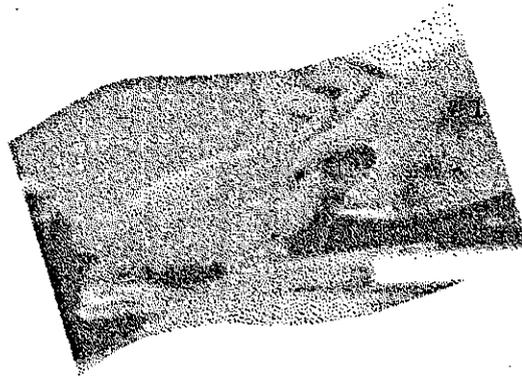


**Santé, sécurité
et organisation du travail
dans les emplois
de soins à domicile**



**ÉTUDES ET
RECHERCHES**

Esther Cloutier
Hélène David
Johane Prévost
Catherine Teiger

Octobre 1998

RR-202

RÉSUMÉ



IRSST
Institut de recherche
en santé et en sécurité
du travail du Québec

La recherche, pour mieux comprendre

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

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

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

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

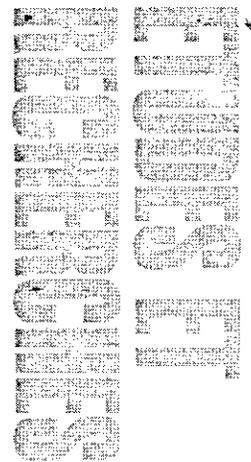
ATTENTION

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

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec

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

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



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

avec la collaboration de :
Patrice Duguay et Paul Massicotte, Programme organisation du travail, IRSST

RÉSUMÉ

AVERTISSEMENT

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

REMERCIEMENTS

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

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

Nous avons grandement apprécié la collaboration des membres du comité aviseur. Ils nous ont, en effet, permis d'enrichir les résultats de cette étude exploratoire en termes de recommandations de recherches et d'interventions.

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

TABLE DES MATIÈRES

AVERTISSEMENT.....	i
REMERCIEMENTS.....	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	v
LISTE DE LA FIGURE ET DES TABLEAUX.....	vi
1. INTRODUCTION.....	1
2. MÉTHODOLOGIE.....	3
3. CARACTÉRISTIQUES DE LA MAIN-D'ŒUVRE ET DES LÉSIONS DANS LES CLSC.....	5
3.1 La main-d'œuvre et les lésions professionnelles au Québec.....	5
Qu'en est-il des caractéristiques des lésions professionnelles des AFS et des infirmières.....	5
3.2 Le portrait du CLSC participant.....	9
Les douleurs, les accidents et les problèmes de santé.....	9
4. LE PROGRAMME DE MAINTIEN À DOMICILE DU CLSC.....	11
4.1 Le CLSC dans le réseau de la santé et des services sociaux.....	11
4.2 Le programme de maintien à domicile (MAD) du CLSC.....	11
4.3 La santé et la sécurité au travail au CLSC.....	13
4.3.1 Le comité de la santé et de la sécurité au travail.....	13
4.3.2 La procédure en cas d'accident.....	13
4.3.3 La santé et la sécurité du travail au service du MAD.....	14
5. LE TRAVAIL DES AUXILIAIRES FAMILIALES ET SOCIALES.....	15
5.1 Les tâches à forte dominante physique.....	15
5.2 Les tâches de dépistage et de soutien social.....	15
5.3 Contraintes de travail.....	16
5.4 Le savoir-faire et l'expérience.....	16
5.5 Les conséquences de l'accumulation de contraintes.....	17
6. LE TRAVAIL DES INFIRMIÈRES DU MAINTIEN À DOMICILE.....	19
6.1 Les soins à domicile.....	19
6.2 Les contraintes liées au travail de soin à domicile.....	19
6.3 Les activités de suivi, de coordination et de gestion.....	20
6.4 Contraintes associées au travail de suivi, de coordination et de gestion.....	20
6.5 Stratégies de travail liées à l'expérience des infirmières du MAD.....	21
6.6 Conséquences de l'accumulation de contraintes.....	22

7.	SYNTHÈSE ET CONCLUSION : DES FACTEURS ASSOCIÉS À LA SANTÉ ET À LA SÉCURITÉ DES AUXILIAIRES FAMILIALES ET SOCIALES ET DES INFIRMIÈRES DU MAINTIEN À DOMICILE	23
7.1	La travailleuse	23
7.2	Le patient et son réseau familial	25
7.3	L'environnement	26
7.4	L'organisation du travail	27
7.5	Décalage entre l'activité réelle et l'activité formelle de travail	30
7.6	L'atout que représente l'expérience	31
7.7	Les effets sur les infirmières et les auxiliaires sociales et familiales de la mise en œuvre du réseau intégré de soins et services	32
7.8	Conclusion	32
8.	PISTES DE RECOMMANDATIONS	33
8.1	Pistes d'interventions dans les CLSC en termes d'organisation du travail	33
	Santé et sécurité	33
	Politiques et procédures	33
	Information aux usagers	34
	Gestion des routes	34
	Temps	34
	Transmission d'information	35
	Rôle de l'auxiliaire familiale et sociale	35
	Formation, information et mise à jour	35
8.2	Pistes d'interventions dans les CLSC en termes d'environnement de travail	36
8.3	Pistes d'interventions à prendre en charge par d'autres organismes	36
8.4	Pistes de recherche	36
	BIBLIOGRAPHIE	39

LISTE DE LA FIGURE ET DES TABLEAUX

Figure 7.1 :	Facteurs associés à la santé et à la sécurité des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières du MAD	24
Tableau 3.1 :	Les principales classes d'accidents des auxiliaires familiales et sociales des CLSC entre 1993 et 1995	7
Tableau 3.2 :	Les principales classes d'accidents des infirmières des CLSC entre 1993 et 1995	8

1. INTRODUCTION

Les emplois de soins sont à risque de lésions professionnelles autant chez les jeunes que chez le personnel plus âgé (Cloutier et Duguay, 1996). De plus, les changements actuels dans le secteur de la santé et des services sociaux entraînent des modifications importantes de l'organisation et de l'activité de travail du personnel de soins à domicile (virage ambulatoire, augmentation des bénéficiaires, nature des soins, population qui vieillit, réaffectation de personnel) à un moment où ce personnel vieillit. Ces modifications auront probablement des conséquences sur la santé et la sécurité qu'il importe d'appréhender.

