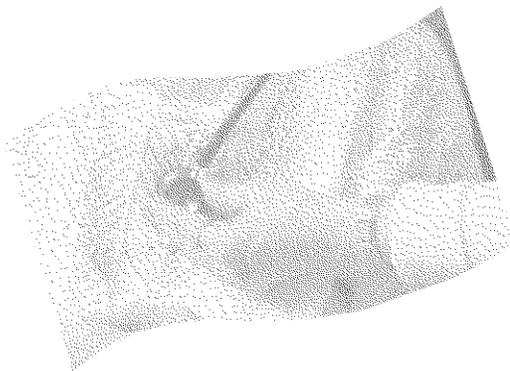


Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des AFS et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile



ÉTUDES ET RECHERCHES

Esther Cloutier
Hélène David
Élise Ledoux
Madeleine Bourdouxhe

Catherine Teiger
Isabelle Gagnon
François Ouellet

RR-453

RÉSUMÉ





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

NOS RECHERCHES *travaillent pour vous !*

MISSION

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

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

POUR EN SAVOIR PLUS...

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

www.irsst.qc.ca

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

Abonnement : 1-877-221-7046

IRSST - Direction des communications
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
Télécopieur : 514 288-7636
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
mars 2006

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

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

¹Organisation du travail, IRSST

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

³Conservatoire national des arts et métiers, Laboratoire d'ergonomie du CNAM

ÉTUDES ET RECHERCHES

RÉSUMÉ

Avis de non-responsabilité

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

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

Cliquez recherche
www.irsst.qc.ca



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

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

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSST

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

SOMMAIRE

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

Cette recherche interdisciplinaire comprend l'étude de l'organisation et de la SST de quatre services de SAD de CLSC qui se distinguent par certaines caractéristiques organisationnelles. Pour rendre compte de cette problématique complexe, les données recueillies dans chaque service proviennent de sources diversifiées.

Les résultats indiquent que le niveau de risque de problèmes de SST des AFS et des infirmières est très préoccupant quand on considère les lésions compensées par la CSST, les assignations temporaires ainsi que les absences de santé ayant des liens potentiels avec le travail. Alors que les AFS sont principalement victimes de problèmes musculo-squelettiques, il y a une prépondérance d'absences du travail pour des troubles psychologiques chez les infirmières. Une analyse particulière visait le niveau réel d'intégration des pratiques de SST au sein des CLSC. Un modèle théorique a été élaboré en cours de projet. Il met en évidence les déterminants de l'activité de travail et des stratégies de protection développées par le personnel soignant.

L'analyse fine de l'activité de travail des AFS et des infirmières révèle l'existence de plusieurs stratégies protectrices de travail visant la préservation de leur santé physique et psychologique en réduisant la charge physique, cognitive et affective liée au travail. Ces stratégies sont classées en six groupes, pour les AFS. Pour les infirmières, les stratégies répertoriées en neuf catégories sont surtout axées sur la diminution de la charge de travail à court et long terme. Il est montré que l'expérience du métier, mais aussi l'expérience « du cas » ou de la situation de travail à domicile s'avèrent bénéfiques car elles favorisent l'acquisition de stratégies protectrices qui permettent de réduire les contraintes du travail. Cette recherche montre également que l'anticipation des risques et la présence de marges de manœuvre individuelles, favorisées ou non par l'organisation du travail, sont des éléments essentiels pour assurer la SST des travailleuses de soins à domicile.

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

REMERCIEMENTS

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

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

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

Pour le comité aviseur :

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

Pour le comité scientifique :

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

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	i
REMERCIEMENTS	ii
TABLE DES MATIÈRES	iii
1. Introduction.....	1
2. Méthodologie	3
2.1 Études de cas enchâssés	3
2.2 Entrevues individuelles et collectives.....	3
2.3 Observations	4
2.4 Indicateurs de SST	4
2.5 Étude approfondie des horaires de travail et de l'implantation du logiciel de gestion des horaires des auxiliaires familiales et sociales dans deux CLSC	5
2.6 Comités de suivi et scientifique	5
3. Modèle théorique des déterminants de la présence de stratégies de travail protectrices chez le personnel soignant.....	7
4. Activités de travail et développement des stratégies protectrices avec l'expérience.....	11
5. Facteurs organisationnels favorisant le développement et l'utilisation de stratégies protectrices et la SST.	13
6. Comparaison de la performance SST des SAD selon leurs modes d'organisation du travail.	15
7. Discussion.....	19
8. Vers un mode d'organisation du travail protecteur de la SST du personnel dans les soins à domicile.....	27
9. Retombées du projet	31
9.1 Les pistes d'aménagement organisationnel	31
9.2 Retombées en termes de recherche	33

1. INTRODUCTION

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

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

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

Ces résultats concordent avec ceux d'autres chercheurs qui se sont intéressés à l'évolution des compétences au cours de la vie de travail dans différents métiers (auto contrôleurs de la sidérurgie, opérateurs de transport ferroviaire, travailleur de la construction automobile, guichetier, cuisinier de la restauration collective, éboueurs). Ces chercheurs ont documenté de nombreuses différences, en termes de compétences et de stratégies de travail, entre les novices et

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

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

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

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

Plus précisément, les hypothèses visent donc à vérifier que :

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

Afin de mieux conceptualiser la problématique, nous vous référons à l'état des connaissances présenté au chapitre 2 du rapport complet.

2. MÉTHODOLOGIE

La complexité de l'objet de l'étude, soit les relations entre les stratégies protectrices et leurs déterminants organisationnels, a nécessité le recours à une étude de cas multiples enchâssés (Yin, 1994). Les trois unités d'analyse qui constituent les niveaux d'enchâssement sont l'organisation du travail, les stratégies protectrices que les infirmières et les AFS utilisent au travail et les problèmes de santé et de sécurité qu'elles développent. Chaque unité d'analyse comprend un ensemble de variables qui vient éclairer d'un point de vue différent les données sur les variables d'une autre unité d'analyse. Différentes sources de données ont été utilisées : entrevues individuelles et collectives; observations de journées de travail et de réunions; données de main-d'œuvre, de lésions professionnelles et d'absences pour problèmes de santé.

2.1 Études de cas enchâssés

Quatre études de cas ont été réalisées dans les services SAD de CLSC de régions urbaines ou semi-urbaines présentant des caractéristiques organisationnelles différentes. Conformément aux règles de la méthodologie de l'enquête répétée (Lefrançois, 1991), elles ont été réalisées en séquence, les résultats de la deuxième permettant d'enrichir, de confirmer ou d'infirmer les résultats de la première et ainsi de suite jusqu'à la quatrième. Les rapports produits au fur et à mesure de la réalisation des quatre études de terrain figurent aux annexes du rapport R-429.

Concernant l'échantillonnage des services de SAD étudiés, les critères suivants ont été retenus: organisation plus ou moins structurée de la gestion de la SST, présence ou non d'infrastructure de réunions multidisciplinaires dans les équipes de soin, programme unique ou organisation des soins en plusieurs programmes selon les clientèles, niveau de reconnaissance du rôle des AFS par l'organisation, degré d'implantation et d'utilisation de nouveaux outils de gestion du travail et des soins et aussi, bien entendu, intérêt et disponibilité à participer à un projet de recherche. L'équipe a été aidée par des membres du comité consultatif et des informateurs-clés connaissant bien les milieux. Après avoir rencontré plusieurs gestionnaires de SAD et avoir sollicité cinq CLSC, les chercheurs ont sélectionnés quatre CLSC qui ont accepté de participer au projet.

2.2 Entrevues individuelles et collectives

Afin de documenter les aspects organisationnels, des entretiens semi-dirigés avec les gestionnaires de différents niveaux et les représentants syndicaux ont été réalisés. Au total, 48 entrevues de ce type, d'une durée approximative d'une heure ont été réalisées.

Deux catégories de personnel sont visées par cette étude : les AFS et les infirmières. Un total de onze entrevues collectives d'une durée moyenne d'une heure et demie a ainsi été réalisé auprès de 24 auxiliaires familiales et sociales et de 24 infirmières. Elles ont permis de documenter le travail tel que réellement pratiqué par chacun des métiers, leurs perceptions des contraintes influençant ce travail, les principales sources de difficultés et de risques au travail. Dans les quatre CLSC, une dernière entrevue collective était réalisée auprès de chaque métier afin de valider les résultats des analyses préliminaires et les hypothèses d'interprétation; huit entrevues de ce type ont été réalisées, d'une durée d'une heure et demie. Toutes les entrevues ont fait l'objet d'une analyse de contenu classique autour des thèmes pré-établis dans la grille

d'entrevue, en y ajoutant les nouveaux thèmes induits spontanément par les personnes interviewées.

2.3 Observations

Des observations directes du travail à domicile ou au CLSC ont ensuite été réalisées. Leur objectif était de produire des analyses temporelles de l'activité de travail et des analyses de l'activité réelle qui servent notamment d'indicateurs de stratégies de travail protectrices à l'égard des risques. Vingt-deux journées d'observation ont été réalisées (11 avec les infirmières et 11 avec les AFS), pour un total de 56 visites à domicile pour les AFS et de 71 soins pour les infirmières. Pour chaque journée d'observation, des grilles étaient complétées par l'observateur durant les visites à domicile, au cours des trajets entre ces visites ou pendant le travail au CLSC. Des enregistrements sonores en continu et des notes manuscrites ont été utilisés. Les données d'observation ont été traitées à l'aide du logiciel *The Observer* permettant de saisir les activités en fonction du temps réel obtenu par l'enregistrement sonore de la visite. On a ainsi codé et saisi de nombreuses variables, dont notamment : la phase de la visite, les activités réalisées par la travailleuse, ses interactions verbales avec l'utilisateur et l'aidant, les postures adoptées, etc. Des analyses des observations ont été réalisées en fonction de l'âge, l'expérience de métier, le statut et la connaissance du cas.

