1988). *L'infirmière, force vive du centre hospitalier*, Montréal, AHQ.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (1997). *L'offre future d'infirmières autorisées au Canada : un document de travail*, Ottawa, AIIC.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2001). *Form A : Sources of New Registrants by jurisdictions/Country, 2000, Canada*, Ottawa, AIIC.
- Chantal Viens, Mélanie Lavoie-Tremblay et Martine Mayrand Leclerc (2002). *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers*. Québec : Presses Inter Universitaires.
- Canadian Health Services Research Foundation (2001). *Commitment and Care : the benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. A Policy Synthesis*.
- Groupe SECOR (1996). *Les effectifs de la profession infirmière : analyse prospective et enjeux*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (Septembre 2003). *Planification de la main-d'œuvre infirmière : Bilan des travaux réalisés et mise à jour du plan d'action*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale du personnel réseau.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (Août 2003). *Projection de la main-d'œuvre infirmière, 2002-2003 à 2017-2018*, Suzanne Jean, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale du personnel réseau.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (Novembre 2003). *Projection régionale de la main-d'œuvre infirmière, 2003-2004 à 2007-2008*, Marie-Ève Buteau, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale du personnel réseau.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (Septembre 2003). *Planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et des services sociaux : Bilan des travaux, 1999-2003*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la planification et de l'analyse.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Statistiques sur le personnel syndiqué et le personnel non syndiqué du réseau de la santé et des services sociaux, 2000-2001*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la planification et de l'analyse.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (Décembre 2001). *Le système de santé et de services sociaux du Québec : une image chiffrée*, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction des communications.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Planification de la main-d'œuvre : Personnel cadre et hors-cadre du réseau de la santé et des services sociaux*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.

-Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *Recueil des fiches statistiques rédigées dans le cadre du dossier «bilan et perspectives pour le système socio-sanitaire québécois»*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de l'analyse statistique.

-Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (Octobre 2003). *Données sur la population infirmière par région administrative à partir du fichier des membres au 31 mars 2003*.

-Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (Octobre 2003). *Étude sur les permis d'exercice de la profession d'infirmière délivrés entre 1997 et 2002: Situation au 31 mars 2003*.

-Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (Octobre 2003). *Évolution des effectifs de la profession infirmière au Québec: Données au 31 mars 2003*.

-Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (Décembre 2001). *Enquête sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec*.

-Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (Janvier 2000). *Évolution des effectifs de la profession infirmière au Québec: Données au 31 mars 1999*.