La recension des écrits concernant l'organisation et l'activité de travail de même que les risques et les contraintes de travail du personnel de soins à domicile met en évidence la complexité du sujet (Cloutier et Dubucs, 1994; Neysmith et Aronson, 1996; Payeur et Raynaud, 1998; Proteau, 1992; Rocher, 1990). En effet, les sources de variations et de diversités se situent à plusieurs niveaux. Elles proviennent : des travailleurs eux-mêmes (âge, expérience, sexe, etc.), des tâches à accomplir (toilette des malades, cuisine, ménage, etc.), des situations de travail (état de santé du malade, présence d'aide à domicile ou non, aménagement des lieux, etc.), de l'organisation du travail (élaboration du plan de soins, équipement disponible, formation, information, isolement, équipe de travail, soutien émotionnel, etc.) ainsi que du contexte plus macroscopique du travail (CLSC, type de clientèle desservie, région, route, saison, etc.). L'impact du vieillissement de la main-d'œuvre dans un tel contexte de travail peut avoir des effets contradictoires : le personnel plus âgé peut être avantagé de par son expérience ou, au contraire, il peut être désavantagé de par la manifestation d'usure physique et émotive.

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

2. MÉTHODOLOGIE ¹

L'étude de cas exploratoire s'est déroulée dans un CLSC d'une région métropolitaine. Elle comprend plusieurs unités d'analyse en relation avec : les individus, les situations de travail, les tâches de travail réelles, les particularités des personnes soignées et des journées de travail. Elle comprend également l'analyse des processus organisationnels et des relations entre établissements du réseau de la santé. Cette étude de cas exploratoire *permet* : de *décrire* en profondeur ce qui se passe, de *comprendre comment* certains événements arrivent, *d'identifier certains facteurs importants* qui structurent les processus menant à des problèmes de santé et de sécurité (sst), de *fonder solidement des hypothèses sur le rôle de certains de ces facteurs sur la sst dans d'autres programmes de maintien à domicile*. Cependant, une telle étude *ne permet PAS* de généraliser les résultats statistiques qui ont trait à la population à l'étude puisqu'elle ne porte pas sur un échantillon représentatif (Yin, 1984).

Une approche multidisciplinaire a ainsi été privilégiée afin de caractériser globalement le travail des AFS et des infirmières qui œuvrent aux soins à domicile. Plusieurs sources de données complémentaires ont été utilisées; elles peuvent être regroupées en trois catégories. La première vise à alimenter les connaissances théoriques et statistiques par une recension d'écrits scientifiques, des collectes des données sur la main-d'œuvre travaillant en CLSC au cours des trois années les plus récentes (1993-1996); des données de lésions professionnelles du personnel travaillant en CLSC au cours des trois mêmes années; des données de main-d'œuvre, de lésions professionnelles et d'absence pour raison de santé du CLSC participant à l'étude pour les deux dernières années (1995-1997). La deuxième source de données concerne le volet ergonomique. Ainsi, deux des chercheuses de l'équipe ont participé à la formation PDSB - soins à domicile de l'ASSTSAS qui est destinée aux AFS, des entrevues collectives de cinq AFS et de quatre infirmières expérimentées et de l'observation de l'activité de travail de six AFS (22 visites chez 21 patients) et de cinq infirmières du maintien à domicile (32 visites chez 29 patients) ont été réalisées. De plus, des informations supplémentaires ont également été collectées lors de séance de restitution des premiers résultats auprès des AFS et des infirmières ayant participé aux entrevues et aux observations. Enfin, un volet organisationnel a été couvert par le recueil d'informations sur l'ensemble des politiques institutionnelles; des observations de réunions de liaison entre la régie régionale de la région et l'ensemble des CLSC de cette région, des rencontres de gestionnaires et de représentants syndicaux; ainsi que des observations de réunions opérationnelles diverses. De plus, l'ensemble des résultats ont été validés et enrichis par un comité avisé formé de membres de différentes associations professionnelles, syndicales, patronales et de santé-sécurité de même que d'une gestionnaire du CLSC à l'étude.

¹ La méthodologie détaillée utilisée pour produire et analyser l'ensemble de ce matériel est présentée en détail au Chapitre 2 du rapport complet de l'étude.

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

3.1 La main-d'œuvre et les lésions professionnelles au Québec

Les AFS et les infirmières représentent respectivement 12,7 % (2 533 AFS) et 27,5 % (5 456 infirmières) de la main-d'œuvre des CLSC. Plus d'une infirmière sur trois et une AFS sur deux est âgée de 45 ans et plus.

Globalement, le taux d'incidence des lésions des CLSC est de 3,9 %. Bien que les AFS ne représentent que 12,7 % de la main-d'œuvre, elles sont victimes de 47,6 % des lésions (taux d'incidence de 14,3 %; 1 sur 7). Au contraire, les infirmières sont victimes de 12,9 % des lésions pour 27,5 % de la main-d'œuvre (taux d'incidence de 2 %; 1 sur 50). De plus, le taux d'incidence varie en fonction de l'âge selon l'emploi : chez les AFS il décroît alors que chez les infirmières il décroît jusqu'à 44 ans et remonte au-delà. La durée moyenne d'absence suite à une lésion est de 75 jours pour les AFS (médiane de 19 jours) et de 58,8 jours pour les infirmières (médiane 17 jours); au niveau global elle est de 68,5 jours (médiane de 16 jours).