Dans chaque CLSC étudié, tous les types de réunions, professionnelles, cliniques, multidisciplinaires, administratives, d'allocation des ressources, études de cas ou rencontres dites «de ventilation», ont aussi été observés et enregistrés pendant une période de deux mois, pour un total de 35 réunions. Une analyse socio-ergonomique du contenu des réunions — en tant qu'activité de travail portant sur le contenu du travail et sur les relations entre collègues et avec les gestionnaires — a été réalisée.

2.4 Indicateurs de SST

Le portrait de la santé et sécurité au travail des personnels de chaque cas a été tracé à l'aide des données de main-d'œuvre, de lésions professionnelles et d'absences pour problèmes de santé. La consultation de documents administratifs (politiques et procédures à divers niveaux) permettait d'en documenter la gestion. Afin de comparer la performance en SST des quatre CLSC, trois types d'indicateurs ont été retenus : des indicateurs rétrospectifs ou de mesure de résultats, des indicateurs d'état et des indicateurs prospectifs. Tout d'abord, des indicateurs de résultats ont été développés sur la base des données relatives aux lésions professionnelles et à l'absentéisme des personnels, sur une période de trois ans. Il s'agit : du taux de fréquence, de la durée moyenne d'absence et du taux quotidien d'absence qui combine ces deux derniers.

Le portrait comparatif de la SST des personnels s'est aussi fait à partir d'entrevues auprès de volontaires sur les circonstances et les raisons de leurs absences du travail ainsi qu'à l'aide d'indicateurs d'état s'appuyant sur les réponses au questionnaire distribué à tout le personnel des groupes professionnels concernés et visant à mesurer la santé musculo-squelettique et psychologique des employés. Finalement, les trois grandes catégories d'indicateurs prospectifs de la performance SST retenues pour comparer les quatre SAD sont : la conformité du domicile, l'organisation de la prévention ainsi que les pratiques sécuritaires.

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

En réponse à un besoin spécifique du CLSC 1 au sujet des horaires de travail des AFS, un volet de l'étude consistait à examiner en profondeur les contraintes de temps des AFS de ce CLSC pour voir dans quelle mesure ces contraintes avaient un impact sur leurs stratégies de travail protectrices. Nous voulions aussi savoir si l'intensification du travail, mesurée en nombre de soins, avait un impact sur ces stratégies et observer en contrepartie les possibilités que l'organisation offrait – ou non – aux AFS de se ménager des marges de manœuvres dans ce sens. Le thème de l'organisation des horaires a donc donné lieu à des analyses particulières, d'abord au CLSC 1, qui implantait au moment de l'étude un système informatisé de gestion des horaires et des routes des AFS. L'étude a été complétée au CLSC 2, qui utilisait le même logiciel, de plus en plus populaire dans de nombreux CSLC. Le rapport produit pour cette étude est disponible à l'annexe E du rapport R-429.

2.6 Comités de suivi et scientifique

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

Un comité scientifique, composé de spécialistes en ergonomie, sociologie et relations de travail ayant une longue expérience du milieu étudié et de ce type de projet de recherche, a aussi été formé afin de s'assurer de la validité scientifique de la démarche.

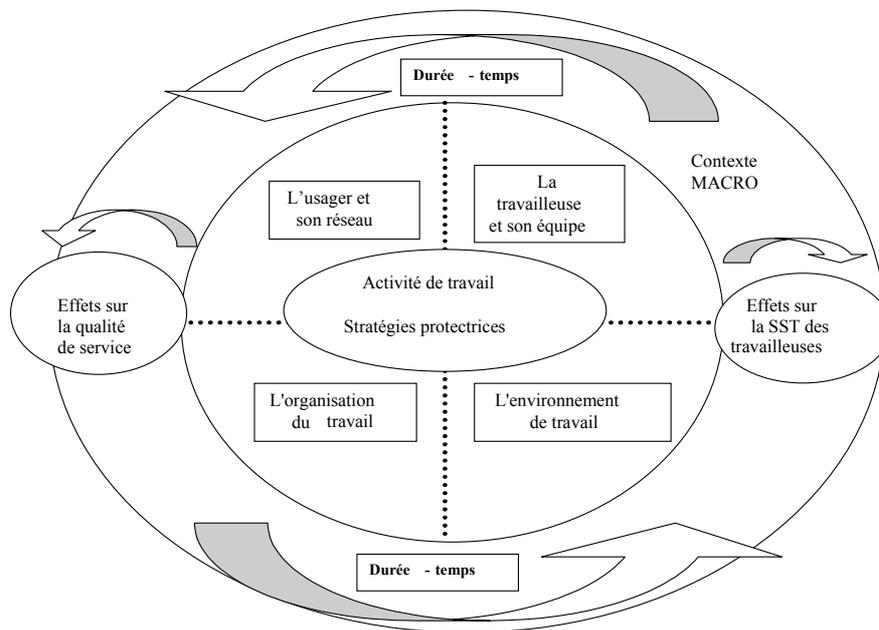
Pour chaque étude de cas, une entente était signée entre le représentant de l'établissement et l'équipe de recherche. L'établissement s'engageait, pour sa part, à former un comité de suivi paritaire constitué de gestionnaires et collaborateurs du SAD, de représentants des AFS et des infirmières ainsi que d'un représentant du comité de santé et sécurité du travail, le cas échéant. Le rôle de ce comité était de promouvoir l'implication des personnels dans le projet et permettait aussi de faire face aux imprévus éventuels. Il s'engageait enfin à mettre sur pied des moyens de diffusion des résultats et d'implantation des pistes de solutions organisationnelles dont certaines ont déjà été mises en place en cours de projet.

3. MODÈLE THÉORIQUE DES DÉTERMINANTS DE LA PRÉSENCE DE STRATÉGIES DE TRAVAIL PROTECTRICES CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT

Le modèle théorique permet de présenter les types d'indicateurs que nous avons retenus. Il montre que l'activité de travail des AFS et des infirmières, ainsi que les stratégies de travail qu'elles développent, découlent de plusieurs aspects de leur travail répartis en quatre grandes catégories : l'utilisateur et son réseau, la travailleuse et son équipe, l'environnement de travail ou l'organisation du travail (figure 3.1). Chacune des quatre dimensions qui influencent le travail du personnel à domicile est composée de plusieurs facteurs.

L'utilisateur et son réseau : ces facteurs relèvent d'abord de l'utilisateur lui-même : âge, pathologie, niveau d'autonomie et de souffrance, caractéristiques physiques et psychologiques. Les autres facteurs relèvent de son réseau familial et de son réseau social. Enfin, la disponibilité d'autres ressources, publiques ou communautaires dans la région influencent aussi la nature et la charge de travail du personnel soignant, tout comme la problématique du vieillissement de la population : les usagers mais aussi leurs aidants sont de plus en plus âgés.

Figure 3-1 : Modèle théorique



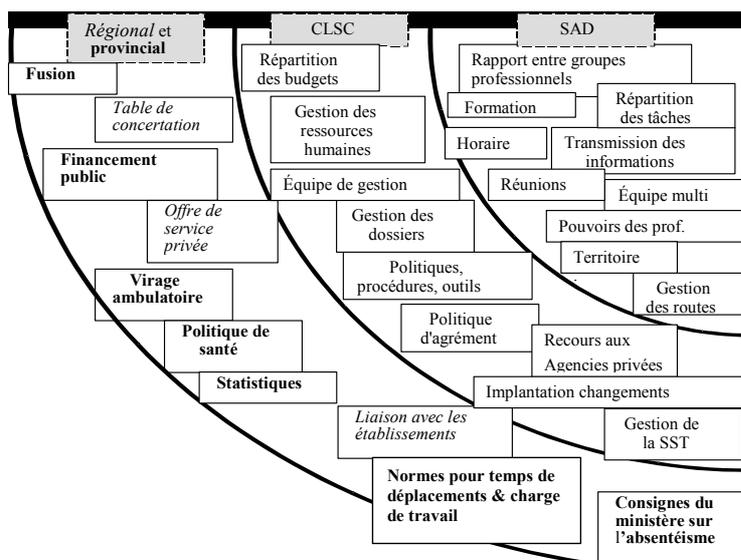
La travailleuse et les collectifs de travail constituent une dimension importante à considérer d'autant plus que ces facteurs se situent dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre pour certains emplois. Tout d'abord, les facteurs liés à la travailleuse (âge, état de santé, sexe, parcours professionnel, caractéristiques physiques et psychologiques, expérience, formation, représentation du travail et des usagers) conditionnent le travail ainsi que les stratégies qu'elle développe. La présence - ou non - d'un collectif de travail professionnel ou interprofessionnel

influence le travail, les modes et les règles informelles de fonctionnement et de communication qui les animent de même que les représentations du travail et de la SST qui y sont partagées.

L'environnement de travail, souvent imprévisible et changeant, conditionne aussi l'activité de travail du personnel soignant des SAD : état et aménagement des lieux, disponibilité – ou non - d'équipements, présence d'un animal. Le travail à domicile est aussi influencé par les conditions climatiques. La disponibilité des locaux et des équipements, l'état des lieux et l'environnement physique au CLSC même ont aussi leur importance.

