



Effets du statut d'emploi sur la santé et la sécurité au travail : le cas des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières de soins à domicile au Québec

*The Effects of Employment Status on Occupational Health and Safety: The Case
of Homecare Workers and Nurses in Homecare Services in Québec*

*Effectos del estatus laboral sobre la salud y la seguridad en el trabajo : el caso de
las auxiliares familiares y sociales y de la enfermeras a domicilio en el Quebec*

**Esther Cloutier, Madeleine Bourdouxhe, Élise Ledoux, Hélène David,
Isabelle Gagnon, François Ouellet et Catherine Teiger**



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pistes/3208>

DOI : 10.4000/pistes.3208

ISSN : 1481-9384

Éditeur

Les Amis de PISTES

Édition imprimée

Date de publication : 1 mai 2005

Référence électronique

Esther Cloutier, Madeleine Bourdouxhe, Élise Ledoux, Hélène David, Isabelle Gagnon, François Ouellet et Catherine Teiger, « Effets du statut d'emploi sur la santé et la sécurité au travail : le cas des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières de soins à domicile au Québec », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 7-2 | 2005, mis en ligne le 01 mai 2005, consulté le 20 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/3208> ; DOI : 10.4000/pistes.3208

Ce document a été généré automatiquement le 20 avril 2019.



Pistes est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Effets du statut d'emploi sur la santé et la sécurité au travail : le cas des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières de soins à domicile au Québec

The Effects of Employment Status on Occupational Health and Safety: The Case of Homecare Workers and Nurses in Homecare Services in Québec

Effectos del estatus laboral sobre la salud y la seguridad en el trabajo : el caso de las auxiliares familiares y sociales y de la enfermeras a domicilio en el Quebec

Esther Cloutier, Madeleine Bourdouxhe, Élise Ledoux, Hélène David, Isabelle Gagnon, François Ouellet et Catherine Teiger

1. Introduction

- 1 Le secteur de la santé au Québec est aux prises avec de profondes transformations depuis une décennie. On assiste à une augmentation significative de la demande alors que le gouvernement a imposé des restrictions budgétaires importantes. Par ailleurs, les emplois d'auxiliaires familiales et sociales et d'infirmières, qui sont les plus nombreux dans les services publics de soins à domicile (SAD), présentent des risques importants de problèmes de santé et de sécurité reliés au travail (SST) alors que la main-d'œuvre est déjà vieillissante (Cloutier et coll., 1998). Plusieurs autres transformations s'annoncent avec les fusions institutionnelles imposées à divers établissements publics de santé ainsi qu'à plusieurs syndicats locaux.
- 2 Les établissements du réseau public de la santé sont donc confrontés à des choix difficiles (Contandriopoulos et coll., 2000). Pour essayer de répondre à la demande croissante de service, notamment en l'absence d'effectifs suffisants, les gestionnaires tentent de

modifier certains aspects de l'organisation du travail et des statuts d'emploi en ayant recours à du personnel occasionnel, par des contrats à durée déterminée, ou à des agences privées qui se chargent de leur fournir le personnel requis. Recommandées par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) à ses membres dès 1994 (OCDE, 1994), il s'agit là de pratiques également de plus en plus fréquentes dans d'autres secteurs d'activité, en particulier dans les services (Bernier et coll., 2003). Cela ne va pas sans soulever la question des effets de ces choix organisationnels sur la santé et la sécurité au travail des personnels de ces secteurs.

- 3 C'est ce dont il sera question dans cet article en focalisant tout particulièrement sur une de ces catégories de personnel précaire, **le personnel occasionnel à l'emploi de services de soutien à domicile** de Centres locaux de services communautaires (CLSC), établissements de santé de première ligne du réseau public au Québec.¹ La dynamique induite par le recours au **personnel d'agences privées de soins infirmiers** sera également prise en compte.
- 4 Le statut d'emploi des salariées occasionnelles² les distingue de celles qui ont des contrats d'emploi à durée indéterminée (emplois dits « réguliers » ou « permanents » parce qu'ils sont liés à un poste financé sur une base récurrente et protégé par plusieurs dispositions des conventions collectives en vigueur) et affecte leur charge et leurs horaires de travail. Les salariées occasionnelles ne travaillent en effet que lorsqu'elles remplacent des employées régulières absentes ; elles peuvent faire du remplacement de longue durée et être alors assujetties aux conditions formelles de travail des salariées régulières ; elles peuvent aussi être appelées pour des remplacements ponctuels ou, encore, pour faire face à un surcroît de travail que ne peut absorber le personnel régulier. Elles peuvent travailler à temps plein ou à temps partiel ou même être sollicitées pour faire des heures supplémentaires (définies en fonction des normes appliquées aux employées régulières).
- 5 Quant au personnel que les agences privées de soins infirmiers envoient dans les domiciles à la demande des SAD, il est à l'emploi d'une agence, souvent sans contrat de travail, même individuel. Les infirmières font part de leurs journées et heures de disponibilité, le plus souvent établies par trimestre, à l'agence qui les appellent au besoin. Le taux horaire de leur rémunération est à peu près semblable à celui des établissements du réseau public de santé ; cependant, elles ne sont payées que pour leur temps de travail réalisé et ne profitent d'aucun des avantages sociaux du secteur public, équivalents environ au tiers du salaire. Leurs employeurs sont régis par la Loi des normes du travail. Par ailleurs, le personnel des agences d'aide à domicile n'étant souvent pas aussi qualifié que les auxiliaires de CLSC, il n'est pas pertinent de les comparer (David et coll., 2003).

2. État des connaissances sur le lien entre le statut d'emploi et la SST

- 6 Dans les soins à domicile du secteur de la santé, le statut d'emploi constitue un élément de distinction majeure au regard des conditions de travail et du travail réel que les personnels exécutent. Quelques écrits récents en la matière permettent de formuler des hypothèses quant à la façon dont certaines de ces différences affectent leurs rapports à la SST.
- 7 Quinlan et coll. (2001) se sont intéressés aux effets de la précarité d'emploi sur la santé et la sécurité dans les sociétés industrialisées en examinant la méthodologie et les résultats

de près d'une centaine d'études en langue anglaise publiées depuis 1984. Ces chercheurs regroupent sous le vocable de la précarité toutes les formes d'emploi autres que la norme établie, surtout pour les hommes, pendant quelques décennies après la seconde guerre mondiale : un emploi régulier à temps plein, de jour, avec une sécurité d'emploi relative. À leur avis, les effets sur la SST qui distinguent les emplois précaires de la norme sont de plus en plus notoires et nombreux. Des 93 articles, monographies et chapitres de livres passés en revue, 76 indiquent que la précarité d'emploi est associée à une détérioration de la santé et de la sécurité au travail, qu'il s'agisse des taux de lésions, des risques de maladie, d'exposition aux risques, de même que de la connaissance qu'ont les travailleurs, travailleuses et gestionnaires des responsabilités de chacun en matière de prévention ou d'encadrement légal. L'association statistique est particulièrement forte pour les travailleurs et travailleuses occasionnels dans 14 des 24 études qui en traitent spécifiquement.