Qu'en est-il des caractéristiques des lésions professionnelles des AFS et des infirmières

L'ensemble des 770 lésions des AFS survenues entre 1993-1994 et 1995-1996 peut se résumer en six classes (Tableau 3. 1) qui sont énumérées en ordre décroissant :

1. Les accidents de cette classe (377 cas; 48,9 %) regroupent des **dorsalgies ou lombalgies** qui résultent d'effort excessif en manipulant une personne. Ce sont les lésions les plus fréquentes chez les AFS. Les principales parties du corps atteintes sont la région lombaire et les épaules. Ces accidents entraînent des absences de 87,5 jours en moyenne (25 jours de durée médiane; 12,5 % de ces accidents entraînent 180 jours et plus d'absence alors que pour 21,5 % d'entre eux les absences sont de 11 à 21 jours) et des coûts moyens de 5 422 \$.
2. La deuxième classe d'accidents (157 cas; 20,4 %) est constituée de **entorses et de foulures** qui surviennent lorsque l'AFS se **penche, s'étire ou fait un mouvement du corps**. Les sièges de lésion atteints sont les genoux, les chevilles et la région lombaire. On observe des absences moyennes de 67,3 jours (coût moyen de 4 222 \$).
3. Cette classe d'accidents (109 cas; 14,2 %) regroupe les **chutes** dans un escalier, sur le sol, le trottoir ou dans la rue, entraînant des fractures et des blessures multiples ou des plaies et des coupures aux membres inférieurs ou à divers sites. Ces accidents résultent en absences de 75,4 jours en moyenne (25 jours de durée médiane; 27,5 % des lésions de ce groupe provoquent des absences entre 22 et 60 jours) et entraînent des coûts moyens de 4 860 \$.
4. Ce groupe de lésion (54 cas; 7 %) est composé de **plaies et de coupures relativement peu graves** aux membres inférieurs ou supérieurs qui surviennent lorsque les AFS heurtent ou frappent quelque chose (meuble, chariot, contenant, porte, etc.). En moyenne, les AFS sont absentes 38,8 jours (plus du tiers des lésions de cette classe

- entraînent des absences de 5 jours et moins) et chaque lésion de cette classe coûte 2 387 \$.
5. Cette classe (44 cas; 5,7 %) est constituée des **accidents de véhicules** qui entraînent des blessures au dos, à la région cervicale ou à des sièges multiples. Les absences occasionnées par ces lésions sont de durée moyenne de 78,5 jours (coût moyen de 5 014 \$).
 6. Cette dernière classe (29 cas; 3,8 %) est constituée d'**accidents de types divers** : des lésions provoquées par **l'exposition à des substances** ainsi qu'**au froid ou au chaud** de même que **les actes violents** et des absences causées par le **stress**. Les principaux sièges de lésions atteints sont les membres supérieurs, les sièges multiples ainsi que d'autres sièges (tête, thorax, etc.). En moyenne, les AFS victimes de ces lésions sont absentes 19 jours (près du tiers d'entre elles occasionnent des absences de 5 jours et moins) et les coûts sont de 1 130 \$.

De la même façon, l'ensemble des 210 lésions des *infirmières* survenues entre 1993-1994 et 1995-1996 peut se résumer en six classes (Tableau 3.2) qui sont énumérées en ordre décroissant :

1. La première classe (52 cas; 24,8 %) regroupe des **chutes** dans un escalier, sur le sol, le trottoir ou dans la rue qui entraînent des fractures et des blessures multiples aux membres inférieurs ou à divers sites. Les infirmières de 50 à 59 ans sont, en proportion relative, plus souvent, victimes de ce type d'accident. Ces derniers entraînent des durées d'absence moyennes de 76,6 jours (durée médiane de 27 jours) et des coûts moyens de 7 595 \$ par lésion.
2. Les accidents de cette classe (51 cas; 24,3 %) sont des **dorsalgies ou lombalgies** qui résultent d'un effort excessif en manipulant une personne. Les principales régions du corps atteintes sont la région lombaire. Ces lésions entraînent des durées d'absence moyennes de 61 jours et des déboursés moyens de 5 086 \$.
3. La troisième classe d'accidents (46 cas; 21,9 %) est constituée d'**entorses et de foulures** qui surviennent lorsque l'infirmière **se penche, s'étire ou fait un mouvement du corps**. Les lésions atteignent les genoux, les chevilles et la région lombaire et elles entraînent des absences moyennes de 36,6 jours et des coûts moyens de plus de 3 000 \$. Les infirmières âgées de 40 à 44 ans en sont les principales victimes.
4. Ce groupe de lésion (26 cas; 12,4 %) est composé de **plaies et de coupures relativement peu graves** aux membres inférieurs ou supérieurs survenant lorsque les infirmières heurtent ou frappent quelque chose (mobilier, chariot, contenant, etc.). Les infirmières âgées de 45 à 49 ans en sont le plus souvent les victimes. Elles s'absentent en moyenne 20 jours (la moitié des lésions entraînent moins de 6 jours d'absence) et les lésions coûtent en moyenne 1 613 \$.
5. Cette classe est constituée d'**accidents de véhicules** qui entraînent des blessures au dos et à la région cervicale (22 cas; 10,5 %). Elles sont de durée moyenne de 82 jours et entraînent des coûts moyens de 8 771 \$.
6. Les accidents de cette classe sont de types très divers (13 cas; 6,2 %). On y retrouve des lésions provoquées par l'exposition à des substances ainsi qu'**au froid ou au chaud**, de même que des actes violents et des absences liées au stress. Ces accidents entraînent des durées d'absence moyennes de 94,6 jours et des coûts moyens de 6 976 \$.

Tableau 3.1 : Les principales classes d'accidents des auxiliaires familiales et sociales des CLSC entre 1993 et 1995

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

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

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

Tableau 3.2 : Les principales classes d'accidents des infirmières des CLSC entre 1993 et 1995

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

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

NS : Non significatif

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

3.2 Le portrait du CLSC participant

Le CLSC étudié emploie 17 AFS (11,8 personnes en équivalent temps complet) dont l'âge moyen est de 48 ans et l'âge médian de 52 ans. De plus, 64 % des AFS (11/17) sont âgées de 45 ans et plus. Deux des 17 AFS ont moins d'un an d'expérience alors que toutes les autres en ont plus de 10 ans. Ainsi, les AFS les plus âgées ont également une grande expérience du travail.