L'organisation du travail, (figure 3.2), comporte trois niveaux: le SAD, le CLSC, le réseau dans la région et dans d'autres régions limitrophes. Pour le SAD, les facteurs organisationnels importants pour le travail sont: la formation, la présence ou non d'équipe multidisciplinaire, la répartition en territoires, les horaires de travail, la tenue de réunions professionnelles, les stratégies de transmission d'information et la qualité des rapports entre les différents groupes professionnels. L'activité dans un service de SAD dépend aussi de décisions prises au niveau de la direction du CLSC : répartition des budgets, type de gestion des ressources humaines et de la SST, politiques et procédures élaborées, recours aux agences privées de soins et du style d'implantation des changements dans l'organisation. Enfin, l'existence au niveau régional ou inter-régional de : tables de concertation, d'offre de service du privé, de protocoles de liaisons entre établissements ainsi que la fusion de différentes organisations conditionnent le travail du personnel soignant. Au niveau macroscopique, les politiques gouvernementales de tous types (budgets, fusions, virage ambulatoire, consignes visant la réduction de l'absentéisme, politiques concernant l'éducation ou les retraites des infirmières, outils de prise en charge et de suivi des clientèles, type de statistiques compilées sur les soins, etc.) réduisent les marges de manœuvre des CLSC, ce qui se répercute sur l'offre de service et sur la charge de travail du personnel. L'état joue un rôle fondamental dans la prescription du travail par la mise en place de normes sur la charge de travail et les temps de déplacements.

Figure 3-2 : L'organisation du travail



En influençant l'activité de travail des AFS et des infirmières, tous les éléments présentés dans le modèle ont des effets sur la SST du personnel ainsi que sur la qualité des services offerts. Ces grandes dimensions, définissant le travail du personnel à domicile, sont conditionnées par un contexte macroscopique caractérisé entre autres par des consignes ministérielles, le vieillissement de la population et la pénurie d'infirmières. Ces différents aspects du travail évoluent dans le temps à travers le contexte macroscopique, l'organisation du travail, l'état de santé des usagers, la capacité de prise en charge du réseau, les caractéristiques du personnel et de l'environnement, ce qui demande une grande capacité d'adaptation de la part du personnel soignant. Dans certaines situations, quelques aspects prennent le dessus alors que d'autres jouant un rôle, sont invisibles.

4. ACTIVITÉS DE TRAVAIL ET DÉVELOPPEMENT DES STRATÉGIES PROTECTRICES AVEC L'EXPÉRIENCE

Comme le montre chacune des études de cas (Annexes A, B, C et D disponibles dans le rapport R-429), de même que les compilations globales de l'ensemble des journées d'observation des auxiliaires et des infirmières, la principale caractéristique de leur travail est sa grande variabilité et son imprévisibilité. Cette variabilité provient de différentes sources dont les trajets, les clients, les soins et services dispensés ainsi que les activités réalisées.

Pour s'ajuster à cette grande variabilité du travail, les auxiliaires et les infirmières développent plusieurs stratégies dont un nombre important vise à préserver leur santé physique et psychologique en réduisant la charge physique, cognitive et affective. Ces stratégies protectrices sont individuelles ou partagées par une partie ou l'ensemble du groupe. Les stratégies documentées dans ce projet ne sont qu'un échantillon de celles développées par les travailleuses. Les analyses ont par ailleurs montré que ces stratégies protectrices évoluent selon l'expérience du métier. Elles ont été classifiées en six groupes, pour les auxiliaires, selon leur objectif principal :

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

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

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

Il a aussi été montré que l'expérience du métier s'avère bénéfique car elle favorise l'acquisition de stratégies protectrices permettant de réduire les contraintes posturales et ce, pour les deux

groupes professionnels. Ceci, même si dans l'ensemble, les infirmières tendent à moins se protéger. L'analyse laisse aussi voir que l'expérience du métier influence la nature des interactions verbales avec les usagers. Par exemple, les travailleuses expérimentées ont développé la capacité de réaliser, par le biais des interactions, des activités de dépistage, de planification du soin ou d'enseignement tout en réalisant simultanément les soins. L'expérience du métier permet aussi de réduire la durée du temps de soin, tant chez les auxiliaires que les infirmières.

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

De nombreux exemples concrets démontrent le rôle significatif joué par plusieurs facteurs organisationnels dans le développement et l'utilisation de stratégies protectrices de travail par les auxiliaires familiales et sociales et les infirmières.

L'étude approfondie des horaires de travail réels des auxiliaires a montré, notamment, l'extrême diversité des clientèles et la grande variabilité des soins, des trajets et des temps pour les accomplir. L'utilisation d'un logiciel qui tend à standardiser ces horaires n'est donc pas toujours adaptée aux particularités du travail en SAD. L'analyse temporelle du travail a également montré l'existence d'activités non comptées dans les statistiques de gestion, tant chez les auxiliaires que chez les infirmières, ainsi qu'un important travail invisible de suivi et de soutien des clients et de leurs aidants par les auxiliaires. Dans le contexte actuel de réduction des coûts, l'intensification du travail par compression des horaires et augmentation du nombre de clients visités par jour a des conséquences à la fois sur la SST des auxiliaires et sur la qualité des services offerts par le SAD : l'éparpillement des horaires et la déstabilisation des routes pour combler au maximum l'horaire des personnels réguliers, par exemple, font que les objectifs annoncés de régularisation des horaires et des personnels pour un même client ne sont pas atteints. Pour contrer ces effets et préserver leur santé et celle de leurs clients, quand l'organisation leur en laisse la possibilité, les auxiliaires expérimentées développent des stratégies très efficaces de réorganisation de leurs horaires et de leurs routes.

L'analyse de l'activité de travail par le biais du statut d'emploi a montré les effets négatifs de la précarité d'emploi sur la SST des auxiliaires et des infirmières des SAD. Le statut d'emploi est lié à l'expérience du métier et à la connaissance des situations de travail, que nous avons appelée la « connaissance du cas ». Les travailleuses novices, qui ont généralement un statut précaire soit à titre de salariée sur appel au CLSC ou à titre d'employées d'agences privées, sont appelées à faire des remplacements auprès de différents types de clientèles, moins connus. Conséquemment, elles ont moins l'opportunité de développer et d'utiliser des stratégies protectrices et sont plus exposées aux risques. Alors que les AFS régulières, qui sont aussi les plus expérimentées, possèdent une capacité d'actions anticipatrices face aux risques potentiels connus ou appréhendés, ce qui s'avère protecteur pour leur santé. Quant aux infirmières, le recours à du personnel à statut précaire crée une pression additionnelle sur le personnel régulier qui doit multiplier les démarches afin d'assurer le suivi des usagers. Les infirmières régulières peuvent cependant, contrairement aux infirmières occasionnelles, réguler leur charge de travail sur une période plus longue (quelques jours, une semaine ou un mois), en remettant à plus tard les tâches moins urgentes, ce que ne peuvent faire les infirmières qui assument un bref remplacement.

L'analyse comparative de la charge de travail a révélé, dans un premier temps, que les auxiliaires ayant une charge élevée réduisent le temps consacré au soin afin de réguler leur charge quotidienne de travail et de s'aménager des marges de manœuvre. Dans un deuxième temps, elles effectuent des activités de façon concomitante afin de maintenir l'atteinte des objectifs principaux de leur travail : le soin d'hygiène proprement dit et l'activité de suivi de la personne

(dépistage, soutien). À la charge temporelle plus élevée s'ajoute donc une intensification des activités lors des visites à domicile ce qui a des effets négatifs sur leur SST. De même, l'analyse du travail des infirmières a révélé que leur charge de travail était très sous-estimée par les statistiques d'activités compilées par le CLSC (Sic +). Elle a aussi montré l'importance des activités de gestion réalisées au CLSC mais non reconnue par les gestionnaires comme des activités structurant la continuité et la qualité des soins.

De plus, la présente analyse a fait apparaître l'importance de la stabilité des clientèles tant au niveau de l'efficacité (soins moins longs), de la SST des personnels que de la qualité et la satisfaction des clientèles. En effet, la connaissance de l'usager, de ses caractéristiques, de son état et ses besoins ainsi que de son environnement permet notamment aux travailleuses d'anticiper la charge de travail et d'être mieux préparées pour réagir aux imprévus. Des exemples concrets ont montré les effets positifs de la connaissance du cas sur le recours à des stratégies protectrices par le personnel soignant.

L'analyse des réunions multidisciplinaires et de discussions de cas a montré clairement les effets positifs de ces dernières, tant du point de vue de la transmission et de la circulation d'informations pertinentes pour l'exécution des soins, que du dépistage de situation problématique ou à risque à domicile, tant pour l'usager que pour le personnel soignant. Le travail en interdisciplinarité améliore la prise en charge et l'application de solutions lors de situations problématiques ou complexes, par la concertation qui en découle ainsi que par le partage des difficultés rencontrées. Les réunions multidisciplinaires, en plus d'être un lieu de construction des pratiques et des connaissances, offrent aussi du soutien par les pairs en renforçant ainsi le collectif de travail, en plus de faire gagner du temps. La construction et la dynamique du collectif de travail joue – ou non, si absent - un rôle de protection majeur de la SST des personnels ciblés.

La présence ou non de politiques d'aménagement des lieux de travail et de formation joue aussi un rôle dans l'utilisation de stratégies de protection. De plus, les mécanismes de valorisation du travail des auxiliaires et des infirmières ont un effet bénéfique sur leur SST. La reconnaissance se traduit dans les interactions quotidiennes au sein des équipes mais également à la place accordée aux auxiliaires notamment par leur participation active à des réunions multidisciplinaires ou par la constitution d'un conseil des AFS. Pour les infirmières, la reconnaissance du statut d'intervenant-pivot ou de gestionnaire de cas par les CLSC est un enjeu majeur car il s'agit d'un moyen structurel de reconnaître tout le temps consacré à l'organisation du plan d'intervention et au suivi des dossiers des usagers par les infirmières.