- 8 En outre, les recherches inventoriées démontrent que la croissance de l'emploi précaire a réduit, directement et indirectement, l'espace de participation des personnels dans les décisions de gestion à propos des conditions de travail et, par là, conduit au développement de formes de plus en plus directives de gestion de l'emploi.
- 9 Le groupe de recherche « Travail et Santé » de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, pour sa part, a mené une étude sur l'évolution récente des relations contractuelles d'emploi (Goudswaard et coll., 2002). Cette recherche, fondée sur une revue de littérature, un questionnaire et des séminaires d'experts, visait à mieux connaître les implications de ces changements pour la SST. Les auteurs soutiennent que c'est parce que le statut d'emploi exerce une influence sur les conditions de travail qu'il affecte la santé et la sécurité des personnels.
- 10 Les chercheurs identifient deux scénarios typiques. Selon le premier, la « précarité externe » se manifeste par une exposition au risque qui est exportée vers des contractuels, des sous-traitants ou du personnel d'agences de main-d'œuvre. Ce sont celles et ceux qui exécutent les tâches les plus dangereuses, les plus sales ou les plus monotones dans des conditions ergonomiques relativement déficientes. Selon le second scénario intitulé « précarité interne », sans qu'il y ait de différence objective dans les conditions de travail et la nature des tâches dans une même entreprise, il se développe un fossé entre les employés permanents et les occasionnels qui porte tant sur la sécurité d'emploi, l'accès à la formation et au perfectionnement, la rémunération, que sur le choix d'horaires et les perspectives de carrière. Les personnels temporaires ont généralement les horaires les plus défavorables, bénéficient de peu de perspectives d'avancement et sont moins bien payés.
- 11 Quelques autres études ajoutent plusieurs éléments pertinents. Analysant les résultats de l'*Enquête européenne sur les conditions de travail*, Thébaud-Mony (2001) constate que les travailleurs et travailleuses occasionnels sont plus fréquemment exposés aux postures douloureuses et fatigantes, au bruit intense et aux gestes répétitifs. Paradoxalement, l'aggravation des conditions de travail révélée par diverses enquêtes s'accompagne souvent d'une baisse du nombre de lésions professionnelles déclarées officiellement (Lippel, 2001 ; Quinlan et Mayhew, 1999). On note également que les conditions d'insertion déficientes des travailleurs temporaires dans l'entreprise ne leur permettent pas d'élaborer des modes opératoires qui les aideraient à préserver leur santé et leur sécurité. La prévention exige en effet de bien connaître le travail à faire, le lieu de travail et ses risques, le personnel et les équipements, éléments avec lesquels les temporaires

n'ont pas le temps de se familiariser (Rebitzer, 1998). On souligne de plus que les personnels occasionnels devant constamment poursuivre leur recherche d'emploi ne peuvent se permettre une interruption d'emploi pour se soigner et n'ont pas intérêt à trop se plaindre.

- 12 À notre connaissance, cependant, aucune étude n'a cherché à montrer par quels processus le statut d'emploi, en affectant la réalisation de l'activité réelle de travail, plus particulièrement l'élaboration et l'utilisation de stratégies protectrices de travail, influence la SST. La présentation des résultats et des analyses suivantes, qui portent sur les deux principaux corps d'emploi de services publics de SAD, les auxiliaires et les infirmières, vise à contribuer à combler cette lacune.

3. Le rôle de soutien de l'organisation du travail dans quelques services de soins à domicile

- 13 Nous avons réalisé une recherche afin d'étudier le rôle de l'organisation du travail des services de soins à domicile comme soutien : 1) à l'élaboration de stratégies protectrices de travail des auxiliaires sociales et familiales 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. Nos résultats permettent de suggérer des pistes d'aménagements organisationnels afin de soutenir le personnel et contribuer à garantir la qualité des soins ainsi qu'une meilleure prévention des risques pour les travailleuses.
- 14 Interdisciplinaire, cette recherche comprend quatre études de cas enchâssées (Yin, 1994) de services de soutien à domicile (SAD) de Centres locaux de services communautaires (CLSC) qui se distinguent les uns des autres par certaines caractéristiques organisationnelles. Pour rendre compte de cette problématique complexe, les données recueillies dans chaque service proviennent de différentes sources :
- entretiens individuels auprès de gestionnaires (direction, chef d'équipe, responsable SST, etc.) et de représentants du personnel ;
 - entretiens collectifs auprès d'auxiliaires familiales et sociales (AFS - 4 entretiens) et d'infirmières (4 entretiens) d'âge et d'expérience variés pour comprendre leur travail ;
 - observation de l'activité de travail de 11 auxiliaires et de 11 infirmières tout au long de leur journée de travail et analyse des chroniques d'activité ;
 - observation de réunions de travail de divers types : multidisciplinaires, professionnelles, discussions de cas, ventilation ;
 - entretiens collectifs (1 entretien avec 7 auxiliaires) et individuels (6 entretiens) auprès d'AFS ayant subi des accidents ou ayant vécu des problèmes de santé liés au travail ;
 - documents administratifs portant sur l'organisation du travail ;
 - données de main-d'œuvre, de lésions professionnelles et d'absence pour problèmes de santé au cours des trois dernières années ;
 - questionnaire portant sur la santé musculo-squelettique et la santé psychologique.
- 15 Certaines de ces données permettent de **montrer par quels processus le statut de personnel occasionnel peut entraîner des conséquences négatives sur l'activité réelle** de travail des auxiliaires de soins à domicile concernant la SST et comment le recours à du personnel précaire (occasionnel ou d'agence) affecte le travail des infirmières. Par la suite, nous identifierons **certains facteurs organisationnels en jeu**

dans ces processus et mettrons au jour les **rapports entre ces derniers et la santé et sécurité au travail**.

- 16 Par ailleurs, il faut souligner les limites des calculs qu'il est possible de faire à partir de ces données sans introduire des biais. D'une part, le type de devis choisi, qui vise à analyser en profondeur des organismes et à les comparer en focalisant sur des facteurs organisationnels, ne permet pas de faire une démonstration de type statistique, car de multiples facteurs non contrôlables à l'œuvre modulent les effets de la précarité sur les personnels. Ainsi, le statut d'emploi est lié à l'expérience du métier et à la connaissance des situations de travail, appelées ici « la connaissance du cas ». Ce sont les travailleuses novices qui ont habituellement un statut précaire à titre de salariées sur appel au CLSC. Appelées à faire des remplacements auprès de différents types de clientèle, elles disposent donc d'une moins bonne connaissance des cas en général. Il est parfois difficile de départager l'effet de chacune de ces variables. C'est néanmoins ce qui est tenté ici, en utilisant la richesse des données qualitatives et quantitatives issues de l'observation qui ont été collectées dans cette étude. De plus, même si un autre type de devis avait permis de faire des analyses statistiques plus élaborées, comparant les précaires aux régulières (en équivalent temps complet - ETC), il demeure que les activités des précaires pendant les heures de travail où elles ne sont pas sur les lieux de travail à l'étude, parce qu'elles travaillent habituellement à temps partiel, demeurent inconnues de même que leurs effets bénéfiques ou nocifs sur la santé de ces personnels.

4. Résultats

4.1 Le personnel occasionnel à l'emploi des quatre CLSC³

- 17 Le tableau 1 présente quelques caractéristiques des quatre CLSC à l'étude qui permettent de brosser un premier portrait très macroscopique du statut d'emploi du personnel, du recours aux personnels d'agences privées et de la SST. En ce qui concerne les personnels dans leur service de soutien à domicile, les CLSC 1 et 3 sont comparables : leur personnel est moindre que dans les deux autres si l'on prend en compte le nombre d'AFS en équivalent temps complet (ETC) alors que pour les infirmières, les CLSC s'ordonnent différemment (1, 4, 3, 2 par ordre croissant). En ce qui a trait à la proportion de personnel occasionnel par rapport au personnel régulier, on constate qu'elle se situe entre 33 % et 44 % pour les auxiliaires alors qu'il y a plus de variation pour les infirmières puisque cette proportion va de 29 % au CLSC 4 à 104 % au CLSC 2. Le SAD du CLSC 4 est celui qui a le plus recours aux agences privées. À cette fin, l'équipe de gestion des infirmières a mis en place plusieurs mesures organisationnelles afin de réduire les inconvénients de la pénurie d'infirmières et du recours aux agences privées.