Les infirmières du MAD sont au nombre de 15 (6,3 personnes en équivalent temps complet). Leur âge moyen est de 44,3 ans et leur âge médian de 46 ans; 60 % d'entre-elles sont âgées de 45 à 54 ans. Il est important de constater que contrairement aux AFS aucune infirmière n'est âgée de plus de 54 ans. À l'exception d'une seule, elles ont toutes 10 ans et plus d'expérience dans leur métier.

Les douleurs, les accidents et les problèmes de santé

Les AFS du CLSC participant à l'étude ont été victimes de 7 accidents du travail compensés en 2 ans ce qui représentent la moitié des accidents du travail déclarés par le CLSC. Cinq de ces accidents sont liés à des efforts suite à la manipulation de personne, à un étirement ou à un mouvement du corps (se pencher, pousser un fauteuil gériatrique, etc.). Les deux autres sont : un accident de véhicule et une chute dans l'escalier chez un patient. Bien que 53 % des AFS soit âgées entre 50 et 59 ans, elles sont victimes de 6 des 7 accidents (85,7 % des accidents). De plus, si on ajoute aux absences pour accident du travail, les absences pour raison de *problèmes de santé* qui sont compensées par l'assurance salaire, une AFS sur deux est absente à chaque année. L'ensemble des AFS de 45 ans et plus qui ont été rencontrées ont été victimes d'accidents au cours de leur carrière et elles ressentent toutes (quelque soit leur âge) des *douleurs* en fin de journée au dos, au cou ou aux épaules.

Le profil de risque de lésions professionnelles des infirmières du maintien à domicile est différent de celui des AFS puisqu'elles ont été victimes d'un seul accident au cours des deux années considérées. L'accident dont il est ici question est une chute sur la glace lors d'une visite chez un patient. Cet accident a entraîné une fracture de l'épaule provoquant une absence de 35 jours. De plus, au cours des deux années considérées, une seule infirmière du maintien à domicile s'est absentée 103 jours pour raison de santé. Si on considère ensemble le taux d'incidence des lésions et le taux d'absentéisme, près d'une infirmière du maintien à domicile sur dix s'absente chaque année soit à cause d'un problème de santé ou d'un accident. Comme les AFS, plusieurs infirmières ressentent des douleurs au dos, au cou ou aux épaules en fin de journée.

4. LE PROGRAMME DE MAINTIEN À DOMICILE DU CLSC

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

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

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

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

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

4.2 Le programme de maintien à domicile (MAD) du CLSC

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

L'équipe multidisciplinaire du maintien à domicile du CLSC est coiffée d'une directrice. Sous sa direction, deux chefs de programme se partagent la coordination de deux secteurs géographiques. Les infirmières et les autres catégories de personnel professionnel gèrent leurs responsabilités de manière très autonome et se partagent les tâches entre elles. Par contre, c'est une chef d'équipe qui coordonne le travail des AFS, répartit les cas entre elles et s'occupe de leur horaire de travail.

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

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

En plus de ces tâches qu'elles font individuellement, même si elles ont souvent à consulter leurs collègues de travail, les professionnelles participent à plusieurs réunions dont la plupart ont lieu à une fréquence régulière. Le comité d'orientation et de réévaluation (des demandes), sous la direction des chefs de programme de chaque secteur géographique, se réunit à chaque semaine. Lors de situations de crise, des réunions d'urgence sont convoquées ad hoc, à la demande de l'intervenante-pivot. Se retrouvent à ces réunions toutes les professionnelles actives dans ce dossier, sauf les AFS qui ne sont pas toujours convoqués. Il existe aussi des réunions professionnelles pour les différentes catégories professionnelles, sauf pour les AFS. Ces réunions ont lieu environ aux trois semaines. Quelques fois par année, ont aussi lieu des réunions auxquelles est convoqué l'ensemble du personnel du service.

Compte tenu de la mission du service et des conditions dans lesquelles les tâches sont réalisées (dans des domiciles différents, par une variété d'intervenantes), la question des modalités de transmission de l'information est très importante. Une partie se fait par écrit. Le dossier de l'utilisateur, qui est aux archives du CLSC, et que les différentes intervenantes font sortir à chaque fois qu'elles ont à noter une intervention au dossier, est le document principal. De plus, les intervenantes-pivots qui sont responsables du suivi d'un certain nombre de cas (environ 50 pour celles qui ont des postes réguliers à temps plein) y notent d'autres éléments. Il y a également le plan d'intervention où sont consignées les décisions en ce qui a trait à la prestation de services, que les intervenantes peuvent consulter. Les échanges verbaux, dont seulement le résultat final est noté dans les dossiers, jouent également un rôle majeur à toutes les étapes du cheminement de la demande et des prestations de services.

Avec l'accélération du virage ambulatoire, en plus des cas de maintien, un autre type de demande prend de plus en plus d'importance. Il s'agit de répondre aux besoins des usagers qui sortent de l'hôpital rapidement après une intervention et qui nécessitent souvent des soins

urgents et intensifs pendant une brève période. Dans ces cas, l'hôpital appelle l'infirmière d'accueil du CLSC qui transmet la demande au secteur géographique concerné. Par la suite, une intervenante-pivot doit mettre en place les services requis dans les heures qui suivent. Elle demeure responsable du cas et s'assure directement du suivi sans qu'il y ait évaluation ni présentation de la demande à la réunion du comité multidisciplinaire.

4.3 La santé et la sécurité au travail au CLSC

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

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

Le mandat du comité est : de convenir des modes d'inspection des lieux de travail; d'identifier les situations potentiellement dangereuses pour les personnes salariées; de recueillir les renseignements utiles concernant les accidents survenus; de recevoir et d'étudier les plaintes concernant les conditions de santé et sécurité au travail; de recommander toutes les mesures jugées utiles particulièrement concernant les appareils de mesures nécessaires, le contrôle des radiations, etc.; de recommander les moyens et équipements de protection individuels qui, tout en étant conformes aux règlements, sont adaptés aux besoins des personnes salariées de l'établissement.