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

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

Partageant une mission commune, les quatre CLSC étudiés présentent des différences de fonctionnement qui s'observent tant au niveau des structures mises en place, que de la répartition des tâches et fonctions ou de la répartition des effectifs. Bien que les pratiques de soins réalisés par les infirmières et les auxiliaires se ressemblent, le contexte organisationnel et les conditions d'exercice du travail dans chacun CLSC diffèrent. De la même façon, la performance SST des CLSC est contrastée. Une description complète des caractéristiques organisationnelles et structurelles des quatre CLSC ainsi que de leur main-d'œuvre est présentée dans le rapport.

Les modes d'organisation du travail et les pratiques de gestion des changements soutenant, plus que d'autres, le développement des stratégies protectrices sont comparées ici au niveau des effectifs et statuts d'emploi, des choix de répartition des clientèles et des charges de cas, de gestion des routes, des mécanismes formels de transmission des informations et des modalités de reconnaissance.

En s'appuyant sur les résultats de l'analyse par convergence des données d'entrevues et d'observation du travail, les modes d'organisation du travail et les pratiques de gestion qui semblent soutenir **le plus** le développement des stratégies protectrices sont identifiées par un symbole « + » dans le tableau comparatif (tableau 6.1). Celles soutenant **le moins** ce développement sont identifiées par un symbole « - ». Dans certains cas, les données recueillies n'ont pas permis de caractériser dans quel sens agissent certains de ces facteurs.

Globalement, le CLSC 4 qui présente le plus de composantes organisationnelles soutenant positivement l'activité de travail des auxiliaires et des infirmières possède une meilleure performance SST, particulièrement au niveau des indicateurs de résultats, des indicateurs d'état ainsi qu'au niveau de l'intégration perçue de la prévention dans les pratiques de gestion du SAD. Par contre, c'est ce CLSC qui présente les plus longues durées moyennes d'absence tant chez les auxiliaires que chez les infirmières. Rappelons que contrairement aux CLSC 2 et 3, le CLSC 4 ne recourt pas à l'assignation temporaire et ne recourt pas à la contestation des demandes d'indemnisation.

Au contraire, le CLSC 2, combinant plusieurs composantes organisationnelles à l'effet plutôt négatif sur l'activité de travail présente la moins bonne performance SST selon les indicateurs de résultats bien que les indicateurs prospectifs caractérisant le niveau de structuration de la prévention dans cet établissement soient positifs.

Les CLSC 1 et 3 occupent des positions mitoyennes dans ce continuum. Le CLSC 1 cumule un certain nombre de composantes agissant plutôt négativement sur l'activité de travail des infirmières et des auxiliaires. Cependant, peu d'effets se traduisent au niveau des indicateurs de résultats et ce, même s'il s'agit du CLSC, parmi les quatre établissements à l'étude, où la prévention est la moins structurée. Rappelons qu'il s'agit du CLSC où la charge de cas quotidienne des AFS est la plus faible des quatre CLSC ce qui joue positivement. Il s'agit aussi du CLSC où le taux de fréquence d'absence des infirmières est paradoxalement le plus faible des quatre CLSC, bien que nous ayons mis en évidence plusieurs contraintes agissant sur le travail

Tableau 6.1 : Parallèles entre les modes d'organisation du travail des quatre SAD et trois types d'indicateurs de performance SST

	SAD 1	SAD 2	SAD 3	SAD4
<i>Personnel occasionnel</i>		INF	AFS	INF et AFS
<i>Répartition des clientèles</i>				
<i>Charge quotidienne de travail</i>	INF et AFS 	INF et AFS 		
<i>Interventions/ETC</i>	AFS INF	AFS INF		
<i>Gestion des routes</i>	INF AFS	INF	INF AFS	INF AFS
<i>Réunion professionnelle</i>				
<i>Réunion multi</i>				
<i>Reconnaissance des pivots (INF)</i>				
<i>Mécanisme de soutien des INF</i>				
<i>Reconnaissance AFS</i>				
<i>Implantation des changements</i>				
<i>Participation aux décisions</i>				
PERFORMANCE SST				
<i>Indicateurs de résultats</i>	AFS INF	 		
<i>Indicateurs d'état</i>	AFS INF		 	
<i>Indicateurs prospectifs</i>				
<i>Conformité, organisation de la prévention</i>				
<i>Intégration perçue de la prévention dans le SAD</i>				

de ces dernières. La présence des chercheurs sur le terrain permet d'avancer certaines explications à ce paradoxe apparent. En effet, il s'agit du CLSC où nous avons pu dénombrer le plus d'infirmières ayant décidé de quitter le SAD pour se relocaliser ailleurs dans le CLSC. De plus, lors de notre présence sur le terrain, nous avons pu percevoir la souffrance de ce collectif et avons été témoin d'un événement accidentel, d'un départ en épuisement professionnel, et de deux départs du service. Or les indicateurs de résultats retenus ici pour mesurer la performance se rapportent à des événements qui se sont produits au cours des trois dernières années et sont donc en décalage avec la réalité actuelle des conditions d'exercice du travail telles que nous les avons décrites dans cette étude. Ce décalage semble plus fort dans le CLSC 1 d'après ce que l'équipe de recherche a constaté en retournant sur le terrain au moment de la présentation des résultats finaux.

La performance SST du CLSC 3 varie selon qu'on retienne des indicateurs de résultats ou des indicateurs d'état. Bien que ce CLSC se situe au deuxième rang selon le taux de fréquence, la durée d'absence et le taux quotidien d'absence, les indicateurs d'état qui permettent d'appréhender l'incidence des symptômes musculo-squelettiques et de santé psychologique apporte une nuance importante à ce constat. Bien qu'une majorité de caractéristiques organisationnelles ont plutôt un rôle positif sur l'activité de travail, deux d'entre elles, soit l'importance du personnel occasionnel et le peu de marge de manœuvre en ce qui a trait à la gestion des routes par les auxiliaires peuvent avoir joué un rôle à ce niveau. De plus, le très faible taux d'incidence de lésions professionnelles indemnisées qui réduit par le fait même le taux d'incidence d'absence peut être le reflet de pratique de gestion de contestation des absences, comme certains participants de ce CLSC nous l'ont rapporté en entrevue.

Retenons de ces résultats que la mise en place d'un mode d'organisation du travail supportant le développement de stratégies protectrices se reflète au niveau de la performance SST même si le niveau d'organisation de la prévention n'est pas optimal. À l'inverse, l'absence d'un mode d'organisation du travail supportant le développement de stratégies protectrices a un impact négatif sur la performance SST et ne peut être compensée par une organisation de la prévention qui semble, sur papier, rencontrer les règles de l'art. L'intégration des pratiques préventives dans l'exercice quotidien du travail, tant au niveau de l'encadrement que des travailleurs, fait ici la différence. Les résultats confirment également l'importance de s'appuyer sur une diversité d'indicateurs pour caractériser la performance SST d'une organisation; la connaissance des pratiques réelles de gestion de la prévention et du travail est un atout indéniable dans ce type d'estimation.

7. DISCUSSION

Cette étude aborde au sens large la santé et la sécurité au travail des AFS et des infirmières de soins à domicile. Elle s'intéresse aux absences pour problèmes de santé et de sécurité compensées par la CSST, l'assurance salaire ou le CLSC (prévention tertiaire par l'assignation temporaire); ainsi qu'aux manifestations de douleurs musculo-squelettiques ou de troubles psychologiques déclarées par les travailleuses au moment de l'étude (prévention secondaire). Elle vise à identifier les sources de ces manifestations, qu'elles relèvent de l'organisation ou de l'environnement (prévention primaire), afin d'agir sur elles et d'en réduire les impacts négatifs (Vinet, 2004).

Plusieurs indicateurs utilisés montrent un portrait très préoccupant de la SST des AFS et des infirmières de soins à domicile. Ceci concorde avec les résultats d'autres études (Cloutier et coll. 1998; Dellve et coll., 2003; Denton et coll., 2003; Rocher, 1990; Torgen, 1995). Cependant, aucune d'entre elles n'a utilisé un éventail d'indicateurs aussi large que la présente étude :

- Le taux de fréquence et le taux quotidien d'absence pour lésions professionnelles compensées par la CSST sont supérieurs à la moyenne québécoise;
- Le taux de fréquence et le taux quotidien d'absence pour les assignations temporaires sont élevés dans certains CLSC;
- Les lésions professionnelles ainsi que les cas d'assignation temporaire sont principalement associées à des douleurs musculo-squelettiques;
- Les absences de longue durée causées par des douleurs musculo-squelettiques et des troubles psychologiques sont plus nombreuses que les lésions professionnelles indemnisées par la CSST et elles représentent plus de la moitié de l'ensemble des absences de longue durée compensées par l'assurance salaire;
- Le taux de fréquence et le taux quotidien d'absence de longue durée compensées par l'assurance salaire causées par des douleurs musculo-squelettiques et des troubles psychologiques sont plus élevés que ceux associés aux lésions professionnelles indemnisées par la CSST;
- Des proportions élevées d'AFS et d'infirmières déclarent ne pas s'accomplir au travail et présentent des risques d'épuisement professionnel;
- Des proportions importantes d'AFS et d'infirmières déclarent des douleurs musculo-squelettiques au dos, au cou ou aux bras qu'elles associent au travail.