Tableau 1. Caractéristiques organisationnelles et de SST des quatre services de SAD de CLSC à l'étude, niveau de risque et durées moyennes d'absence

	CLSC 1	CLSC 2	CLSC 3	CLSC 4

Nombre total de salariées régulières et occasionnelles dans le service (ETC)	AFS : 21,7 etc INF : 8,5 etc	AFS : 35 etc INF : 28 etc	AFS : 19,8 etc INF : 24,9 etc ¹	AFS : 36 etc INF : 17,2 etc
Importance du personnel occasionnel à l'emploi du service	33 % auxiliaires occ. 75 % INF occ.	32 % auxiliaires occ. 104 % INF occ.	44 % auxiliaires occ. 75 % INF occ.	33 % auxiliaires occ. 29 % INF occ.
Volume des heures de travail² du personnel occasionnel à l'emploi du service	19,5 % auxiliaires occ 22,5 % INF. occ.	23,3 % auxiliaires occ. ³ 32,3 % INF. occ.	31,3 % auxiliaires occ. 48,2 INF. occ.	19,3 % auxiliaires occ. 28,1 % INF. occ.
Volume d'heures de travail confiées aux agences privées (par rapport à celles du personnel occ. et rég. du SAD)	AFS : pas d'agence INF : agences ad hoc (5,9 %)	AFS: agences ad hoc (5,7%) INF: agences ad hoc (3,3%)	AFS : pas d'agence INF : pas d'agence	AFS : agences ad hoc mais recours soutenu (41,4 %) INF : recours organisé et soutenu aux agences (22,4 %)
Taux de fréquence des lésions professionnelles parmi les salariées régulières et occasionnelles⁴	AFS : 21,5 % + INF : 7,2 % +	AFS : 51,8 % ++++ INF : 51,1 % ++++	AFS : 20,2 % + INF : 18,5 % ⁵ ++	AFS : 19 % ⁶ + INF : 31,5 % ⁶ +++
Durées moyennes des absences en journées (nombre de salariées absentes par jour)⁷	AFS : 52,5 (5,1) +++ INF : 76,2 (6,6) +++	AFS : 41,1 (9,7) + INF : 32,4 (7,7) +	AFS : 43,3 (4,0) ++ INF : 47,7 (5,5) ⁵ ++	AFS : 63,2 (5,6) ++++ INF : 146,1 (22,4) ++++

1. Ce nombre comprend les infirmières de l'ambulatorio qui ne vont pas à domicile, soit environ six infirmières ETC. Ceci veut dire que le nombre d'infirmières allant à domicile se situe autour de 18,9 ETC. Il n'a pas été possible d'obtenir les données d'effectif infirmier de l'ambulatorio qui va à domicile. Nous avons conservé cet effectif global car les taux de fréquence et quotidiens d'absence ont été calculés avec cet effectif, ce qui peut entraîner une sous-estimation.
2. La proportion du personnel occasionnel est toujours plus élevée que celle du volume des heures de travail parce que les salariées occasionnelles travaillent rarement à temps plein ; plus d'une est donc nécessaire pour remplacer une régulière à temps plein.
3. Estimé à partir des données des autres CLSC.
4. Le taux de fréquence correspond au nombre de lésions divisé par le nombre d'individus à statut régulier ou occasionnel considéré en équivalent temps complet (ETC). Le personnel d'agences est évidemment exclu. Outre les lésions compensées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST - organisme qui s'occupe de la compensation des lésions professionnelles au Québec), ces nombres comprennent les cas en assignation temporaire⁴ et les absences du personnel potentiellement reliées au travail (troubles musculo-squelettiques et de santé mentale) compensées par l'assurance-salaire.
5. Le taux de fréquence, la durée moyenne d'absence ainsi que le taux quotidien d'absence des infirmières du SAD du CLSC 3 peuvent être sous-estimés puisque les effectifs considérés concernent l'ensemble des infirmières de l'ambulatorio plutôt que seulement celles qui vont à domicile.
6. Au CLSC 4, ces taux excluent les déclarations reliées à des problèmes de qualité de l'air.
7. La durée moyenne des absences est fondée sur les mêmes données que le taux de fréquence.

4.2. Les indicateurs de SST

- 18 Les niveaux de risque calculés à l'aide du taux de fréquence, qui figurent au Tableau 1, ne sont pas les mêmes pour les auxiliaires que pour les infirmières, car leur travail et leurs conditions de travail sont différentes. En ce qui a trait aux auxiliaires, les CLSC 1, 3 et 4 s'opposent au CLSC 2 en matière de niveau de risque, le CLSC 2 étant celui où il est le plus élevé. Les CLSC 1 et 3 sont comparables sur le plan du nombre d'auxiliaires, mais ils se différencient quant à la proportion de personnel occasionnel qui est plus élevée au CLSC 3. D'autres facteurs organisationnels jouent un rôle ; nous y reviendrons à la section 4.3. Au CLSC 1, bien que la gestion de la SST soit moins bien organisée, on retrouve le seul service de SAD qui envoie une équipe de deux auxiliaires pour dispenser les soins aux usagers avec des incapacités sévères, ce qui permet de réduire leur charge de travail. En ce qui concerne les meilleures performances du CLSC 4 en SST par rapport au CLSC 2, tous deux de grande taille, il existe peu de différences en ce qui concerne la proportion d'auxiliaires occasionnelles à leur service. Deux autres facteurs peuvent contribuer à expliquer la différence dans leur taux de risque. Le recours aux agences privées de soins est beaucoup plus important au CLSC 4, ce qui pourrait jouer un rôle protecteur de risque pour les salariées du SAD si les cas confiés aux agences sont plus lourds, comme il le semble, ceux-ci impliquant plus de risques pour le personnel soignant (il est difficile cependant d'estimer avec précision cette lourdeur). D'autre part, il est probable que des différences organisationnelles majeures entre ces deux services de SAD contribuent à ces écarts. Au CLSC 4, notamment, le SAD fonctionne avec des équipes multidisciplinaires, applique avec fermeté une politique claire d'aménagement des salles de bain à domicile exigée des usagers, et implique les auxiliaires dans l'estimation du niveau de sécurité des salles de bain à domicile, ce qui n'est pas le cas au CLSC 2.
- 19 La durée moyenne des absences constitue l'autre indicateur de risque qui figure au Tableau 1. Pour les auxiliaires, on voit que le CLSC 2 présente les durées les plus faibles, il est également le CLSC où le nombre d'occasionnelles est le plus élevé et où les assignations temporaires sont systématiquement utilisées. Il n'y a cependant pas de grandes différences entre les durées moyennes minimales et maximales des quatre CLSC ; elles varient de 41 jours au CLSC 2 à 63 jours au CLSC 4. Il importe de souligner que ces

résultats ne signifient pas que les absences sont surtout le fait des occasionnelles, mais que la situation (pression de la demande de soins, choix organisationnels) a pour effet d'accroître l'absentéisme pour raisons de santé tant chez les occasionnelles que chez les salariées régulières.

- 20 Quant aux infirmières, les CLSC 1 et 2 sont aux deux extrêmes en ce qui concerne le niveau de risque, comme pour les auxiliaires. Le CLSC 2, qui présente le taux de fréquence de lésions professionnelles le plus élevé, est aussi le service qui utilise la plus forte proportion de personnel infirmier occasionnel ; par contre, le recours aux agences de soins infirmiers y est rare. Quant à ceux qui se situent entre les deux extrémités, le CLSC 3 présente un risque plus faible que le CLSC 4. Le CLSC 4 a moins d'effectifs et emploie une proportion de personnel infirmier régulier plus importante que le CLSC 3 ; il présente cependant une moins bonne performance en matière de SST. Le recours au personnel infirmier d'agences privées, très élevé au CLSC 4, renvoie à la fois à une surcharge chronique de travail très élevée, faute de pouvoir combler les postes vacants, et dénote également un niveau supplémentaire de contraintes de gestion des horaires et des responsabilités à cause de l'utilisation d'un service externe.
- 21 En ce qui a trait à la durée moyenne des absences des infirmières, on remarque que la durée des absences des infirmières du CLSC 4 est beaucoup plus longue que celle du CLSC 2. Cela est lié au fait que les absences pour troubles psychologiques y sont plus nombreuses. Toutes les absences compensées par l'assurance-salaire des infirmières de ce CLSC (12 cas en trois ans) sont associées à des troubles psychologiques alors qu'il n'y en a aucune au CLSC 1.
- 22 L'absence de relation constante et univoque entre les taux des personnels occasionnels et les indicateurs de SST n'infirme pas le lien entre la précarité et les risques à la SST ; il conforte plutôt ce que révèlent les données plus qualitatives qui mettent au jour le rôle de facteurs organisationnels. Ceux-ci peuvent modifier la relation entre des données ne portant que sur des individus. Ces données portent à supposer que les différents types de précarité n'ont pas tous les mêmes conséquences. Par exemple, être salariée occasionnelle d'un SAD de CLSC par opposition à être à l'emploi d'une agence privée qui, sollicitée par un SAD, envoie son personnel pour dispenser des soins à domicile à sa clientèle a des effets sur les conditions de travail. Cela peut être attribuable, notamment, à des différences dans les modalités organisationnelles de gestion de la précarité, à la possibilité d'acquérir de l'expérience et de l'utiliser ainsi qu'à la situation locale.
- 23 Compte tenu de l'hypothèse de base de cette recherche quant à l'importance de l'organisation du travail en tant que soutien ou obstacle à l'élaboration de stratégies protectrices, nous allons exposer, à l'aide d'un premier exemple, le lien entre le statut, les contraintes subies et l'adoption de stratégies protectrices par les auxiliaires selon qu'elles sont occasionnelles ou régulières. Ensuite, l'analyse de la gestion des routes des infirmières, activité de planification et d'organisation qui consomme une proportion importante du temps de travail des infirmières qui sont gestionnaires de cas, permettra de mettre en relief des choix organisationnels dans les modalités de recours à différents types de personnel précaire. Ces deux exemples mettront donc en relief des facteurs organisationnels qui peuvent affecter de différentes manières l'effet de la précarité sur la SST des salariées, ce qui sera repris dans la discussion.

