

2006

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

Esther Cloutier
IRSST

Madeleine Bourdouxhe
IRSST

Élise Ledoux
IRSST

Hélène David
Université de Montréal

Isabelle Gagnon
Université de Montréal

See next page for additional authors

Suivez ce contenu et d'autres travaux à l'adresse suivante: <https://pharesst.irsst.qc.ca/rapports-scientifique>

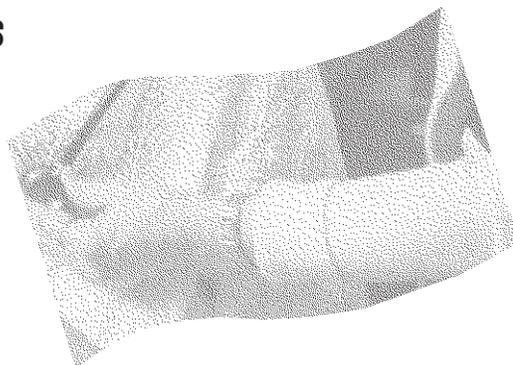
Citation recommandée

Cloutier, E., Bourdouxhe, M., Ledoux, É., David, H., Gagnon, I. et Ouellet, F. (2006). *Étude descriptive des conditions d'emploi, de travail et de santé et de sécurité du travail des infirmières d'agence privée dans un contexte de pénurie de main-d'oeuvre* (Résumé de rapport n° RR-475). IRSST.

Auteurs

Esther Cloutier, Madeleine Bourdouxhe, Élise Ledoux, Hélène David, Isabelle Gagnon, and François Ouellet

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



**ÉTUDES ET
RECHERCHES**

Esther Cloutier
Madeleine Bourdouxhe
Élise Ledoux

Hélène David
Isabelle Gagnon
François Ouellet

RR-475

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales
2006
ISBN 13 : 978-2-89631-072-2 (version imprimée)
ISBN 10 : 2-89631-072-X (version imprimée)
ISBN 13 : 978-2-89631-073-9 (PDF)
ISBN 10 : 2-89631-073-8 (PDF)
ISSN : 0820-8395

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

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

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

Avec la collaboration de :
Jean Charest³ et Faïçal Zallama³

¹Service de la recherche, IRSST

²Service veille et gestion de la qualité, IRSST

³GRASP, Université de Montréal

ÉTUDES ET RECHERCHES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

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

Nous sommes particulièrement reconnaissantes aux infirmières qui ont directement participé, par les entrevues, les observations et les séances de restitution, à rendre cette étude possible, dans le contexte général actuel du réseau de la santé qui connaît de grandes perturbations. Nous tenons aussi à souligner la participation des gestionnaires des deux agences qui ont aussi permis la réalisation de ce projet.

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

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

Pour le comité consultatif :

- Madeleine Asselin, du CLSC-CHSLD Sainte-Rose;
- Brigitte Doyon, Francine Dufresne, Thérèse Laforêt, Sylvie Vandal et Hélène Caron, de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ);
- Pauline Bégin-Brosseau, du Ministère de la santé et des services sociaux;
- Marie-Claude Beaulieu et Éliane Lafleur, de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval (précédemment la Régie régionale de la santé et des services sociaux);
- Nicole Collette et Mona Landry, de l'association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux anciennement l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec;
- Jean-Pierre Lavoie, de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (précédemment la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre);
- Carole Deshaies et Judith Leprohon, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;
- Rose-Ange Proteau, de l'Association pour la santé et la sécurité du travail, secteur des affaires sociales (ASSTSAS);
- Isabelle Choquette, de l'agence Santérégie qui a accepté d'y participer de façon plus informelle.

Pour le comité scientifique :

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

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	i
Remerciements.....	iv
Table des matières.....	v
Liste des figures	vi
Liste des tableaux.....	vi
1. Introduction.....	1
2. Méthodologie	5
2.1 L'échantillonnage	5
2.2 L'observation de l'activité de travail des infirmières d'agences	5
2.3 Comparaison du travail des infirmières d'agence et de SAD du CLSC	6
2.4 Comités de suivi et scientifique	6
2.5 Portée et limites.....	7
3. Contexte du travail infirmier au Québec.....	11
4. Le portrait des deux agences participantes	13
5. Portrait des infirmières d'agence	15
6. Les conditions de travail et de santé et sécurité au travail des infirmières d'agence.....	17
7. Les horaires de travail.....	19
8. Infirmières d'agence et infirmières de SAD : travail et risques différents	21
9. Les sources d'expérience et la SST	23
10. Discussion et conclusion.....	25
10.1 Les conditions d'emploi, de travail et de SST des infirmières d'agence : contexte et liens entre les donneurs d'ouvrage et les agences.....	25
10.2 Les facteurs organisationnels qui influencent la SST des infirmières d'agence.....	27
10.3 Les conditions réelles de SST des infirmières d'agence.....	31
10.4 Parcours professionnel, parcours de santé et compromis	32
10.5 Développement méthodologique	34
10.6 Conclusion	35
11. Pistes d'action et de recherche.....	37
12. Références.....	39

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Six sources d'expérience décrites par les infirmières d'agence	23
Figure 2 : Impact du contexte et de la dynamique inter-organisationnelle sur les conditions de SST des infirmières d'agence et de celles du réseau public	26

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Description des unités d'analyse, des variables et des sources de données.....	9
--	---

1. INTRODUCTION

Ce rapport présente un résumé des principaux résultats de l'étude. Pour avoir plus d'informations sur divers aspects méthodologiques ou d'analyses détaillées, il faut se référer au rapport global qui est publié simultanément. Ce projet s'inscrit dans une programmation intégrée de recherche sur les conditions de SST du personnel de soins à domicile. Il a été réalisé conjointement à un autre projet qui porte sur l'importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices de travail des AFS et des infirmières des CLSC (Cloutier et coll., 2005). Ce projet-ci concerne les infirmières.