Pour faire la prévention primaire qui s'impose dans ce contexte critique, il s'avère donc nécessaire d'identifier les sources de ces problèmes de TMS et de santé psychologique. Pour ce faire, notre représentation des liens entre travail et SST doit se modifier (Daniellou, 2003; Vinet, 2004). Ainsi, on postule que les atteintes à la SST du personnel sont variées, parfois multiples et non spécifiques, en ce sens que des situations de travail contraignantes peuvent entraîner l'apparition de divers problèmes selon les individus. Différents milieux de travail ont été comparés afin de dégager des pistes de prévention efficaces.

L'étude montre qu'afin de prévenir les problèmes de SST, les AFS et les infirmières des soins à domicile doivent, d'une part, être capables d'anticiper les risques et, d'autre part, disposer de marges de manœuvre. L'effet de certaines décisions organisationnelles sur ces deux éléments indispensables à la prévention est brièvement discuté ici.

Anticipation du risque dans un contexte de relation de service

Afin d'anticiper le risque, les AFS et les infirmières doivent disposer des connaissances nécessaires pour s'ajuster aux multiples variations caractérisant le travail auprès d'un usager à domicile. Cette connaissance intègre les dimensions suivantes du travail : les tâches, l'expérience du métier, les particularités des usagers et de leurs réseaux, les territoires, l'environnement de travail, les équipements et procédures, les collègues de travail et l'organisation du travail.

L'expérience du métier s'avère fort utile pour se préserver des accidents et des absences pour problèmes de santé. Le personnel expérimenté développe de nombreuses stratégies posturales, procédurales, relationnelles, de gain de temps et une meilleure connaissance de ses capacités personnelles qui lui permettent de se protéger des risques et de réduire les contraintes du travail. La présente étude montre cependant que l'expérience du métier et une meilleure connaissance de ses propres capacités ne sont pas les seuls éléments constitutifs des stratégies de protection. S'y ajoute l'expérience ou la « connaissance du cas ». L'expérience répétée de situations réelles de soin auprès d'un usager permet au personnel de construire petit à petit cette connaissance du cas nécessaire à sa sécurité et à celle de ce dernier.

Le développement d'une connaissance du cas peut être, ou non, favorisé par certaines décisions organisationnelles. Afin de permettre aux travailleuses de développer cette connaissance protectrice tant pour les travailleuses que l'usager, l'organisation du travail doit en premier lieu préserver la stabilité des clientèles desservies par le personnel. Alors que l'on reconnaît généralement, dans les milieux, l'apport de cette stabilité à la qualité des services, paradoxalement on a plutôt tendance dans certains CLSC à modifier les routes du personnel, surtout les AFS, pour différentes raisons (éviter l'attachement, optimiser les effectifs, réduire les déplacements et les coûts). La présence de risques accrue pour le personnel précaire corrobore pourtant l'importance de ce savoir accumulé sur les clientèles (Cloutier et coll, 2005). En deuxième lieu, la connaissance du cas peut aussi être développée par la participation aux réunions professionnelles et multidisciplinaires. Ces réunions n'existent pas dans tous les CLSC et le personnel occasionnel n'y est cependant pas toujours convoqué ce qui nuit à la construction du savoir professionnel.

La connaissance du cas est d'autant plus importante que le travail des AFS et des infirmières de soins à domicile est exécuté dans le milieu de la personne, en coopération avec cette dernière, souvent souffrante, et son réseau d'aidants (Cloutier et coll, 1999; Falzon, Lapeyrière, 1998). L'activité de l'AFS et de l'infirmière s'avère autant technique que relationnelle, d'où le développement de plusieurs stratégies de soutien et de dépistage (Gagnon et coll., 2003). Il est question d'un travail affectif car les soignants s'évertuent, en plus de la tâche « technique », à susciter un état émotif positif chez l'usager et son entourage afin d'obtenir leur collaboration immédiate mais aussi à long terme, soit au plan d'intervention. Cette relation, de l'ordre du travail peut premièrement être plus ou moins reconnue par l'institution. Par exemple, les AFS ont souvent le sentiment de ne pas être reconnues à leur juste valeur sur le plan professionnel alors

que la dimension relationnelle est au cœur de leur métier (Gagnon et coll., 2003; Cagnet, 2002a, 2002b). L'effet sur la santé d'un manque de reconnaissance est bien connu (Bourbonnais et coll., 1998; Carpentier-Roy, 1991). Deuxièmement, cette relation peut présenter d'autres types de risques pour la santé mentale du personnel. Rappelons que les statistiques présentées, les discussions de cas observées et les situations d'accidents analysées ont aussi révélé les effets négatifs, sur la santé psychologique du personnel soignant, du travail affectif lorsqu'il n'est pas reconnu ou soutenu par l'organisation du travail.

Marges de manœuvre : une question d'organisation du travail

En plus de la connaissance du cas, favorisée ou non par l'organisation du travail, les AFS et les infirmières de soins à domicile doivent aussi disposer de marges de manœuvre afin d'avoir la possibilité de développer des stratégies protectrices et de les utiliser (David et coll., 2001). Ces marges de manœuvre individuelles, importantes en termes de prévention, permettent au personnel de réguler son activité de travail selon son âge, son expérience, son niveau de fatigue ou ses problèmes de santé. Les résultats démontrent que la façon d'organiser le travail n'est pas neutre à cet égard. Les marges de manœuvre dont disposent les individus ou les mécanismes de régulation qui leur sont accessibles, sont plus ou moins favorisés par divers choix organisationnels. Parmi les choix déterminants au regard des marges de manœuvre qu'ils offrent pour le personnel, la présente étude fait ressortir :

- la possibilité d'aménager les routes;
- l'utilisation de personnel de différents statuts d'emploi;
- l'existence de procédures claires et de leur application en ce qui concerne l'aménagement des domiciles;
- l'accès à la formation et à l'information sur les pathologies, les clientèles et les environnements de travail;
- la possibilité de développer un collectif de travail fort;
- les réunions professionnelles et multidisciplinaires;
- les mécanismes de transmission et de circulation d'information;
- la reconnaissance du travail invisible des AFS et des infirmières ainsi que de leur expérience;
- le choix des outils de gestion et de suivi des clientèles de même que leur mode d'implantation.

Quatre thèmes dominants sont abordés ici en fonction des marges de manœuvre permises ou non.

La possibilité d'aménager les routes

Cette étude démontre l'effet positif de l'autonomie dans la gestion du temps de travail, particulièrement dans la gestion des routes, sur la SST des AFS et des infirmières. La latitude laissée par certaines organisations fournit des marges de manœuvre permettant aux travailleuses de réguler l'activité de travail afin de l'ajuster à leur état de santé et de fatigue, à celui de l'utilisateur et à l'environnement de travail, d'autant plus que des variations surviennent

fréquemment à ces niveaux. La question primordiale de la gestion du temps de travail se pose différemment pour les AFS et pour les infirmières. Une gestion préventive des horaires permet d'aménager des marges de manœuvre protectrices et d'équilibrer la charge de travail. Ceci est d'autant plus essentiel que la charge de travail augmente de plus en plus (Bourbonnais et coll., 2000; Lehoux et coll., 2001) et que les présents résultats montrent une augmentation du risque avec l'accroissement de la charge de travail.

Les mécanismes de transmission et de circulation d'information

La collaboration et la coopération entre les différents professionnels de l'équipe de soins sont au cœur de la prestation de services à domicile. La question des mécanismes de circulation et de transmission d'information s'avère donc cruciale : des mécanismes formels et informels sont utilisés par le personnel soignant. On s'attarde ici aux réunions.

L'analyse des réunions multidisciplinaires observées dans trois CLSC montre que leur tenue favorise la connaissance que chaque professionnel a des autres professions, la mise en commun des territoires respectifs à chaque discipline et l'utilisation de cadres de référence interprofessionnels. Ce travail d'intériorisation professionnelle (D'amours et coll., 1999) s'avère d'autant plus important que le lieu de travail est dispersé et qu'il est difficile pour ce personnel de se rencontrer. Les résultats établissent clairement l'importance, pour la prévention, des savoirs échangés lors de ces réunions ainsi que les gains de temps et d'efficacité encourus. L'analyse d'une problématique particulière à domicile, qui a conduit à des blessures chez sept AFS, a montré qu'en l'absence d'une équipe multidisciplinaire, un laps de temps très important s'est écoulé avant qu'une information de qualité puisse être partagée par l'ensemble de l'équipe soignante afin d'améliorer la situation de travail.

La construction d'un collectif professionnel et multiprofessionnel de travail

Les analyses montrent les effets positifs, sur la SST du personnel soignant, de l'existence de collectifs professionnels au sein des services à domicile même si cela constitue un défi pour les organisations ayant à gérer ce travail éclaté. Les collectifs permettent aux AFS et aux infirmières de partager des connaissances utiles à la prévention à propos du métier, des clientèles difficiles et des techniques de soins. Leur existence joue également un rôle de soutien en permettant la ventilation lors de situations difficiles à domicile. Ceci est d'autant plus important que chaque travailleuse est isolée pour la réalisation de son activité auprès d'un usager. Enfin, ils permettent aux travailleuses de développer des stratégies collectives de travail et des règles communes en plus de fixer des limites aux soins. L'établissement de telles limites est particulièrement déterminant auprès d'usagers qui exigent des soins relationnels plus importants ou qui ne respectent pas les règles édictées (Véga, 2001). Or, avec l'augmentation des pathologies liées au vieillissement, ces cas complexes ne feront que s'accroître. Cependant, pour exister et être efficace en termes de qualité de service et de protection pour la santé, ce travail collectif suppose la reconnaissance de tous les emplois (Caroly, 2001) ce qui peut poser problème, dans certains milieux, pour les AFS (Cloutier et coll., 2004; Cognet, 2002). Cet objectif de soutien du personnel peut également être atteint en introduisant des réunions de ventilation comme c'est le cas au CLSC 3.