4.3. Les effets du statut d'emploi sur l'activité de travail et le développement des stratégies protectrices des auxiliaires

24 Pour expliquer ces différents niveaux de risque à la SST, documentés par des données statistiques, des observations fines du travail des auxiliaires et des infirmières ont été réalisées de même que des entrevues approfondies. Pour les auxiliaires, nous avons comparé les contraintes posturales subies et les stratégies posturales qu'elles utilisent en cours de réalisation du travail en comparant les activités de travail du personnel occasionnel à celles du personnel régulier.

4.3.1 Postures contraignantes et stratégies protectrices chez les auxiliaires

25 Au total, 11 journées d'observation ont été réalisées auprès de 11 auxiliaires différentes dans les quatre services de SAD. Huit avaient un poste régulier alors que les trois autres étaient occasionnelles. Les données recueillies ont permis d'identifier un très grand nombre de stratégies protectrices de risques. Celles-ci ont été regroupées en six catégories selon qu'elles avaient trait aux contraintes posturales, aux risques d'incident, aux contraintes de temps, à l'amélioration de la qualité relationnelle, à la circulation de l'information ou à la réduction de la pression globale de l'organisation du travail. L'exemple qui suit porte sur les stratégies posturales pendant les soins à la baignoire. Ceux-ci (35 soins dont 25 par des auxiliaires régulières et 10 par des occasionnelles) représentent les deux-tiers des soins observés (les autres soins consistent en activités telles que les douches, les bains au lit, la préparation de repas). Ils constituent l'activité de travail principale de la phase de soins qui représente elle-même plus des $\frac{3}{4}$ du temps de visite (outre les soins pendant le bain, la phase de soins à la baignoire comprend d'autres activités telles que le déshabillage, l'habillage et les déplacements).

26 Les quatre postures observées sont les postures debout, assise, agenouillée et accroupie. Leur observation a mis en évidence les postures contraignantes adoptées par les auxiliaires pendant la phase de soins. Nous estimons qu'il y a contraintes au dos lors de postures impliquant le maintien d'une flexion, d'une flexion-torsion ou d'une rotation du tronc, que ce soit en position debout, assise, agenouillée ou accroupie.

27 En matière de stratégies posturales, les observations ont révélé que certaines auxiliaires adoptent la posture assise (sur le siège de la toilette ou sur le bord de la baignoire, par exemple). Ce choix constitue une stratégie posturale qui agit à deux niveaux : d'une part, elle rapproche la travailleuse du niveau de la tâche, réduisant par le fait même l'amplitude de flexion du tronc et, d'autre part, elle élimine les contraintes aux membres inférieurs. Les auxiliaires adoptent aussi des positions d'abaissement au sol, telles que la genuflexion et l'accroupissement près de la baignoire qui représentent un compromis contribuant à réduire les contraintes au dos. En posture agenouillée et fléchie, elles appuient souvent une main sur une de leurs cuisses ou sur le bord de la baignoire alors qu'en posture accroupie, elles appuient leurs deux genoux sur le bord de la baignoire afin de réduire le travail des muscles stabilisateurs du tronc. Ces stratégies posturales sont donc de différents niveaux et certaines peuvent être utilisées simultanément. On peut les graduer selon trois niveaux ascendants de contrainte :

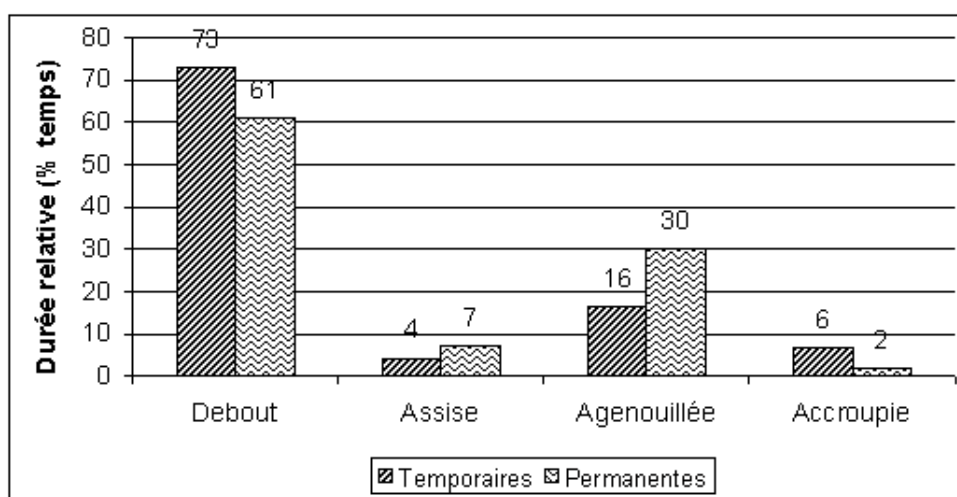
- le recours à la posture assise (la moins contraignante) ;
- le recours à des postures abaissées (agenouillées ou accroupies) ;

- le recours à des stratégies d'appui, de transfert de poids (utilisation d'un appui sur une surface ou une partie du corps ou de l'exécution d'un transfert de poids, latéral ou avant-arrière) et de verrouillage lombaire afin de réduire la charge musculo-squelettique du tronc.

5

- 28 Comment ces contraintes posturales et les stratégies adoptées pour minimiser leurs effets varient-elles selon le statut d'emploi ? Les auxiliaires régulières adoptent pendant une plus longue durée que les occasionnelles la posture agenouillée (presque deux fois plus longtemps) et elles ont également un peu plus tendance à s'asseoir lorsque cela est possible pour dispenser le soin (figure 1). Par contre, les auxiliaires occasionnelles sont debout plus longtemps, ce qui les oblige à des flexions plus importantes du tronc. Elles sont aussi en postures accroupies plus longtemps, stratégie de compromis car, si elle protège le dos, elle est par contre très exigeante pour les articulations des membres inférieurs.
- 29 Les auxiliaires occasionnelles passent également moins de temps en stratégies d'appui et de transfert de poids qui visent à réduire les contraintes posturales : seulement 17 % de la durée totale des 35 soins à la baignoire observés, comparées aux régulières qui y recourent 45 % du temps.