4.3.2 La procédure en cas d'accident

Il n'existe aucune politique ou procédure écrite au CLSC au sujet de la santé et la sécurité au travail, mais plutôt des façons de faire en usage dans les services. Chaque accident de travail, comportant une absence du travail ou non, est déclaré aux Services administratifs. Une copie de ce rapport est envoyée aux directeurs/trices de programme, aux membres du comité santé et sécurité au travail et à la directrice des Services administratifs. Il y a cependant un certain nombre de procédures qui ont des incidences sur la santé et la sécurité au travail : en cas d'urgence; en cas de bris mécanique de véhicule pour les intervenantes à domicile; mesures de sécurité; d'appel à l'aide; en cas de morsure de chien; pour les accidentés de la route; abus-violence envers les personnes âgées.

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

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

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

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

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

5. LE TRAVAIL DES AUXILIAIRES FAMILIALES ET SOCIALES

5.1 Les tâches à forte dominante physique

Au cours des journées de travail des AFS il a été possible d'observer différents types d'activités dont les activités de soins et d'assistance à forte composante physique. Dans cette catégorie le bain a été le soin le plus fréquemment observé. L'analyse permet de repérer plusieurs activités à risque parce qu'associées à des postures critiques (flexions du dos de 45° et plus, flexions du dos combinées à des torsions et des inclinaisons latérales, accroupies, à genoux). Les AFS passent, en moyenne, 41,4 % du temps de bain en postures contraignantes. Le temps se répartit comme suit en moyenne : 10,1 % en flexion du dos de 45° et plus, 24,3 % en flexion du dos combinée à des rotations et inclinaisons latérales, 13 % en posture accroupie et 15 % en posture à genoux². Les analyses révèlent que les contraintes posturales sont plus ou moins importantes selon certains *facteurs déterminant les conditions d'exécution du travail*³ comme l'équipement ou le matériel disponibles, l'environnement, les caractéristiques des patients, des soins dispensés et de leurs réseaux ainsi que des éléments de l'organisation du travail et selon des caractéristiques personnelles (taille, âge et expérience).

5.2 Les tâches de dépistage et de soutien social

Outre les activités de soins à forte dominante physique, les AFS accomplissent des tâches de dépistage et de soutien social qui nécessitent de l'activité perceptuelle, de l'analyse et des communications. Ces activités se déroulent tout au long des visites et ont lieu simultanément aux soins. Elles comprennent des activités diverses telles que :

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

² Alors que des protections coussinées et l'utilisation d'un petit banc sont conseillées par l'ASSTSAS, aucune AFS observée ne les utilise. Ces équipements ne sont pas connus au CLSC.

³ À titre d'exemple, la proportion de postures critiques observée est inversement proportionnelle à l'autonomie des personnes soignées. De plus, une salle de bain exigüe oblige l'AFS à adopter plus fréquemment des postures combinant des flexions, des inclinaisons latérales et des torsions.

Bien que ces tâches de dépistage et de soutien permettent de communiquer des informations essentielles aux infirmières intervenantes-pivots pour le suivi et la prévention des détériorations elles ne sont pas toujours reconnues officiellement (ne figurent pas au plan d'intervention). De plus, comme elles sont souvent invisibles, elles ne sont pas toujours prises en compte dans la répartition des charges (cas lourds/cas légers) entre AFS et elles ne sont pas comptées, non plus, dans le temps de travail ni dans les statistiques. L'observation révèle, en effet, que la réalisation de ces tâches modifie la façon d'accomplir les tâches physiques et, conséquemment, souvent le temps requis parce que le dépistage et le soutien requièrent une grande attention portée à l'état de la personne, une perception d'indices très fins et aussi d'être à l'affût du désir de communiquer du patient.

5.3 Contraintes de travail

Différents facteurs ont été observés comme ayant une influence sur la travailleuse et sur son travail. Parmi les facteurs les plus importants notons les interférences dans le travail en cours (attente, appel du CLSC, langue étrangère, etc.), des contraintes de temps particulières (patient qui a un rendez-vous, retard, etc.), les équipements disponibles (état et disponibilité), l'environnement physique du travail (circulation, aménagement, escalier, chaleur, encombrement, etc.), les caractéristiques du patient (pathologie, souffrance, autonomie, etc.) et de son réseau (agressivité, fatigue, etc.).

Enfin, des facteurs reliés à l'organisation du travail ont aussi été documentés. Ils concernent :

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

5.4 Le savoir-faire et l'expérience

On a pu observer et on s'est fait expliquer que pour faire face à l'ensemble des contraintes rencontrées dans leur travail les AFS ont développé avec l'expérience, des stratégies qui leur permettent notamment de :

- *gagner du temps* tout en réalisant l'ensemble des tâches nécessaires (ex. identifier les zones d'activité où il vaut la peine d'encourager le patient à être autonome; planifier la séquence de déroulement des activités la plus efficace selon les caractéristiques du patient);
- *affiner* leurs façons de faire le dépistage et de soutenir les patients;

- *se protéger contre les accidents* (méthode, temps);
- *réagir adéquatement en cas d'urgence ou de danger;*
- *développer davantage leur autonomie* dans le travail.

5.5 Les conséquences de l'accumulation de contraintes

Cependant, malgré les stratégies qu'elles développent avec l'expérience et étant donné qu'elles considèrent les tâches de dépistage et de soutien comme une composante essentielle de leur travail et indissociables des tâches physiques, elles n'arrivent pas à annuler l'effet de toutes les contraintes présentes dans leur travail. Elles doivent donc livrer une course contre la montre à certains moments de la journée de travail et prolonger leur journée de travail au début, à la fin ou à l'heure du dîner, sur les lieux de travail ou chez elles, sans compensation. Certaines décident même de travailler à temps partiel parce que la semaine de cinq jours est trop lourde. Elles ressentent des contraintes de temps importantes qui induisent un stress constant et par le fait même de la fatigue et des risques accrus d'accidents. Enfin, les préoccupations liées au travail empiètent quelques fois sur leur vie hors-travail.