L'étude montre que certaines organisations n'offrent pas les conditions minimales favorables à la formation de collectifs professionnels. Parmi ces conditions on retrouve :

- organiser des réunions professionnelles et multidisciplinaires sur une base régulière;
- donner du temps et rendre disponibles des lieux permettant les échanges informels.

L'étude révèle aussi les nombreux enjeux de SST sous-jacents au travail collectif multidisciplinaire. Présentement au Québec, avec l'augmentation significative de la demande de service liée au virage ambulatoire et les restrictions budgétaires dans le secteur de la santé, cette collaboration peut être mise en péril. Les réunions et moments de rencontre informelle nécessaires à la création d'un collectif favorisant le travail en interdisciplinarité peuvent être considérés, à première vue, comme des pertes de temps. Dans certains CLSC, les réunions multidisciplinaires et les discussions de cas sont éliminées ou leur fréquence, réduite. Les coûts, en termes de SST, de l'absence de coordination et de support organisationnel au collectif interdisciplinaire de travail peuvent être importants. La SST et plus particulièrement la santé psychologique est soutenue de différentes façons par les échanges interprofessionnels qui favorisent la reconnaissance et la valorisation du travail fait à domicile par les différents intervenants. Les résultats indiquent aussi que les échanges interprofessionnels améliorent la coordination entre les différents intervenants et réduit les contraintes temporelles, ce qui se répercute favorablement sur la santé du personnel.

L'usage des outils de gestions et de suivi des clientèles et leur mode d'implantation

Plusieurs outils de gestion et de suivi des clientèles et du personnel sont introduits dans les SAD. L'objectif vise à réduire l'effet des contraintes budgétaires et des pénuries de personnel en rationalisant les opérations et en augmentant le nombre d'utilisateurs desservis, tout en préservant la qualité des services. On constate, suite à l'introduction de tels outils, une intensification du travail et une augmentation des contraintes pour le personnel.

L'utilisation des outils de gestion et de suivi dans le secteur des services soulève plusieurs questions dont la première est la difficulté d'évaluer un type d'activité non marchande. Par ailleurs, il existe souvent une superposition de logiques contradictoires lors de l'évaluation de la relation de service: la logique du « client » et la logique productiviste de l'organisation, qui n'est pas toujours clairement affirmée. Ceci conduit souvent le personnel à gérer seul ces contradictions face aux usagers, provoquant ainsi de hauts niveaux de stress qui peuvent parfois les conduire à considérer l'utilisateur comme un objet (Gallier, 2001; Mispelblom, Beyer, 2001). Dans tous les milieux étudiés, on a observé que les AFS et les infirmières de soins à domicile sont aux prises avec ces logiques contradictoires. L'effet, sur leur santé, d'une organisation non soutenante à ce niveau a aussi été montré.

La seconde question soulevée concerne l'intégration, aux outils de gestion implantés, de normes gouvernementales qui ne correspondent pas à la réalité du travail à domicile. Cette intégration les rend invisibles et par le fait même, difficilement contestables par les travailleuses ou les SAD eux-mêmes. Par exemple, une norme ministérielle alloue une minute par kilomètre parcouru pour les visites à domicile des AFS : les résultats montrent que ce temps est insuffisant. Cette estimation, non remise en question par les gestionnaires, est intégrée implicitement lors de

l'implantation de logiciels de gestion des horaires. Les budgets des CLSC étant appréciés sur cette base, ceci contribue à alourdir la contrainte budgétaire des SAD. L'introduction du suivi systématique des clientèles (SSC) constitue un exemple similaire. Compte tenu du fait que le Ministère paye le temps direct des infirmières auprès des clientèles, cet outil a été conçu de façon à ce qu'elles le remplissent à domicile pour augmenter ce temps direct. Les observations réalisées auprès des infirmières ont permis de voir que ceci n'est pas du tout adapté à la réalité de leur travail à domicile (nuit à la composante relationnelle du travail, pas faisable avec tous les types de clientèle – cas où il y a soupçon de violence par exemple, dossiers lourds à transporter, etc.).

Ces exemples révèlent la présence d'un élément crucial nuisible à la prévention : la méconnaissance du travail réel de la part des concepteurs d'outils de gestion ainsi que celle des gestionnaires qui en décident l'implantation. Cette lacune a des répercussions sur la SST du personnel car elle contribue souvent à court-circuiter, par la modification du travail, les stratégies mises en œuvre par le personnel pour faciliter son travail et se protéger. Elle conduit aussi souvent à une sous-estimation des besoins de formation et du temps d'adaptation requis par le personnel, ce qui alourdit encore plus sa tâche, déjà élevée. Ces éléments réduisent les marges de manœuvre des AFS et des infirmières.

Marges de manœuvre : une question liée aussi aux contraintes macroscopiques du secteur

Cette étude révèle que les marges de manœuvre dont disposent les AFS et les infirmières des soins à domicile dépendent également de conditions macroscopiques caractérisant le secteur. En effet, les CLSC sont une des composantes du vaste réseau de la santé et des services sociaux soumises à de nombreuses perturbations. Ils ont une mission qui les place aussi bien à l'entrée qu'à la sortie du réseau de la santé. Cette dernière portion de leur mandat s'est d'ailleurs accrue avec le virage ambulatoire, quelquefois au détriment de la prévention comme le déplorent plusieurs intervenants (Lehoux et coll., 2001). Ce contexte contribue à alourdir la charge de travail du personnel; sur ce point aussi nos résultats concordent avec ceux d'autres études (Bourbonnais et coll., 2000; Lehoux et coll., 2001).

Plusieurs normes gouvernementales influencent directement les marges de manœuvres organisationnelles et indirectement les situations de travail des AFS et des infirmières. Par exemple, la consigne ministérielle exigeant la réduction de l'absentéisme a conduit au recours systématique de l'assignation temporaire par le CLSC 2 et à ses conséquences sur la détérioration du climat de travail. Rappelons aussi que les statistiques d'activités des infirmières recueillies à l'aide du système SIC + ne sont pas représentatives de leur charge de travail. Plusieurs autres exemples pourraient être donnés à partir de notre étude : l'estimation du temps de trajet, l'introduction de l'outil multi clientèle (OMC), etc.

L'imposition de normes, directives ou façons de faire par d'autres institutions modifie également le travail du personnel de soins à domicile. Il existe en effet des rapports de pouvoir entre les différentes institutions du réseau de la santé : les CLSC ne se situent pas au sommet de la hiérarchie. Conséquemment, ils se font donc souvent imposer des façons de faire qui désorganisent considérablement le travail des AFS et des infirmières. Plusieurs situations de ce type ont été observées et décrites en détail au plan de leurs impacts : protocole cardiaque,

informatisation des laboratoires, dépôt des prélèvements, introduction de nouvelles technologies à domicile, etc. À cet égard, le CLSC 4 semble favorisé grâce aux mécanismes de coordination intermission mis en place au niveau régional.

8. VERS UN MODE D'ORGANISATION DU TRAVAIL PROTECTEUR DE LA SST DU PERSONNEL DANS LES SOINS À DOMICILE

Les résultats permettent de donner quelques éléments d'un mode d'organisation du travail jouant un rôle protecteur de la SST de son personnel. Cependant avant de l'esquisser, il est essentiel de mentionner qu'aucune structure ne peut pallier les manques d'effectif et de budget rencontrés dans le secteur des soins à domicile. Autrement dit, même un mode d'organisation du travail idéal, s'il existait, ne pourrait être entièrement efficace dans un tel contexte.

Ce mode d'organisation du travail protecteur de la SST du personnel de soins à domicile s'avère toujours actuel malgré les changements en cours dans le secteur puisqu'il propose des principes généraux. Les éléments-clés de ce mode d'organisation, qui favorise l'anticipation et les marges de manœuvre chez le personnel soignant, sont présentés ici sous la forme des pistes d'aménagements organisationnels qui ont été soumises aux CLSC participants.

Équipe de soin

- Créer plusieurs programmes selon les clientèles : un pour les clientèles post-hospitalisation et post-opération, un pour les soins palliatifs et un pour les clientèles traditionnelles de maintien à domicile;
- Organiser une coordination inter-programmes pour bien gérer la transition inter programmes et tenir compte ainsi des différences de fonctionnement;
- Constituer des équipes multidisciplinaires d'un maximum de 12 à 15 personnes affectées à des territoires fixes mais dont les frontières peuvent varier selon la charge de travail;
- S'organiser pour qu'il y ait un minimum de deux AFS et de deux infirmières par équipe afin de prévenir l'isolement professionnel;
- Prévoir des mécanismes d'intégration des novices (jumelage, compagnonnage, etc.);
- Organiser une coordination d'équipe multidisciplinaire;
- Combler les besoins de formation technique selon les équipes.

Horaire des infirmières

- Fixer un nombre de visite maximal par jour par une entente collective avec les infirmières afin d'éviter les tensions causées par les tentatives d'ajout quotidien;
- Prévoir un mécanisme de révision du nombre de visites quotidiennes de façon ad hoc;
- S'assurer que les infirmières continuent à préparer leur horaire elles-mêmes.