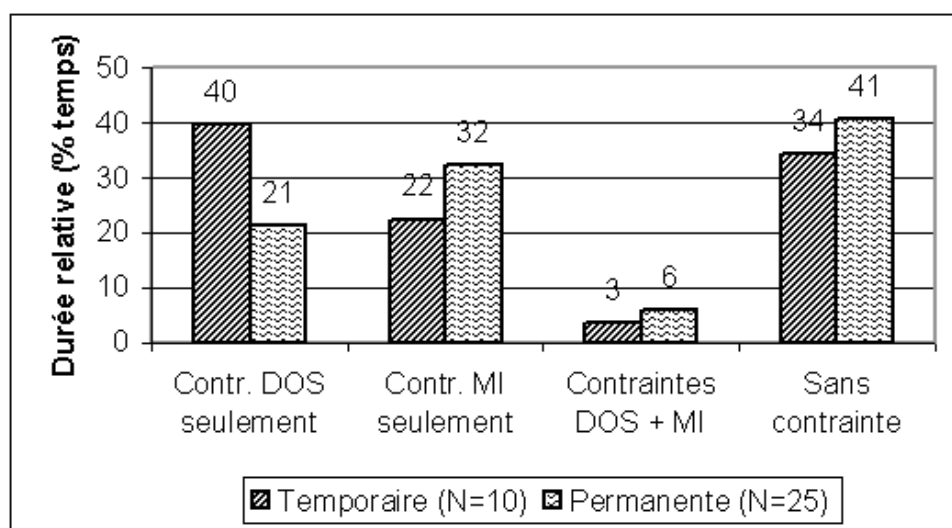
Figure 1. Répartition (en durée) des postures adoptées pendant la phase de soins selon le statut d'emploi des auxiliaires (soins à la baignoire n =35)



- 30 La Figure 2 indique que les auxiliaires occasionnelles passent plus de temps en situation de contrainte. De façon plus spécifique, leur durée d'exposition à des contraintes au dos est deux fois plus longue que celle des auxiliaires permanentes (40 % contre 21 % pour les permanentes). Celles-ci subissent 10 % plus longtemps des contraintes aux membres inférieurs. Ceci signifie qu'elles ont plus souvent recours à des stratégies d'abaissement afin de réduire les contraintes à leur dos. Ceci corrobore les résultats présentés à la figure 1 qui montrent que les auxiliaires occasionnelles tendent à exécuter le soin d'hygiène en posture debout, ce qui est plus contraignant pour le dos, alors que les auxiliaires permanentes vont plus souvent s'asseoir ou s'agenouiller.
- 31 L'utilisation de ces stratégies posturales conduit à des réductions globales des contraintes au dos et/ou aux membres inférieurs et elle varie selon le statut d'emploi des auxiliaires, comme le montre la figure 2. Globalement, les auxiliaires occasionnelles sont plus exposées à certaines contraintes et recourent moins à des stratégies posturales que les

auxiliaires régulières. On peut supposer qu'elles recourent moins à ces stratégies posturales soit parce qu'elles manquent d'expérience, soit parce qu'elles n'ont pas eu l'occasion de se les faire expliquer par d'autres. Néanmoins, il est certainement possible, une fois ce constat établi, de concevoir et implanter des pratiques organisationnelles qui inciteraient les auxiliaires occasionnelles à recourir davantage aux stratégies protectrices privilégiées par les régulières. La section 4.4 sur les facteurs organisationnels souligne l'importance, en particulier, de la participation aux activités collectives comme mode d'accès à des informations et à des savoirs sur la pratique du métier.

Figure 2. Proportion des types de contraintes au dos et aux membres inférieurs (MI) en fonction du statut de l'AFS (soins à la baignoire n =35)



4.3.2 Stratégies de régulation de la charge des infirmières

- 32 Un total de onze journées d'observations a été réalisé dans les quatre services de SAD auprès de onze infirmières différentes. Sept d'entre elles avaient un statut régulier tandis que les quatre autres avaient un statut d'occasionnelles. Les données recueillies ont permis d'identifier également chez cette catégorie de personnel un grand nombre de stratégies protectrices. L'exemple qui suit porte sur un type particulier de stratégies : les stratégies de régulation de la charge de travail en regard de la gestion des routes. Cette régulation permet de distribuer la charge de travail autrement (temporellement, au niveau individuel ou entre l'ensemble des infirmières) et de la rendre ainsi plus stable ou, encore, d'éviter une trop grande surcharge. Il mettra en relief d'autres aspects des effets de la précarité en matière de risques à la SST que ceux de l'exemple précédent. En particulier, on pourra voir comment la réalisation d'une partie du travail par des infirmières à statut précaire, si elle constitue une solution à un problème de pénurie de personnel, en crée simultanément de nouveaux. On verra également comment les conséquences des modalités d'insertion des infirmières d'agences privées dans les SAD réduisent leurs marges de manœuvre temporelles, ce qui leur rend plus difficile ou impossible le recours à certaines stratégies de régulation utilisées par les infirmières régulières.
- 33 Pour les infirmières, la gestion des routes consiste à élaborer l'horaire hebdomadaire des visites de chacune des infirmières aux patients qui leur sont déjà attribués, à partir de

leur plan de service, ainsi qu'aux nouveaux patients qui sont attribués aux infirmières responsables de cas, puis à l'ajuster aux changements constants qui se produisent. Dans les SAD à l'étude, elle s'avère être une des activités les plus consommatrices de leur temps de travail. Les infirmières y consacrent, en moyenne, plus de 15 % de leur temps de travail au CLSC. Outre les réunions et autres activités collectives, cette période de travail au CLSC comprend la préparation et la planification des soins, le suivi des dossiers et la coordination des services (Ouellet et coll., 2004).

- 34 L'activité de gestion des routes est particulièrement lourde la veille des fins de semaine ou des congés à cause des sorties massives de patients des hôpitaux qui doivent être desservis immédiatement par les SAD des CLSC. Elle comprend un volet collectif et un volet individuel : par exemple dans un CLSC, à un moment de la semaine, les infirmières en groupe ou une responsable parmi elles « font la route » de la semaine suivante pour l'ensemble des infirmières. D'autre part, à chaque jour les infirmières doivent modifier leur route par rapport à ce qui avait été prévu comme demande de soins à cause de différents changements à la demande qui sont survenus. Ces modifications, qui consomment beaucoup de temps de travail individuel (par exemple, reporter une période de prélèvement sanguin ou des évaluations de nouveaux cas à quelques jours plus tard), sont habituellement sans conséquence sur la répartition du travail entre les infirmières du service ou entre les régulières à temps plein et les occasionnelles. Cependant, à cause de nouvelles demandes, de nouveaux patients ou de réajustements de services imprévus, les infirmières doivent également souvent procéder à des changements majeurs qui ont des conséquences sur leurs collègues. En outre, la gestion des routes est une activité qui mobilise beaucoup d'attention et de mémoire puisque cette planification doit constamment être modifiée.
- 35 Parmi les difficultés importantes qu'entraînent ces modifications, il y a les choix à faire fréquemment en tentant de ne pas réduire les services ni surcharger une collègue. Il s'agit là d'un aspect irritant majeur pour les infirmières, qui génère chez elles un sentiment de perte de contrôle. De plus, bien que nécessaire sur le champ, le recours au personnel des agences privées introduit des nouvelles contraintes liées à la coordination qui doit exister entre le personnel régulier et celui des agences (transmission d'information, tâches de suivi, etc.).
- 36 Pour arriver à faire leur travail et équilibrer leur route d'une journée à l'autre malgré l'arrivée de nouveaux cas, les infirmières ont développé des stratégies de régulation de leur charge de travail. Certaines sont individuelles, d'autres impliquent leurs collègues ou nécessitent des prises de décision de leur supérieure afin de modifier le partage des tâches entre elles ou d'augmenter le nombre d'infirmières afin de répondre à la demande. Les stratégies de régulation de la charge de travail qui ont trait aux routes portent sur :
- le déplacement temporel des prélèvements ponctuels envoyés en laboratoire (stratégie individuelle) ;
 - le déplacement temporel d'un soin (stratégie individuelle) ;
 - l'utilisation des collègues du même secteur ;
 - l'utilisation des infirmières de soir et/ou de fin de semaine ;
 - l'ajout d'infirmières occasionnelles ;
 - le recours à des infirmières d'agences privées ;
 - la délégation d'actes aux auxiliaires familiales et sociales de façon ponctuelle.
- 37 Malgré son efficacité à court et moyen terme pour réduire la charge de travail au quotidien, le recours aux stratégies régulatrices, qui ont des conséquences sur les autres

infirmières, a plusieurs inconvénients. Parmi les principaux, il y a le fait qu'elles réduisent la stabilité de la relation entre l'infirmière et ses patients et entraînent des pertes d'informations sur les usagers et les suivis à faire. Cela constitue d'une part un enjeu pour ce qui est de la qualité des services aux patients, mais également au regard de la charge de travail, car ce que les infirmières régulières doivent faire pour pallier ces conséquences négatives sur la qualité s'ajoute à leur charge habituelle. Ainsi, lorsqu'elles confient leurs tâches cliniques à du personnel précaire, elles doivent néanmoins avoir à l'œil ce qui sera fait et récupérer les informations après la visite pour tenir les dossiers à jour et assurer les suivis. Les journées d'observation révèlent qu'elles gardent ouverts non pas les sept ou huit dossiers des patients qu'elles voient durant leur journée de travail, mais plutôt treize ou quatorze dossiers de patients dont elles ont la responsabilité, certains ayant été soignés par des infirmières à statut précaire. La nécessité d'orienter des infirmières à statut précaire qui, souvent, ne disposent d'aucune information sur la journée de travail qui les attend lorsqu'elles arrivent au CLSC (surtout celles qui proviennent des agences privées), constitue également un autre inconvénient car elle augmente la charge de travail des responsables de cas. Cette cohabitation de personnel de différents statuts a donc certaines répercussions négatives sur la charge de travail des infirmières régulières.