6. LE TRAVAIL DES INFIRMIÈRES DU MAINTIEN À DOMICILE

6.1 Les soins à domicile

La première composante du travail des infirmières à domicile concerne les soins. Bien que cette composante soit assez connue, quelques résultats concernant la variabilité des temps de soins et leur importance relative au cours de la journée de travail méritent d'être soulignés. Les infirmières consacrent en moyenne 58,2 % de leur temps de travail en visites à domicile. Cette proportion de temps varie de 47,6 % à 69,5 % selon la journée d'observation. Le temps de visite est, en effet, imprévisible puisqu'il dépend de plusieurs facteurs dont les besoins des personnes visitées, le type de pathologie et la phase d'acuité de celle-ci.

Ici encore, comme dans le cas des AFS, les observations ont révélé l'obligation d'adopter des postures contraignantes pour accomplir les soins dans 17 % du temps de visite à domicile en moyenne. L'endroit où est placé la personne recevant les soins (chaise de cuisine, chaise roulante, lazy boy, divan bas, lit arrivant aux genoux ou aux hanches) de même que l'endroit où est placé le matériel se sont avérés des facteurs déterminants en termes de contraintes posturales⁴. Ainsi, comme dans le cas des AFS, les contraintes posturales sont plus ou moins importantes selon certains *facteurs déterminant les conditions d'exécution du travail* comme l'équipement ou le matériel disponibles, l'environnement, les caractéristiques des patients, des soins dispensés et de leurs réseaux ainsi que des éléments de l'organisation du travail et selon des caractéristiques personnelles (taille, âge et expérience).

6.2 Les contraintes liées au travail de soin à domicile

Différents facteurs ont une influence sur la travailleuse et sur son travail à domicile. Plusieurs ont été recensés pendant les cinq jours d'observation soit par observation directe du travail soit par l'intermédiaire des communications. Il s'agit des interférences dans le travail en cours (appel du CLSC, langue étrangère, oubli de matériel, etc.), des contraintes de temps particulières (retard accumulé, prélèvement sanguin à déposer à heure fixe, etc.), des équipements disponibles (état et disponibilité), de l'environnement physique du travail (circulation, chaleur, encombrement, etc.), des caractéristiques du patient (pathologie, souffrance, autonomie, etc.) et de son réseau familial (agressivité, fatigue, etc.).

Plusieurs autres contraintes liées à l'organisation du travail ont également été identifiées :

- le remplacement qui se fait quelquefois sans transmission de suffisamment d'information sur les patients,

⁴ À titre d'exemple, lorsque le lit est à hauteur des hanches de l'infirmière la fréquence de postures critiques est diminuée par rapport à des soins dispensés à une personne dans un lit à hauteur des genoux de l'infirmière. De même, lorsque le matériel de soins est accessible à hauteur des hanches de l'infirmière, le profil des postures est amélioré à tous points de vue.

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

Enfin, des contraintes liées aux relations inter-organisations ont aussi été repérées lors des observations. Elles concernent : les relations avec les médecins privés, les différences de consignes aux patients entre les infirmières du CLSC et les infirmières d'agences privées, les méthodes ou procédures imposées par d'autres organisations (par exemple, les horaires des prélèvements). Ces différentes contraintes rendent leurs tâches plus difficiles à réaliser et prennent du temps.

6.3 Les activités de suivi, de coordination et de gestion

Une autre composante importante du travail des infirmières du MAD ressort des observations et des entrevues. Il s'agit des tâches de suivi, de coordination de soins et de transfert de connaissances, des tâches de gestion des dossiers médicaux, d'autres à caractère administratif (statistique, commande de matériel, etc.) et, enfin, des tâches liées à l'élaboration des routes du lendemain. Ces tâches sont réalisées au CLSC en après-midi et le temps qui leur est consacré est important et variable, il se situe entre 30,5 % et 52,4 % alors qu'en moyenne, il est de 41,8 %. Les proportions de temps consacrées à ces différentes tâches varient selon la journée d'observation.

Le fait d'être intervenante-pivot semble être un élément déterminant pour expliquer les différences de proportion de temps observées entre les différentes activités de l'après-midi. Deux des infirmières observées sont responsables de plus de cinquante cas et l'autre d'une vingtaine. Bien que le nombre de cas visités en avant-midi soit comparable pour les cinq infirmières, en fin de journée le nombre de dossiers que les infirmières intervenantes-pivots ont eu à traiter est supérieur à celui des infirmières n'ayant pas de charge de cas (4 cas de plus). D'autre part, une portion du temps de suivi de cas peut être liée à l'encadrement que les infirmières régulières doivent assurer auprès des infirmières temporaires afin notamment de les informer sur les différents patients et les modalités de traitements.

6.4 Contraintes associées au travail de suivi, de coordination et de gestion

L'observation du travail des infirmières a de plus permis de mettre en évidence certaines contraintes de travail particulières aux après-midi et d'autres qui apparaissaient déjà en avant-midi. Ainsi, le temps apparaît comme un enjeu important du travail d'après-midi des infirmières du maintien à domicile (retard accumulé).