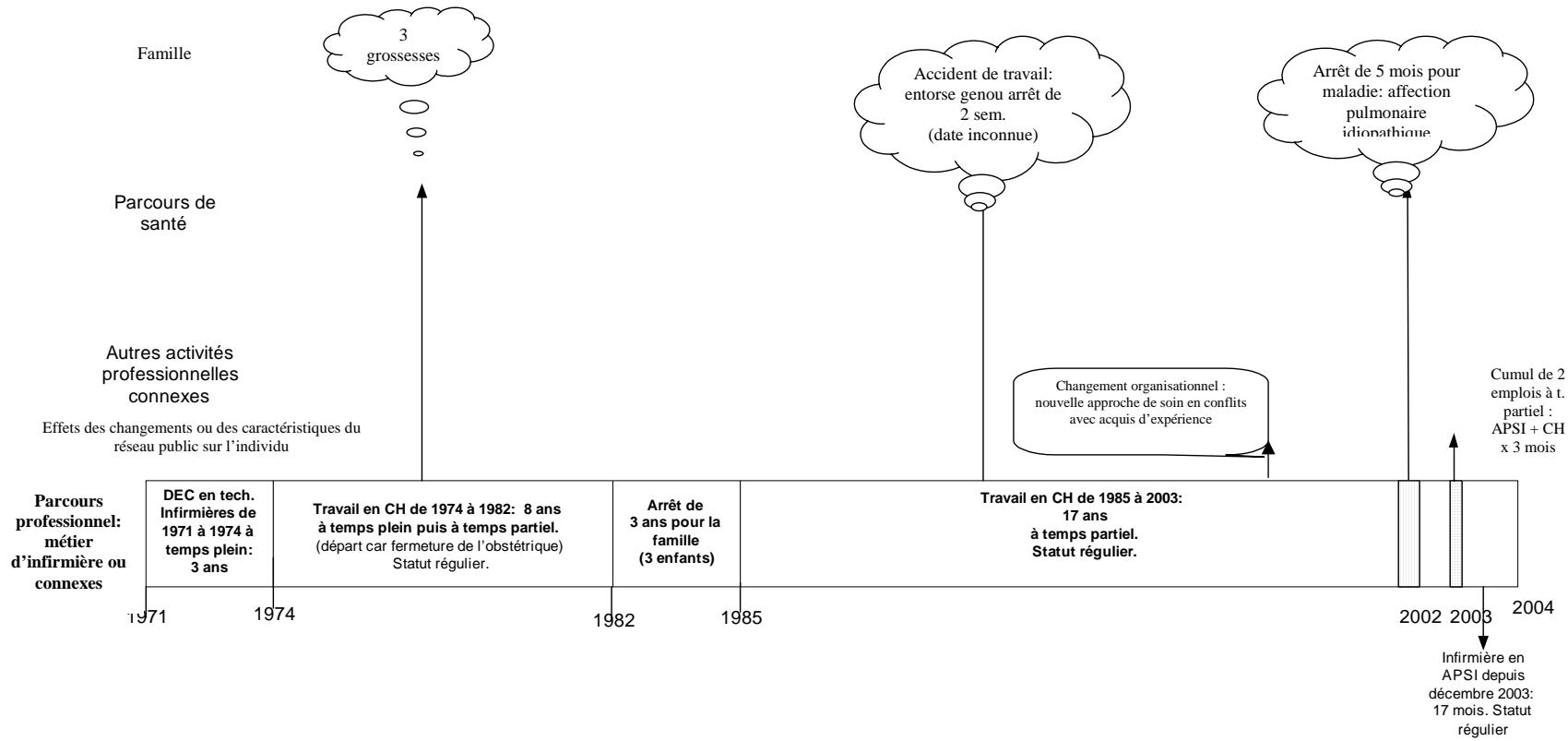
-Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (Janvier 1999). *Évolution des effectifs de la profession infirmière à court et moyen termes au Québec: Étude exploratoire*.

-Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Direction de la Qualité de l'exercice (Hiver 1999). *Lignes directrices pour l'intégration des infirmières à la pratique*.