- 38 Par ailleurs, dans les quatre CLSC à l'étude, la possibilité de gérer leur journée de travail par les infirmières diffère selon leur statut. Alors que les régulières à temps plein peuvent réguler leur charge de travail sur une période plus longue (d'une semaine à un mois), en remettant à plus tard des visites ou d'autres tâches moins urgentes, les remplaçantes occasionnelles à l'emploi du CLSC ou infirmières d'agences privées ne peuvent le faire que sur une période beaucoup plus brève, soit la journée ou quelques jours, selon les journées pour lesquelles elles sont au travail pour remplacer une infirmière absente ou en décharger une qui est surchargée.
- 39 Par exemple, une infirmière régulière à temps partiel qui travaille au SAD du CLSC 3 explique que son statut d'infirmière « volante » ne lui donne pas la marge de manœuvre nécessaire pour réguler sa charge de travail au cours d'une semaine. Lorsqu'elle remplace une collègue pendant une journée, elle se doit d'avoir complété toutes ses tâches puisque le lendemain elle en remplacera une autre dont les patients sont différents. Les injonctions contradictoires qu'elle doit gérer sont une source de tension à cause de la culpabilité qu'elle entraîne au regard de ses valeurs professionnelles. Ainsi, elle affirme se sentir parfois coupable d'effectuer un suivi pour un patient qu'elle a vu la veille (tel qu'un appel à un médecin) :
- « Y'a des fois, j'me sens « cheap » quand, mettons, j'ai un cas de gynéco, j'le vois le vendredi, la gynécologue j'peux la rejoindre juste le mercredi. Alors le mercredi suivant je sais très bien qu'il faut que je m'occupe de ce cas-là, qui est un cas à X (une des infirmières qu'elle remplace), mais j'suis assise mettons sur la chaise de Y [...] j'pense que j'y ai passé une demi-heure. Ben cette demi-heure-là, j'aurais dû la donner à Y. Mais j'l'ai pas donnée à Y, c'est une demi-heure pour X. Ça devient un irritant ».
- 40 De façon générale, ce type de difficultés est plus important pour les remplaçantes que pour les infirmières régulières même si ces dernières, lorsqu'elles savent qu'elles seront absentes, préparent leur route en y ajoutant des informations additionnelles afin de faciliter le travail des remplaçantes :
- « on colle des « post-it » pour donner des petits trucs ».

- 41 Les données recueillies sur le terrain ont mis au jour des pratiques organisationnelles très différentes d'un CLSC à l'autre à l'égard, notamment, des rapports avec les agences privées ; ces différences ont des conséquences importantes sur le soutien organisationnel tant pour le personnel régulier que précaire. Ainsi, le CLSC 4, qui a le plus recours aux services d'agences d'infirmières, faute de pouvoir combler des postes réguliers, a soulagé les infirmières de certaines tâches matérielles et de bureau en les confiant à une commis ; il a également créé un poste d'infirmière de liaison qui s'occupe des rapports du SAD avec les agences. De plus, certaines infirmières d'agence qui travaillent à temps plein au SAD participent aux réunions. À l'opposé, au CLSC 2, les gestionnaires ne reconnaissent pas ces enjeux et, au quotidien, font pression sur les infirmières déjà surchargées pour qu'elles acceptent des cas supplémentaires afin de ne pas avoir à recourir aux agences.

4.4 Facteurs organisationnels

- 42 Les exemples précédents ont mis au jour certains facteurs organisationnels qui soutiennent le développement et la mise en œuvre des stratégies protectrices ou qui, au contraire, leur font obstacle. Plusieurs autres exercent également une influence sur les risques à la SST des auxiliaires et des infirmières de SAD. Ces effets touchent différemment les personnels précaires et réguliers. Dans la mesure, en effet, où les précaires ont pour fonction de combler les manques d'effectifs en fonction de la demande changeante, leurs tâches, leurs horaires et les patients à desservir, ainsi que les équipes auxquelles elles se joignent, sont très variables ; de plus, elles n'en prennent souvent connaissance qu'à la dernière minute. Il s'agit là de conditions à l'extrême opposé d'une stabilité des routes qui importe beaucoup pour assurer une qualité de soins et services aux patients à cause des connaissances sur l'état de ces personnes ainsi que sur l'évolution de leur état que les infirmières régulières accumulent au fil de leurs visites.
- 43 Selon les CLSC, l'existence et la fréquence de réunions professionnelles, cliniques et d'équipes multidisciplinaires varient considérablement ; la tenue de ces différents types de réunions s'avère être un facteur organisationnel majeur pour soutenir le personnel régulier, car les informations qui y sont données et surtout les discussions qui y ont lieu permettent de partager les savoirs développés par chacune, de réduire les pertes de temps et de contribuer à la formation sur divers aspects du métier (utilisation d'équipement, méthodes de travail), de partager des difficultés et de « ventiler ».
- 44 Les réunions multidisciplinaires, en particulier, s'avèrent très bénéfiques car plusieurs types d'informations qui y sont échangées contribuent à la qualité du service, à une meilleure coordination entre les différentes intervenantes ainsi qu'à la planification des services. Nos observations ont permis de constater que ces réunions conduisent à la création de collectifs professionnels et interprofessionnels qui jouent un rôle essentiel à plusieurs égards pour les auxiliaires et les infirmières. Ces dernières y trouvent également la reconnaissance de leur travail et du soutien face à différentes difficultés et contraintes. De plus, les prises de position élaborées en commun jouent un rôle protecteur puisque les membres du collectif se sentent soutenues par les autres dans des contextes difficiles et complexes. Il est cependant exceptionnel que les personnels à statut précaire participent à de telles réunions alors que la transmission d'informations et de savoir-faire sur le soin, l'intervention, le patient et son réseau, de même que sur l'environnement de travail, contribue à la connaissance du cas, et constitue une pratique de prévention importante. Ces personnes se trouvent également privées du soutien et de

la solidarité du collectif alors que plusieurs recherches ont largement démontré que la reconnaissance et le soutien social ont un impact direct sur la SST du personnel, particulièrement sur la santé mentale (Bourbonnais et Mondor, 2001 ; Brun et coll. 2002).

- 45 En outre, les personnels précaires ont rarement accès aux séances de formation organisées pour le personnel régulier. Nos données indiquent que les changements rapides du contexte des soins à domicile (techniques de soins plus complexes et/ou nouvelles, alourdissement des cas, problèmes de santé mentale plus fréquents, rapports avec les aidants informels démunis, etc.) accentuent les besoins de formation et d'information des auxiliaires et des infirmières. Elles sont avides de nouvelles connaissances afin de s'ajuster aux nouvelles situations auxquelles elles sont confrontées. Cependant, même le personnel régulier a de la difficulté à obtenir des formations requises à cause des contraintes budgétaires des CLSC ; plusieurs formations demandées (OMEGA sur la violence, PDSB sur le déplacement sécuritaire des bénéficiaires, RCR sur la réanimation cardiaque, etc.) récemment ont, en effet, été reportées faute de fonds.
- 46 Enfin, l'introduction de logiciels de conception des horaires pour les auxiliaires et éventuellement pour les infirmières est de plus en plus fréquente. Certains étaient déjà implantés dans les SAD étudiés. Leur utilisation peut poser problème. En vue d'une utilisation maximale du temps de travail des auxiliaires régulières, les remplacements sont éparpillés entre plusieurs auxiliaires occasionnelles, souvent en demi-journées. Cette pratique remet en cause la stabilité des routes qui constitue un facteur important de connaissance de l'environnement et des caractéristiques particulières des patients, et qui, à ce titre, affecte la SST. Ce mode de gestion des horaires nuit aussi à la prévention en ce qui a trait aux postures critiques ainsi qu'à l'élaboration de stratégies de protection. Dans ces conditions, l'acquisition des savoirs de prudence nécessite beaucoup de disponibilité et d'énergie aux frais des précaires puisque ce n'est plus une seule auxiliaire régulière qui devra lui transmettre des informations sur ses patients, mais plusieurs. Cette façon de faire contribue également à alourdir inutilement la tâche de leurs auxiliaires qui doivent assumer les suivis auprès de leurs patients habituels qui ont été desservis par plusieurs précaires différentes. Ce n'est cependant pas le logiciel en soi qui pose problème mais plutôt la façon de l'utiliser.
- 47 Il s'avère donc que les pratiques de gestion et les choix organisationnels plus globaux des SAD ont des effets tant sur les personnels réguliers que sur ceux à statut précaire. Leurs effets seraient semblables, mais la marginalité des personnels précaires tend à les priver plus souvent, sinon systématiquement, des effets soutenant que peuvent avoir certaines pratiques organisationnelles. De plus, lorsque ces pratiques leur sont nuisibles, les précaires ont moins de marge de manœuvre pour les pallier à cause de leurs rapports ténus sinon inexistantes avec les gestionnaires des SAD où elles sont appelées à travailler.