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

De plus, plusieurs contraintes liées à l'organisation du travail ont été identifiées :

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

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

6.5 Stratégies de travail liées à l'expérience des infirmières du MAD

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

Les infirmières du MAD ont aussi élaboré plusieurs stratégies de régulation pour faire face aux contraintes de temps liées à l'accumulation de tâches diversifiées de gestion et d'intervenante-pivot qu'elles assument. Des stratégies individuelles de régulation ont été observées. Certaines infirmières choisissent de travailler pendant leur heure de repas le midi afin de ne pas être dérangée et ainsi arriver à accomplir le travail qui nécessite de la concentration. D'autre part, la très grande majorité des infirmières font du temps supplémentaire, qu'elles ne déclaraient pas jusqu'à tout récemment. Elles veulent, par ce moyen, assurer la qualité de soins malgré l'augmentation marquée de leur charge de travail. D'autres infirmières choisissent de travailler à mi-temps pour être capable de continuer à accomplir un travail de qualité sans s'épuiser. À l'heure actuelle un changement de stratégie au regard de la déclaration du temps supplémentaire s'opère. De plus en plus d'infirmières déclarent une partie de leur surtemps puisqu'elles sont de plus en plus débordées, stressées et fatiguées et par le fait même plus à risque de maladies et

d'accidents. Une autre stratégie à caractère collectif concerne la gestion des routes dont les infirmières sont responsables⁵.

6.6 Conséquences de l'accumulation de contraintes

Les contraintes de temps qui ont été observées sont ressenties très fortement par les infirmières du maintien à domicile. Cette situation les inquiètent beaucoup. Ce qu'elles sentent menacé c'est le cœur même de leur travail, ce qu'elles considèrent comme étant le plus important et que certaines ne sont pas prêtes à couper. Ainsi, pour fournir un travail de qualité, la plupart des infirmières font du temps supplémentaire et ne réclament pas toutes les heures de surtemps. Dans d'autres cas, des infirmières ont choisi de travailler à temps partiel pour être capable de continuer à maintenir le rythme de travail.

Les contraintes rencontrées dans leur travail et particulièrement les contraintes de temps induisent un stress constant. Les infirmières expliquent que dans un tel contexte les accidents et les problèmes de santé ont plus de chance de survenir à une infirmière débordée, stressée ou fatiguée. Comme elles ne sont pas prêtes à diminuer la qualité des services offerts aux patients malgré l'augmentation du nombre de cas, elles disent que ce sont elles qui vont écoper. Un indice de cette fatigue, c'est qu'en fin de journée la plupart ont mal au dos, au cou, et quelquefois, aux épaules.

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

⁵ En premier une répartition individuelle des cas a lieu, elle est suivie d'une répartition des surplus à l'intérieur d'un même secteur. Si cela ne suffit pas, une répartition intersectorielle a lieu au cours d'une réunion quotidienne des infirmières du MAD. Advenant le cas de surplus qui subsiste toujours malgré les transferts de patients mentionnés ci-dessus, les infirmières demandent l'ajout d'une route supplémentaire aux gestionnaires. Ceux-ci font alors appel à du personnel d'agence privée, ce qui ne facilite pas nécessairement le travail de coordination de soins des infirmières.

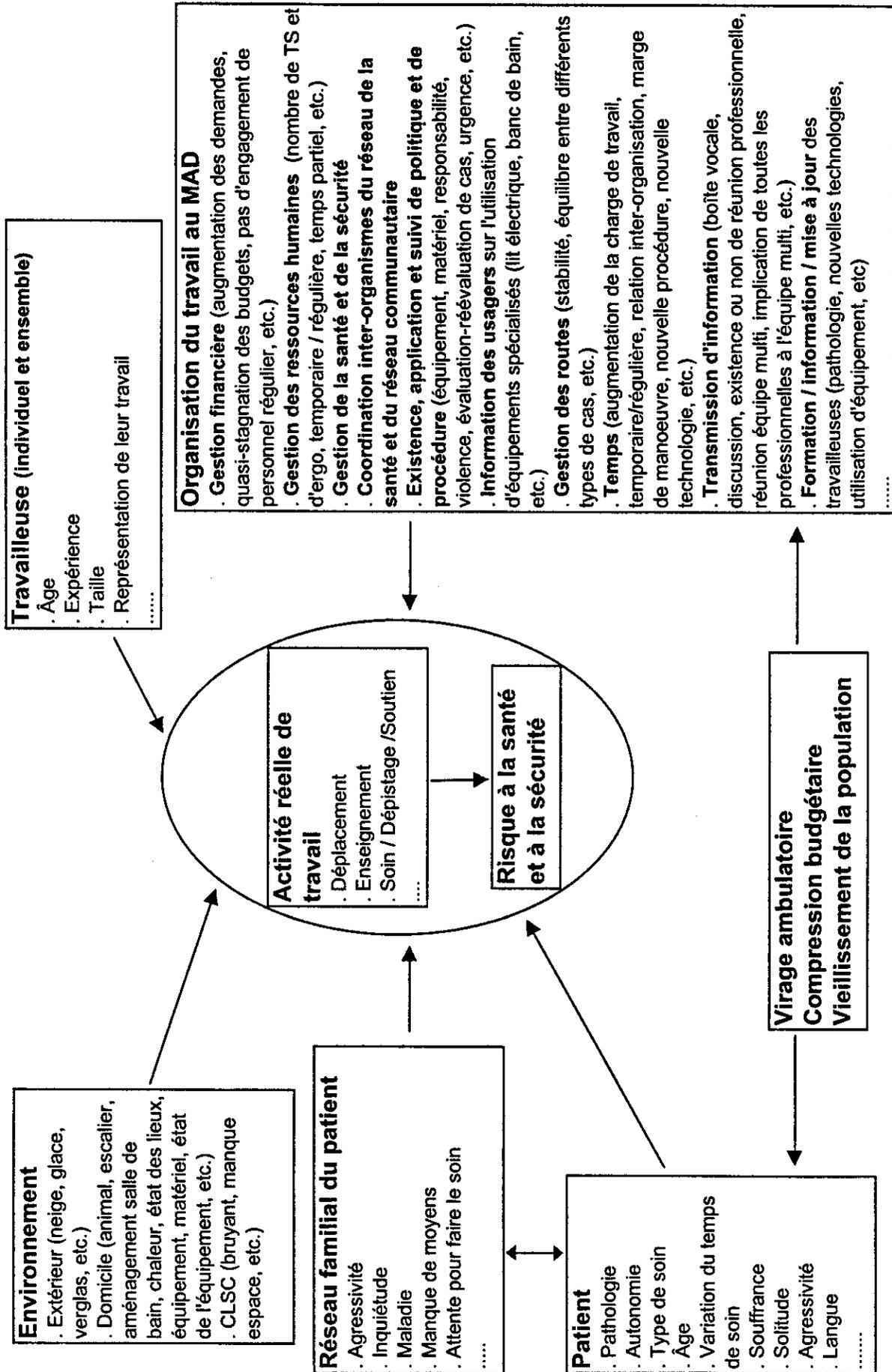
7. SYNTHÈSE ET CONCLUSION : DES FACTEURS ASSOCIÉS À LA SANTÉ ET À LA SÉCURITÉ DES AUXILIAIRES FAMILIALES ET SOCIALES ET DES INFIRMIÈRES DU MAINTIEN À DOMICILE