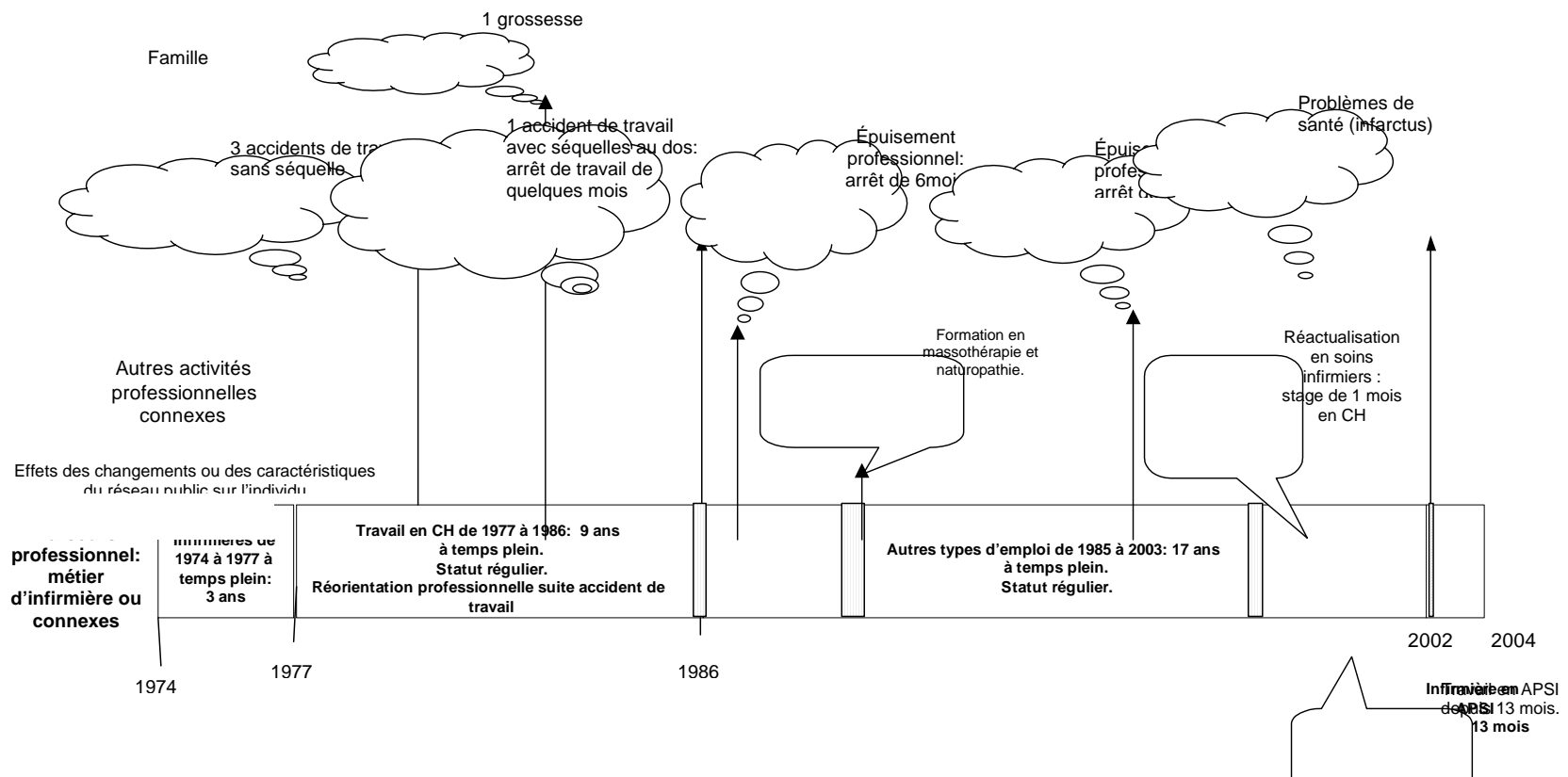
Annexe 5.1

Parcours professionnel et de santé des infirmières rencontrées

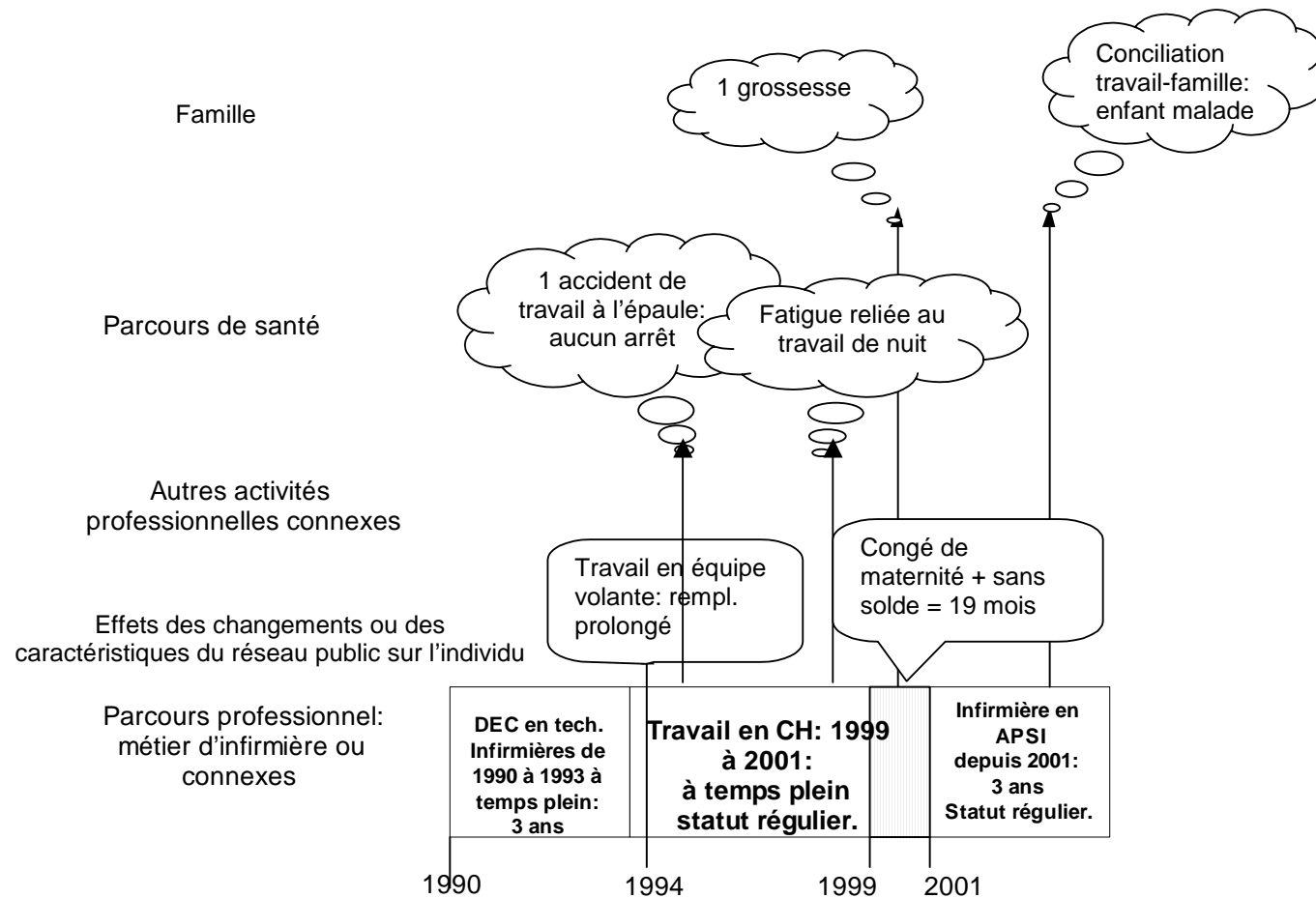
Parcours professionnel et parcours de santé des infirmières d'agence :
Infirmière 1 - Agence 1. Entrevue réalisée le 1^{er} juin 2004.
Âge = 52 ans. Ancienneté à l'agence 1 = 18 mois. Expérience = 30 ans.