5. Discussion et conclusion

- 48 Cette recherche montre que les personnels à statut précaire ont plus de risques de problèmes de SST que les personnels réguliers de services de SAD. En effet, là où la proportion de personnels précaires est plus élevée, il y a tendance à ce que les taux de fréquence de lésions professionnelles et de problèmes de santé liés au travail **pour l'ensemble des personnels** à l'emploi de ces services soient plus élevés. D'une part, ces résultats concordent avec l'étude de Thébaud-Mony (2001) citée précédemment. Tout se passe comme si ces personnels n'avaient pas la possibilité d'utiliser, autant que les

personnels réguliers, des stratégies protectrices, comme le portent à croire les deux exemples précédents.

- 49 Fondée sur quatre études de cas, cette recherche met particulièrement en évidence le rôle de certains facteurs organisationnels dans le processus qui rendent les personnels précaires plus à risque. Ces résultats concordent avec ceux du groupe de recherche Travail et Santé de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (Goudswaard et coll., 2002) qui a dégagé deux scénarios de précarité (interne et externe) qui sont présents dans les cas étudiés. Cette mise au jour du rôle des facteurs organisationnels nous oriente vers des pistes de prévention centrées sur les pratiques de gestion. Elles sont à explorer pour améliorer les conditions de SST de l'ensemble des personnels et plus particulièrement des personnels occasionnels.
- 50 D'autre part, les effets sur les infirmières à statut régulier, dont il a été question dans l'exemple sur la régulation de la charge de travail reliée à la gestion des routes, confirment les constats de Huez (1996). Celui-ci a souligné que malgré les apparences qui avantagent les travailleuses et travailleurs réguliers, les conditions difficiles dans lesquelles les précaires sont plongés pour accomplir leurs tâches se répercutent aussi sur le travail du personnel régulier, habituellement plus âgé, par la désorganisation qu'elles peuvent entraîner. En effet, le personnel régulier doit souvent pallier les lacunes dues à la nouvelle organisation du travail qui tente de réduire tout le temps de travail à du temps « productif », ce qui contribue à un alourdissement de sa propre charge de travail et à des pertes de temps à cause des tâches accrues de coordination.
- 51 Enfin, à la suite des constats de Quinlan et coll. (2001) et de Rebitzer (1998), nous avons également constaté la réduction de l'espace de participation, entraîné par le statut précaire, qui empêche la mise en place de différents processus de prévention quant à la SST.
- 52 À l'origine, ce projet ne visait pas à documenter les différences selon le statut d'emploi entre les salariées. Centré sur le rôle de multiples facteurs organisationnels que nous avons commencé à identifier lors d'une recherche exploratoire antérieure, ce projet interdisciplinaire se caractérise par une méthodologie à forte dominante qualitative. Le choix de réaliser des études de cas approfondies s'est imposé afin de mettre au jour la complexité des processus impliquant simultanément plusieurs facteurs organisationnels tels que la circulation de l'information et ses modalités. C'est à la faveur de l'observation de l'activité de travail d'auxiliaires et d'infirmières auprès des usagers, ainsi que d'autres de leurs activités relevant notamment de la circulation de l'information (réunions, tenue des dossiers, messages, ajustement des horaires à cause de la variabilité des situations, etc.) que sont peu à peu apparues les différences entre les salariées selon leur statut d'emploi. Simultanément, les conséquences de la présence de salariées occasionnelles sur l'activité de travail de celles à statut régulier, ainsi que de leur coexistence (perturbations, surcharge de travail pour les régulières, niveau de connaissances des cas différent, etc.), se sont graduellement dégagées de l'analyse des données d'observations, d'entrevues et de statistiques administratives des services de SAD. C'est ainsi que la différence de statut d'emploi s'est graduellement imposée comme une variable qui, bien que relevant de politiques et de pratiques de gestion des ressources humaines, a des conséquences majeures sur l'organisation du travail et le fonctionnement des services de SAD. C'est par ce biais que la précarité d'emploi affecte les niveaux de risques à la SST de ces personnels tant occasionnels que réguliers.

- 53 Par ailleurs, dans leurs recommandations, Goudswaard et coll. (2002) soulignent qu'avec le passage de l'organisation du travail traditionnelle à l'entreprise flexible, la recherche devrait cesser de se concentrer sur l'entreprise ou sur les rapports internes entre employeur et employés. Les auteurs suggèrent plutôt de prendre en compte toutes les relations d'emploi et les procédés de travail en tant que constellations composées de plusieurs parties inter-reliées (chaînes d'entreprises, de sous-traitants, de fournisseurs, d'employés ayant différents types de contrats, de travailleurs autonomes indépendants, et de clients). À cette fin, la réalisation d'un nouveau projet nous permettra d'approfondir la connaissance des différents mécanismes de liaison entre les différentes parties qui interviennent dans le soutien à domicile organisé par un service de SAD de CLSC, de leurs conséquences sur l'activité réelle de travail des infirmières d'agences privées et de celles de l'établissement où se fait le travail, au regard des risques à la SST et de leurs conséquences.
- 54 Le choix d'une telle approche n'est pas sans rapport avec la conception de la santé sur laquelle nous nous fondons. Rappelant que Dejours (1985) a souligné qu'être pour quelque chose dans sa santé constitue un besoin, Daniellou (2003) explique comment une approche qui postule qu'il est possible pour chacun d'être pour quelque chose dans sa santé favorise le contrôle des salariés sur leur environnement et la possibilité d'y projeter ses propres normes. Ces conceptions de la santé portent à s'interroger sur les pratiques d'entreprises ou d'établissements et à identifier certains dysfonctionnements en rapport avec des taux de pathologies. Ces dysfonctionnements constituent des indicateurs d'obstacles qui tendent à empêcher les personnels d'avoir des pratiques actives au sujet de leur santé. C'est là la portée principale d'une approche centrée sur des facteurs organisationnels et leur rôle de support ou d'obstacle aux pratiques stratégiques individuelles ou collectives des personnels tant réguliers que précaires. Ces résultats peuvent contribuer à ce que les personnels et les gestionnaires concernés s'impliquent dans des processus qui visent à intégrer davantage des préoccupations et des mesures tant individuelles que collectives propices à une meilleure santé au travail.

BIBLIOGRAPHIE

- Bernier, J., Vallée, G., Jobin, C. (2003). *Les besoins de protection sociale des personnes en situation de travail non traditionnelle*. Québec, Gouvernement du Québec.
- Bourbonnais, R., Mondor, M. (2001). Job strain and sickness absence among nurses in the province of Québec. *American Journal of Industrial Medicine*, 39, 194-202.
- Brun, J.-P., Biron, C., Martel, J., Ivers, H. (2002). *Évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines*. Rapport de recherche, Chaire en gestion de la santé et de la sécurité au travail dans les organisations, Université Laval, 88 p.
- Cloutier, E., David, H., Duguay, P. (1998). Relative risk and accident scenarios of aging nurses and nutrition service workers in the Québec health and Social services sector. *Safety Science*, 28, 2, 111-125.

- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-P., Dubois, C.-A., et coll. (2000). *La place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins*. Rapport présenté au Conseil de la santé et du bien-être, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal.
- CSST (2002). *L'assignation temporaire pour un prompt retour au travail*.
- Daniellou, F. (2003). De la rotation des postes à la santé au travail : synthèse du Colloque « La rotation, est-ce une solution ? ». *PISTES*, 5, 2. <https://pistes.revues.org/3319>
- David, H., Cloutier, E., La Tour, S. (2003). *Le recours aux agences privées d'aide à domicile et de soins infirmiers par les services de soutien à domicile de CLSC*. IRSST, R-346, Montréal, 130 p.
- Dejours, C. (1985). Construire sa santé. La relation santé-travail (18-21). Dans B. Cassou, D. Huez, M. L. Moussel et coll. (dirs), *Les risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner*. Paris, Éditions de la Découverte.
- Goudswaard, A., André, J.-C., Ekstedt, E., Huuhtanen, P., Kuhn, K., Peirens, K., Op de Beeck, R., Brown, R. (2002). *New forms of contractual relationships and the implications for occupational safety and health*. Research Report of the European Agency for Safety and Health at Work, Bilbao. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 61 p.
- Huez, D. (1996). La fondation du groupe « Paroles », et les nouveaux problèmes psychopathologiques rencontrés dans la pratique de la médecine du travail. *Revue internationale de psychosociologie*, 3, 5, 63-75.
- Lippel, K. (2001). Face aux conséquences de la flexibilisation de l'emploi : les solutions juridiques et leurs limites, p. 45-53. Dans Bernier, J., R. Blouin, G. Laflamme, F. Morin et P. Verge (dirs), *L'incessante évolution des formes d'emploi et la redoutable stagnation des lois du travail*. Québec, Presses de l'Université Laval.
- OCDE (1994). Cité par M. Bulard dans « État d'urgence sociale ». *Le Monde diplomatique*, mars 2004, p. 3.
- Ouellet, F., Cloutier, E., Ledoux, É., David, H., Teiger, C., Bourdouxhe, M., Gagnon I. (2004). Temps d'intervention et temps réel de travail des infirmières en soins à domicile. *Objectif Prévention*, 27, 3, 14-16.
- Quinlan, M., Mayhew, C., Bohle, P. (2001). The Global Expansion of Precarious Employment, Work Disorganization, and Consequences for Occupational Health : A Review of Recent Research. *International Journal of Health Services*, 31, 2, 335-414.
- Quinlan, M., Mayhew, C. (1999). Precarious Employment and Worker's Compensation. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 491-520.
- Rebitzer J.B. (1998). Job safety and contract workers in the petrochemical industry, p. 263-280. In Barker, K. and K. Christensen (dirs), *Contingent Work : American Employment Relations in transition*. Ithaca : Cornell University Press.
- Thébaud-Mony, A. (2001). Contrats de travail atypiques, sous-traitance, flexibilité, santé. Rapport d'introduction à la conférence BTS-SALTSA « Le travail sans limites ? Réorganiser le travail et repenser la santé des travailleurs ». *Bulletin d'information du BTS*, 15-16, 17-24.
- Yin, R.K. (1994). *Case study research design and methods*. New York, Sage Publications, 171 p.

NOTES

1. Dans les pages qui suivent, le terme « CLSC » est souvent utilisé comme synonyme de son service de SAD.
 2. Les femmes étant très majoritaires dans ces deux corps d'emploi, le féminin sera employé pour les désigner.
 3. Dans ce texte, le terme « occasionnel », substantif ou qualificatif, est synonyme de « temporaire ». De même, « régulier » est synonyme de « permanent ».
 4. L'assignation temporaire des travailleuses accidentées à des travaux allégés est une mesure prévue par la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) et que la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) favorise. « *L'assignation temporaire pour un prompt retour au travail* » est en principe offerte à tout travailleur ou travailleuse qui subit un accident ou qui souffre d'une maladie professionnelle pour favoriser un prompt retour au travail même si la lésion n'est pas encore consolidée. Ce moyen permet à l'employeur d'assigner un travail à la personne en attendant qu'elle devienne capable de reprendre son emploi (CSST, 2002).
 5. Ces deux stratégies sont enseignées pendant la formation sur les Principes de Déplacement Sécuritaire des Bénéficiaires dit « PDSB »).
-

RÉSUMÉS

Les données de cette recherche corroborent les principaux résultats de nombreuses études sur les liens entre la précarité d'emploi et les risques accrus à la santé et à la sécurité du travail (SST). Constituée de quatre études de cas de services de soutien à domicile (SAD) de Centres locaux de services communautaires (CLSC), cette recherche montre comment l'organisation du travail peut soutenir les stratégies protectrices auxquelles ont recours les auxiliaires sociales et familiales (AFS) et les infirmières de services de SAD ou leur nuire. Il s'avère que les pratiques organisationnelles positives auraient les mêmes effets sur les salariées régulières que sur celles qui ont un statut précaire, cependant ces dernières bénéficient rarement de ce soutien. Quant aux dysfonctionnements organisationnels, les personnels précaires disposent de moins de marges de manœuvre pour les pallier. Ils sont donc doublement à risque au regard de leur santé et de leur sécurité au travail.

The data from this study corroborate the main results of many studies on the relationships between job precariousness and increased occupational health and safety (OHS) risks. This project consists of four studies of cases of local community service centre (CLSC) homecare services (HS) and shows how work organization can have a positive or negative effect on the protective strategies used by HS homecare workers and nurses. Positive organizational practices would have the same effects on regular employees as on those with a precarious status; however, the latter rarely benefit from this support. As for organizational dysfunction, precarious employees have less margin of maneuver to compensate for it. They therefore face a two-fold greater occupational health and safety risk.

Los datos de esta investigación corroboran los principales resultados de numerosos estudios sobre los vínculos entre la precariedad laboral y los riesgos mayores para la salud y la seguridad en el trabajo. Constituida de cuatro estudios monográficos de servicios de cuidado a domicilio de Centros Locales de Servicios Comunitarios (CLSC), esta investigación demuestra cómo la organización del trabajo puede sostener o perjudicar a las estrategias protectoras adoptadas por las auxiliares sociales y familiares y las enfermeras a domicilio. Las prácticas organizacionales positivas tendrían los mismos efectos sobre las asalariadas regulares que sobre las que tienen un estatus precario, aunque éstas cuenten pocas veces con este apoyo. Cuanto a los fallos organizacionales, los personales precarios disponen de menos medios para paliarlos. Se exponen pues a un doble riesgo cuanto a su salud y su seguridad en el trabajo.

INDEX

Keywords : employment status, risks, health and safety at work, protection strategies, work organization

Palabras claves : estatus de empleo, riesgos, salud y seguridad en el trabajo (SST), estrategias protectoras, organización del trabajo

Mots-clés : statut d'emploi, risques, SST, stratégies protectrices, organisation du travail

AUTEURS

ESTHER CLOUTIER

Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), 505, boul. de Maisonneuve Ouest, Montréal (Québec), H3A 3C2, cloutier.esther@irsst.qc.ca

MADELEINE BOURDOUXHE

Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), 505, boul. de Maisonneuve Ouest, Montréal (Québec), H3A 3C2, bourdouxhe.madeleine@irsst.qc.ca

ÉLISE LEDOUX

Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), 505, boul. de Maisonneuve Ouest, Montréal (Québec), H3A 3C2, ledoux.elise@irsst.qc.ca

HÉLÈNE DAVID

Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP, Université de Montréal), C.P. 6128, Succursale Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3J7, helene.david@videotron.ca

ISABELLE GAGNON

Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP, Université de Montréal), C.P. 6128, Succursale Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3J7, igagnon_ergo@b2b2c.ca

FRANÇOIS OUELLET

Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP, Université de Montréal), C.P. 6128, Succursale Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3J7,
francois.ouellet@sympatico.ca

CATHERINE TEIGER

Laboratoire d'ergonomie, Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), 41, rue Gay-Lussac,
75005, Paris, France, catherine.teiger@cnam.fr