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

7.1 La travailleuse

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

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



également selon d'autres facteurs déterminant les conditions d'exécution de la tâche (équipement, environnement, patients, type de soin, etc.). L'ensemble de ces facteurs interagissent entre eux et ne se présente jamais seul dans une situation réelle de travail. Cependant, pour les fins de ce rapport, il est nécessaire de présenter ces facteurs successivement.

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

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

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

7.2 Le patient et son réseau familial

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

L'AFS et l'infirmière se présentant à domicile, le réseau familial du patient influence directement son travail. Ainsi, quelquefois elles sont accueillies par un conjoint agressif qui n'est pas content de l'heure à laquelle elles arrivent ou des changements de personnel. Il se peut

également que le soutien familial soit déprimé ou inquiet, et dans ce cas elles prennent du temps pour aider cette personne et, ainsi, prévenir des problèmes plus graves. D'autre part, à domicile la vie quotidienne des autres membres de la famille peut parfois entraîner des interférences avec les soins. Par exemple, nous avons observé quelquefois que les AFS devaient attendre que la salle de bain se libère ou que la patiente finisse son déjeuner avant de donner le bain ce qui entraînait des retards par rapport à l'horaire prévu. Quelquefois, des difficultés de communication, à cause de problème de langue, viennent compliquer et ralentir le travail. Enfin, le soin peut être ralenti à cause par exemple de la difficulté à enfiler certains vêtements comme des bas collants.

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

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

7.3 L'environnement

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

climatiques variables et à des contraintes diverses quelquefois imprévisibles et changeantes. D'autre part, les soins qu'elles dispensent le sont à domicile et chaque domicile est différent de l'autre. Ceci suppose une grande capacité d'adaptation et une vigilance importante de la part des travailleuses. Enfin, pour les infirmières du maintien à domicile, la moitié de leur temps de travail se passe au CLSC pour accomplir des tâches particulières liées à la gestion des dossiers.

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

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

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

7.4 L'organisation du travail

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

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

Les contraintes liées à la *gestion budgétaire du CLSC* ont une influence sur l'activité de travail. Le contexte au moment où s'est déroulée l'étude exploratoire est le suivant : une non-disponibilité chronique de lits de longue durée dans la région, une augmentation des demandes,

des cas de plus en plus lourds (post-opératoire et personnes âgées), une quasi-stagnation des budgets et des ressources humaines puisqu'il n'y a pas d'embauche de personnel régulier. Cette situation oblige les gestionnaires à gérer en tenant compte de paramètres qui sont parfois difficiles à concilier.

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

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

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

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

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

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

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

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

professionnelles où discuter entre elles des problèmes liés à la pratique de leur métier, des voies de solution et d'amélioration alors que les autres groupes de salariées en ont.

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

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

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

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

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

7.6 L'atout que représente l'expérience

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

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

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

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

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

D'autre part, rappelons que les infirmières du MAD ont également élaboré plusieurs stratégies de régulation individuelles et collectives pour faire face aux contraintes de temps liées à l'accumulation de tâches très diversifiées de gestion et d'intervenante-pivot qu'elles doivent assumer.

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

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

7.8 Conclusion

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

8. PISTES DE RECOMMANDATIONS

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

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

Santé et sécurité

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

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

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

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

Politiques et procédures

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

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

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

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

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

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

Information aux usagers

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

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

Gestion des routes

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

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

Temps

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

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

Transmission d'information

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

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

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

Rôle de l'auxiliaire familiale et sociale

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

Formation, information et mise à jour

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

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

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

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

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

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

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

8.4 Pistes de recherche

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

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAPHIE

- Cloutier E., Dubucs B. (1994). Étude du travail réel des aides-soignantes à domicile. *Archives des maladies professionnelles*, 55, no. 4, 269-277.
- Cloutier E., Duguay P. (1996). *Impact de l'avance en âge sur les scénarios d'accidents et les indicateurs de lésions dans le secteur de la santé et des services sociaux*. Montréal, IRSST, R-118.
- Dubuc N., Hébert R., Trottier L., Buteau M. (1997). *Temps consacré aux différentes activités des services de soutien à domicile fournis par les CLSC*. Centre de recherche en gérontologie et en gériatrie.
- Hébert F. (1995). *Indicateurs de lésions professionnelles : portrait par secteur*. IRSST.
- Jolin P. (1993). Définir les conditions sécuritaires pour les soins d'hygiène à domicile. *Objectif Prévention*, ASSTSAS, vol. 5, no. 4, pp. 34-37.
- Newsmith S.M., Aronsen J. (1996). Home care workers discuss their work : the skills required to « use your common sense ». *Journal of Aging Studies*, 10, no. 1, 1-14.
- Payeur A., Raynaud M.-P. (1998). Virage ambulatoire et mise en place de pratiques en santé et en sécurité du travail. *Actes du colloque de l'ASSTSAS 1998*.
- Proteau R.-A. (1992). Dossier : Les soins à domicile. *Objectif prévention*, ASSTSAS, Vol 15, no. 2.
- Rocher M. (1990). Les conditions de travail des infirmières et des aides-soignantes à domicile. *Travail et sécurité*. no. 12, 678-692.
- Yin R. K. (1988). *Case study research. Design and methods*. Sage publications.