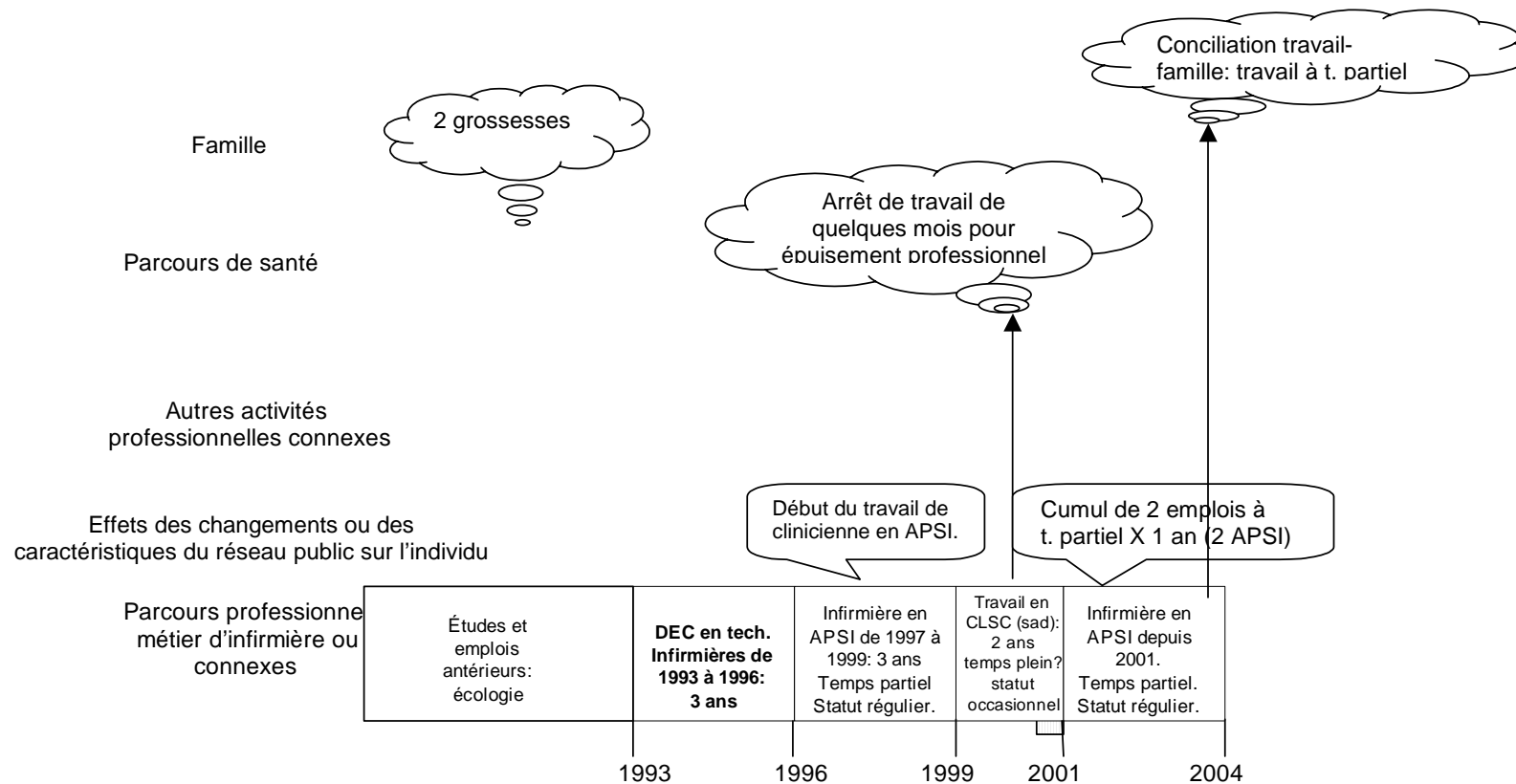
Parcours professionnel et parcours de santé des infirmières d'agence :
Infirmière 2 - Agence 1. Entrevue réalisée le 6 juillet 2004.
Âge = 51 ans. Ancienneté à l'agence 1 = 13 mois. Expérience = 11 ans (sur 27 ans).