Horaire des AFS

- Exiger que les responsables des horaires des AFS connaissent leur travail et qu'ils participent aux réunions multidisciplinaires. Cet emploi pourrait être utilisé comme une façon de permettre aux AFS plus âgées et usées par le travail de mettre à profit leur savoir-faire tout en se protégeant. Une formation devrait être prévue;

- Permettre aux AFS de changer l'ordre de leurs visites en cours de journée;
- Prévoir des mécanismes de discussion pour ajuster les horaires.

Entente avec les clients et gestion des clientèles difficiles

- Établir des contrats et les faire respecter;
- Rendre disponibles des formations et des encadrements du personnel pour les cas difficiles;
- Rendre disponibles des réunions de ventilation;
- Organiser des études de cas en collaboration avec les infirmières et les AFS.

Transmission et circulation d'information

- Organiser des réunions multidisciplinaires régulières permettant de réduire le temps de suivi;
- Organiser des réunions professionnelles régulièrement;
- Fournir un cellulaire à tout le personnel;
- Veiller à l'organisation spatiale des lieux de façon à favoriser la collaboration du personnel d'une même équipe tout en favorisant le calme nécessaire à la concentration;
- Prévoir plus de temps de travail des AFS au CLSC au moment de la prise des horaires de façon à favoriser la constitution du collectif de travail;
- Avoir des personnes ressources PDSB;
- Prévoir des formations sur les différentes pathologies (AFS);
- Exploiter le potentiel des logiciels de gestion des horaires des AFS comme outil de transmission et d'échange d'information sur les clients.

Soutien et reconnaissance

- Créer un conseil des AFS;
- Impliquer les AFS dans l'évaluation des besoins d'équipements pour les soins d'hygiène lorsque possible;
- Donner plus de temps pour les tâches liées au rôle d'intervenant- pivot ou de gestionnaire de cas;
- Rendre disponibles les services d'une infirmière clinicienne;
- Rendre disponibles les services d'un commis pour la préparation du matériel de soin (infirmières).

Implantation des changements

- Créer une structure participative et impliquer le personnel le plus tôt possible en reconnaissant officiellement le travail fait;

- Prévoir plus de temps.

Régulation de la demande

- Organiser la concertation inter-missions (inter-établissements);
- Engager une infirmière dont la tâche exclusive sera la liaison entre le CLSC et les différents établissements;
- Organiser et structurer le recours, si présent, aux agences privées de soins.

Gestion de la SST

- Créer un comité de santé et de sécurité comprenant des représentants du SAD et lui donner de réels pouvoirs;
- Tenir des registres d'accidents et de santé; les analyser afin d'alimenter la prévention;
- Prévoir une présentation annuelle des résultats en SST et des orientations de prévention;
- Organiser une concertation pour la prévention entre la direction des ressources humaines et financière et celle du SAD.

9. RETOMBÉES DU PROJET

Les premières retombées de cette étude concernent les pistes d'aménagement organisationnel formulées aux quatre CLSC participants. Elles proviennent de l'analyse des nombreux types de données recueillies ainsi que des discussions tenues avec les membres des différents comités de suivi des CLSC et des comités consultatif et scientifique de cette recherche. Les autres retombées portent sur les pistes de recherche à entreprendre après cette étude.

9.1 Les pistes d'aménagement organisationnel

Ces pistes visent le développement d'une situation de travail plus sécuritaire principalement par la mise en place d'une organisation du travail « soutenante ». Nous faisons l'hypothèse que les effets de ces modifications organisationnelles devraient s'observer ultimement dans les pratiques individuelles et collectives des intervenantes. Plus particulièrement, les pistes d'aménagement organisationnel devraient déboucher sur la mise en place d'un contexte soutenant le développement, le maintien et le partage des stratégies protectrices. Dans certains cas, elles portent directement sur la mise en place ou la modification d'éléments visant l'amélioration de la SST et le maintien des stratégies protectrices. Dans d'autres, elles visent à indiquer quels éléments déjà existants doivent être maintenus ou renforcés.

Plusieurs études récentes démontrent que, parmi les pistes de transformation proposées lors d'interventions et de recherche en SST, les plus difficiles à implanter sont celles qui relèvent de l'organisation du travail (Bellemare et coll., 2002, Baril-Gingras et coll., 2004). Certains facteurs, tels l'éloignement du centre de décision ou encore le fait que les propositions ne peuvent pas toujours être mises en oeuvre directement par l'encadrement de premier niveau, sont identifiés comme facteurs ayant une influence prépondérante sur l'issue des projets de transformation. Dans le cas présent, plusieurs pistes formulées demandent une implication des gestionnaires en ressources humaines et en SST avec qui les responsables des programmes SAD travaillent habituellement peu. Un autre facteur mis en évidence par notre étude est l'importance de la reconnaissance des enjeux de SST par les divers intervenants impliqués. C'est pourquoi un effort particulier des membres de l'équipe de recherche a été consacré, au moment des études terrain, à discuter de ces pistes d'aménagement.

L'élaboration de ces pistes dans chacun des CLSC est basée sur les résultats de l'analyse de même que sur les demandes particulières des milieux ayant, la plupart du temps, identifié une problématique particulière en SST : qu'il s'agisse d'un problème de climat ou de relation de travail (CLSC 1), d'une situation particulière ayant généré plusieurs accidents ou incidents pour lesquels le CLSC n'a pas de réponse (CLSC 2) ou de l'impact du vieillissement des travailleuses (CLSC 4). Ces problématiques spécifiques ont fait l'objet, dans chacun des CLSC, d'une attention particulière de la part des chercheurs, en collaboration avec les comités de suivi en place.

Malgré le fait que cette étude s'est déroulée de 2001 à 2004, les contraintes de travail identifiées sont toujours d'actualité. En effet, les membres du comité consultatif ont confirmé le fait que les pistes d'aménagement organisationnel formulées ici sont toujours pertinentes malgré les changements en cours dans le secteur de la santé.

Les pistes qui ont été soumises aux CLSC sont formulées en fonction du modèle théorique (figure 3.1) et ne concernaient que les facteurs organisationnels et environnementaux. On émet l'hypothèse que les changements au niveau de ces deux facteurs auront des impacts directs ou indirects sur les facteurs liés aux travailleuses et aux usagers. L'implantation de ces pistes n'a pas été réalisée de la même façon ni au même rythme d'un CLSC à l'autre car certains avaient déjà mis en place des dispositifs et d'autres, non.

Les facteurs organisationnels les plus souvent ciblés dans les recommandations sont les mêmes d'un CLSC à l'autre. Ils renvoient essentiellement aux questions de fonctionnement, de circulation de l'information et à l'aménagement des lieux de travail. La gestion de la SST demeure le facteur le moins développé : il exige un investissement plus important de la part des CLSC pour mettre en place une organisation de base sur ce plan, qui facilitera l'ancrage de la prévention au sein des SAD et la communication avec la direction des ressources humaines. Certains CLSC ont déjà amorcé une réflexion sur les problématiques auxquelles ils auront à faire face dans les prochaines années. C'est notamment le cas pour la gestion prévisionnelle des âges et l'intégration des nouveaux employés au CLSC 4.

Un suivi effectué au moment du dépôt du rapport local à chaque CLSC participant a révélé que les pistes proposées sont récupérées dans tous les milieux de façon différente et à des moments particuliers. Ainsi, certaines des pistes proposées, s'inscrivant dans une réflexion déjà amorcée par les intervenants, étaient récupérées en cours de projet. Par exemple, un CLSC souhaitant documenter les modes de fonctionnement les plus optimaux des réunions multidisciplinaires a rapidement utilisé les premiers résultats obtenus dans sa propre démarche afin d'en modifier l'organisation. Dans une autre situation, les résultats présentés sur l'importance de la stabilisation des routes des intervenantes sur la qualité des services (plusieurs pistes ont été émises en ce sens) ont été ajoutés à la réflexion entreprise dans une démarche de qualité des soins dispensés par le CLSC. Par ailleurs, la présentation des résultats a permis, dans certains cas, de valoriser le travail déjà fait par des comités en place tels que les comités inter-programmes ainsi que ceux concernant l'organisation du travail.

Dans d'autres cas, les pistes suggérées ont principalement servi aux intervenants pour alimenter et orienter leurs démarches et leurs réflexions. Un des CLSC cherchait, par exemple, à mettre à jour la formation PDSB et à intégrer de nouvelles dimensions du travail des auxiliaires. Les résultats de cette recherche ont été directement intégrés à cette formation révisée.

Certains CLSC se trouvaient au moment de l'étude dans une situation de réorganisation assez importante. Les suggestions formulées ont alors servi de base à la mise en place d'une réflexion que les intervenants souhaitaient amorcer sur l'organisation et le fonctionnement du SAD en lien avec la SST. Pour tous les CLSC, l'équipe de recherche a offert un suivi à moyen ou long terme sous la forme d'un accompagnement dans la mise en place et la gestion des changements et des pistes d'aménagement proposées.

Cette recherche a eu des effets à différents niveaux tant au sein des programmes SAD concernés que pour l'ensemble des CLSC à l'étude et ce, à court, moyen et long terme. Même si le processus de recherche s'étendait sur trois ans, les retombées sur le terrain ont commencé à se manifester dès la première étude de cas. Enfin, avec le comité consultatif et les présentations réalisées aux colloques de l'ASSTSAS et de l'ACFAS, la diffusion des pistes d'aménagement

organisationnel déborde largement le cadre des quatre CLSC à l'étude. En effet, l'ensemble des CLSC de la province peut utiliser ces pistes en les adaptant à leur situation particulière.