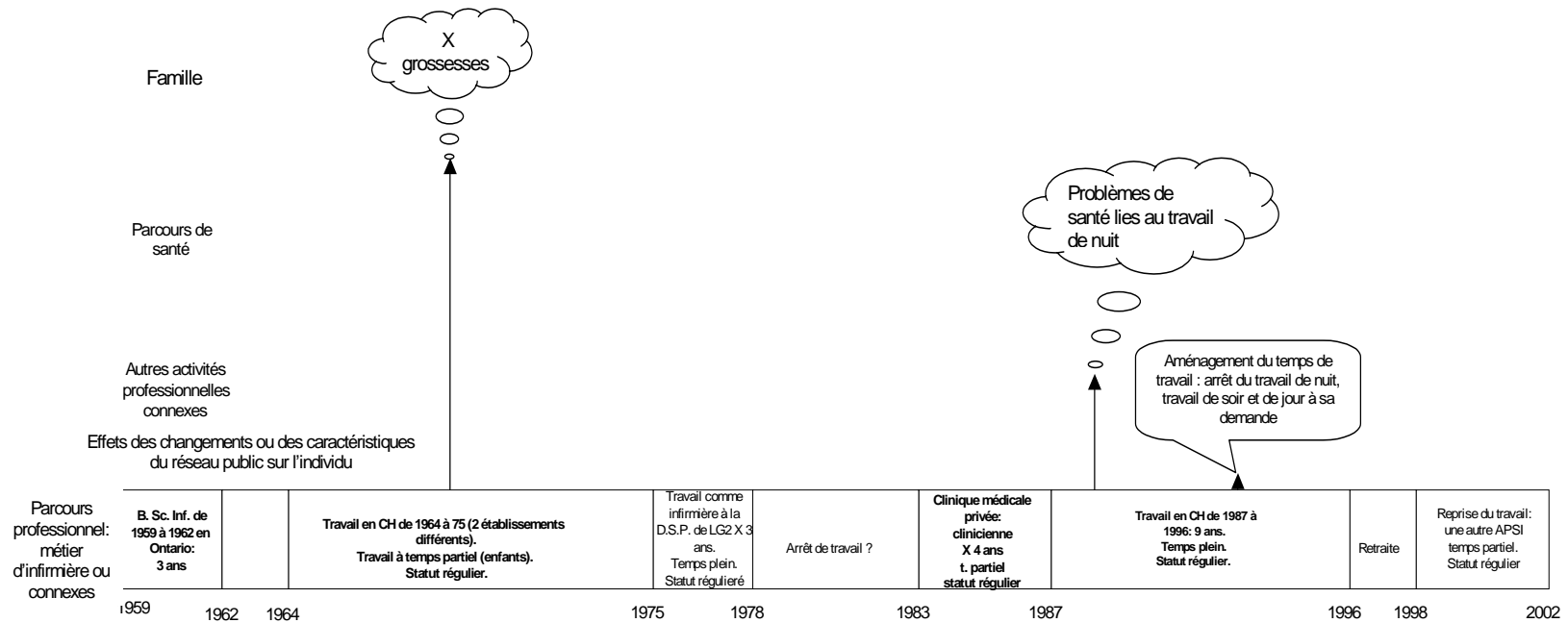
Parcours professionnel et parcours de santé des infirmières d'agence :
Infirmière 6- Agence 1. Entrevue réalisée le 14 juin 2004.
Age = 36 ans. Ancienneté à l'agence 1 = 36 mois (3 ans). Expérience = 10 ans.



Parcours professionnel et parcours de santé des infirmières d'agence :
Infirmière 3 - Agence 2. Entrevue réalisée le 1^{er} juin 2004.
Age = 45 ans. Ancienneté à l'agence 2 = 36 mois (3 ans). Expérience = 8 ans.



Parcours professionnel et parcours de santé des infirmières d'agence :
Infirmière 7 - Agence 2. Entrevue réalisée le 2004.
Âge = 63 ans. Ancienneté en agence = 72 mois (6 ans). Expérience = 40 ans.



Depuis 2002 travail à l'agence 2.
 Temps partiel
 Statut régulier

Parcours professionnel et parcours de santé des infirmières d'agence :
Infirmière 8 - Agence 2. Entrevue réalisée le 4 juin 2004.
Âge = 48 ans. Ancienneté à l'agence 2 = 3 ans. Expérience = 11 ans (sur 25 ans).