9.2 Retombées en termes de recherche

Cette étude a permis de faire évoluer la connaissance sur les risques à la SST rencontrés par les AFS et les infirmières de soins à domicile ainsi que sur leurs déterminants organisationnels. Elle a aussi montré l'importance de soutenir l'élaboration et l'utilisation de stratégies protectrices : les marges de manœuvres organisationnelles sont déterminantes à cet égard.

Cette étude a également révélé l'importance grandissante du personnel d'agence pour la prestation des soins à domicile au Québec. Qu'en est-il des conditions de SST des AFS et infirmières d'agence privée de soins ? Une étude portant sur les conditions de SST des infirmières d'agence privée a été complétée en 2005 (Cloutier et coll. à paraître). Il a été montré que le contexte de travail de ces infirmières est particulier d'une part, par l'existence au Québec d'une situation de pénurie qui joue à la fois positivement et négativement sur leur SST, d'autre part, parce que les infirmières constituent un groupe professionnel particulier régi par les règles d'un ordre professionnel. L'étude montre aussi que les infirmières d'agence privée sont exposées à des situations à risque pour leur santé et sécurité au travail qui sont différentes de celles auxquelles les infirmières de CLSC sont exposées.

À notre connaissance, aucune étude québécoise de ce type n'existe pour les AFS qui constituent une population moins homogène que les infirmières en termes de formation. Comme nous l'avons montré, les AFS constituent une population à risque pour la SST. Il serait important d'explorer l'univers des AFS d'agence car nous formulons l'hypothèse que leurs conditions de SST sont plus critiques que celles des AFS des CLSC.

Un autre groupe professionnel à risque, principalement de problèmes de santé psychologique, est celui des gestionnaires. En effet, ces derniers doivent gérer les multiples changements vécus dans le secteur de la santé sans moyens adéquats tout en étant conscients des difficultés vécues par leur personnel. Ils ont beaucoup de responsabilités mais très peu de marges de manœuvre. Il serait donc urgent de s'intéresser à leur santé au travail pour trouver des pistes de prévention.

Le secteur de la santé va continuer de vivre encore des changements organisationnels importants qui auront un impact indéniable sur la santé du personnel. Comme le montre cette étude, le choix d'un mode d'organisation protecteur de même que la façon dont les changements sont implantés ont un impact important sur l'activité de travail et, par le fait même, sur la SST du personnel. Il serait donc essentiel, dans une optique de prévention, que des chercheurs soient associés de près à ces processus de changement pour infléchir les choix organisationnels lorsqu'ils rendent la réalisation du travail des personnels plus difficile et à risque.

Enfin, il semble essentiel d'intégrer ces nouvelles connaissances à un modèle de gestion prévisionnelle des âges. En effet la question du vieillissement du personnel préoccupe de plus en plus les intervenants du secteur de la santé. Cette réalité doit être prise en compte dans l'implantation des changements en cours au même titre que l'insertion et la rétention du personnel plus jeune.

BIBLIOGRAPHIE

- Avila-Assunção A. (1998). *De la déficience à la gestion collective du travail : les troubles musculo-squelettiques dans la restauration collective*. Thèse de doctorat en ergonomie, laboratoire d'ergonomie physiologique et cognitive, École pratique des hautes études, Paris.
- Baril-Gingras, G. (2003). *La production de transformations visant la prévention lors d'interventions de conseil externe en santé et sécurité du travail : un modèle fondé sur l'analyse d'interventions de conseillers d'associations sectorielles paritaires, dans le contexte du régime québécois*. Thèse de doctorat (Ph.D.) en sciences de l'administration, Université Laval, 947 p., et annexes.
- Bellemare, M., Marier, M., Allard, D. (2001). Le journal de bord, un outil pour la recherche et l'intervention en ergonomie. In *Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie : Actes du congrès conjoint de l'Association canadienne d'ergonomie et de la Société d'ergonomie de langue française / ACE-SELF*, Montréal, 3-5 octobre 2001, CD_ROM, vol. 3, 2001, p. 58-62.
- Bourbonnais, R., Malenfant, R., Viens, C., Vézina, M., Brisson, C., Laliberté, D., Sarmiento, J. (2000). Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de santé sur la vie professionnel, la vie familiale et la santé des infirmières et des infirmiers de l'agglomération de Québec. Rapport de recherche, RIPOST, 71 p.
- Bourbonnais R., Comeau M., Viens C., Laliberté D., Malenfant M., Brisson C., Vézina M. (1998). *La transformation du réseau de la santé : mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec*, rapport de recherche soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec : Équipe de recherche RIPOST, Université Laval et Direction de la santé publique de Québec.
- Caroly S. (2001). *Régulations individuelles et collectives de situations critiques dans un secteur de service : le guichet de la Poste*. Thèse de doctorat d'ergonomie, École pratique des hautes études, Paris France, 305 p. plus annexes.
- Carpentier-Roy M.-C. (1995). *Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier*. Montréal, Liber.
- Cloutier E., Bourdouxhe M., Ledoux É., David H., Gagnon I., Ouellet F.. Étude descriptive des conditions d'emploi, de travail et de santé et de sécurité du travail des infirmières d'agence privée dans un contexte de pénurie de main-d'oeuvre. *Rapport IRSST*, (à paraître),
- Cloutier E., Bourdouxhe M., Ledoux É., David H., Gagnon I., Ouellet F., Teiger C. (2005). Effets du statut d'emploi sur la santé et la sécurité au travail : le cas des auxiliaires familiales et des infirmières de soins à domicile. *Pistes*, revue électronique, www.pistes.uqam.ca

- Cloutier, C., David, H., Prévost, J., Teiger, C. (1999). The importance of experience for older homemakers and case aids in facing up to the constraints of work. *Experimental Aging Research*, 25(4), 405-410.
- Cloutier E., David H., Teiger C., Prévost J. (1998). *Santé, sécurité et organisation du travail dans les emplois de soins à domicile*. Montréal, IRSST, R-202
- Daniellou, F. (2003). De la rotation des postes à la santé au travail : synthèse du Colloque « *La rotation, est-ce une solution ?* ». *Pistes*, revue électronique, 5(2). www.pistes.uqam.ca
- Cloutier E. (1994). The effect of age on safety work practices among domestic trash collectors in Québec. *Safety Science*, 17, 291-308.
- Cognet, M. (2002a). Les enjeux de territoires et d'identités dans le travail des auxiliaires familiaux et sociaux des centres locaux de services communautaires du Québec. *Sciences sociales et santé*. 20(3), 37-62.
- Cognet, M. (2002b). Les femmes, le service et le don. *Cahiers de recherche sociologique*, 37, 51-77.
- D'Amour, D., Sicotte, C., Lévy, R. (1999). L'action collective, au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17(3), 67-93.
- David, H., Volkoff, S., Cloutier, E. Derriennic, F. (2001). Vieillesse, organisation du travail et santé. *Pistes*, www.unites.uqam.ca/pistes, 3 (1).
- Dellve L., Lagerstrom M., Hagberg M. (2003). Work-system risk factors for permanent work disability among home-care workers: a case-control study. *Int Arch Occup Environ Health*, 76, 216-224.
- Denton M., Zeytinoglu I., Davies S. (2003). Organizational Change and health and well-being of home care workers. SEDAP Research paper no. 110, 130 p.
- Falzon P., Lapeyrière S. (1998). L'utilisateur et l'opérateur : ergonomie et relations de service. *Le Travail Humain*, 61(1), 69-90.
- Gagnon I., David H., Cloutier E., Ouellet F., Ledoux É., Bourdouxhe M., Teiger C. (2003). Organisation du travail et développement de stratégies protectrices : cas des auxiliaires sociaux et familiaux de services publics de maintien à domicile. *Gérontologie et société*, No 107, 131-148
- Gallier C. (2001). Le soignant, son travail et la personne âgée. Comment l'organisation du travail interpose ses temps et ses tâches entre les soignants et les personnes âgées. Dans « *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie* » coordonnée par F. Hubault, Paris, mai 2001
- Gaudart C., Weill-Fassina A. (1999). L'évolution des compétences au cours de la vie professionnelle : une approche ergonomique. *Formation Emploi*, 67, 47-62.

- Lefrançois, R. (1991). *Dictionnaire de la recherche scientifique*. Lennoxville : les éditions Némésis.
- Lehoux P., Charland C., Richard L., Pineault R., St-Armand J. (2001). Convivialité et cadre organisationnel des technologies utilisées à domicile. Le point de vue des gestionnaires et des professionnels de vingt programmes de soins à domicile en CLSC. Rapport du GRIS, R01-13, 97 p.
- Mispelbolm Beyer F. (2001). Le secret des services. Dans « *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie* » coordonnée par F. Hubault, Paris.
- Pueyo V. (1998). Construction et évolution des compétences : l'exemple des autocontrôleurs dans la sidérurgie. *Actes du 33^e congrès de la SELF, temps et travail*, pp. 583-590
- Rocher M. (1990). Les conditions de travail des infirmières et des aides-soignantes à domicile. *Travail et sécurité*, 12, 678-692.
- Torgen, M., Nygard C.-H., & Kilbom, A. (1995). Physical work load, physical capacity and strain among elderly female aides in home-care service. *Eur J Appl Physiol*, 71, 444-452.
- Véga A (2001). Les relations humaines dans le travail : approche ethnographique des infirmières hospitalières française. Dans « *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie* » coordonnée par F. Hubault, Paris,
- Vinet A. (2004). Travail, organisation et santé. Le défi de la productivité dans le respect des personnes. Les presses de l'université Laval.
- Yin R. K. (1994). *Case study research. Design and methods*. Los Angeles: Sage Publications.