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

Les statistiques les plus récentes montrent que les infirmières présentent un taux d'incidence des lésions professionnelles de 2,7 % qui correspond à la moyenne québécoise (Duguay et coll., 2003). En termes de gravité, ces lésions entraînent des absences de plus de 40 jours, par rapport à 56 jours en moyenne au Québec (Duguay, Hébert, Massicotte, 2003). Ces données sur les lésions professionnelles indemnisées par la CSST ne présentent cependant qu'une partie du portrait de SST des infirmières. Plusieurs études le soulignent dont une réalisée dans quatre CLSC du Québec montre que, d'une part, plusieurs infirmières sont placées en assignation temporaire et que, d'autre part, des problèmes musculo-squelettiques et de fatigue liés au travail sont principalement compensés par l'assurance-salaire (Cloutier et coll. 2003).

La main-d'œuvre infirmière actuellement en emploi est vieillissante (Duguay, Hébert, Massicotte, 2003). Ceci peut constituer un atout puisque le personnel expérimenté développe des stratégies de travail qui présentent de multiples avantages tant au niveau de la qualité des services que de la protection face aux risques présents au travail (voir notamment Cloutier et coll., 1998, 2005). Cependant, cela suppose de conserver cette main-d'œuvre expérimentée qui constitue un atout pour les organisations. Or, présentement la détérioration des conditions de travail dans le secteur de la santé incite plutôt une grande majorité des infirmières expérimentées à vouloir quitter leur emploi dès que possible (retraite, changement d'emploi, etc.). Ainsi, au cours des années à venir, les milieux de travail vont devoir intégrer du personnel infirmier novice et tenter de le garder en emploi de même que pour leur personnel expérimenté, ce qui constitue un défi de taille (Ministère de la santé et des services sociaux, 2001).

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

Par ailleurs, la combinaison du vieillissement de la main-d'œuvre, du fait que les études infirmières ont été contingentées et de l'augmentation de la demande de soins infirmiers a conduit à une pénurie des effectifs infirmiers disponibles sur le marché du travail (Ministère de la santé et des services sociaux, 2001). Cette situation crée un contexte particulier pour le personnel infirmier qui pourrait, s'il le désire, se trouver dans la position d'un « entrepreneur »

qui a la capacité de négocier ses conditions de travail dans certains cas. Nous ne connaissons pas l'ampleur de cette pénurie d'infirmières. Nous savons que plusieurs agences de soins infirmiers ont vu le jour ces dernières années au Québec. Cependant, les CLSC, qui sont les maîtres d'œuvre des soins à domicile, ont beaucoup de difficulté, face à l'augmentation de la demande de services, à y répondre adéquatement avec leurs effectifs infirmiers réguliers et occasionnels insuffisants. Ils ont fréquemment recours aux agences privées pour dispenser des soins infirmiers à domicile (Cloutier et coll., 2005).

Plusieurs inconnues subsistent en ce qui concerne le personnel infirmier des agences de soins. Est-ce que ce sont des infirmières expérimentées ou des novices qui y oeuvrent ? Quels sont les parcours professionnels de ces infirmières ? Pourquoi choisissent-elles d'aller y travailler ? Quels sont les avantages et les inconvénients de ce type de travail ? Quelles sont les conditions d'emploi et de travail réelles de ce personnel, entre autres, en termes d'accès à des formations, de l'équipement et aux choix en termes d'horaire et de charge de travail ? Ces conditions de travail varient-elles selon l'âge de l'agence ? Quelles sont leurs conditions de SST ? Comment s'organise la prise en charge de la SST dans les agences privées de soins ? Comment se passe l'articulation du travail entre le maître d'œuvre qu'est le CLSC et l'agence privée ?

À cet égard un premier portrait québécois sur le recours aux agences privées par les services de soins à domicile (SAD) d'une région du Québec (David et coll., 2004) a montré qu'il existe un taux de roulement élevé du personnel dans les agences et que la gestion de la SST y est minimale. Cette étude ne permet cependant pas de comprendre les conditions d'emploi, de travail et de SST des infirmières d'agence privée.

Les infirmières d'agence sont appelées régulièrement pour dispenser des soins à des usagers qui ne peuvent être vus par le personnel des SAD. Elles sont ainsi confrontées à des situations de travail qu'elles ne connaissent pas et à propos desquelles elles n'ont que peu d'information. Or, Cloutier et al. (2005) montrent clairement l'effet protecteur de la connaissance de l'environnement de travail, des particularités du client et de son réseau ainsi que des routes pour gérer les contraintes présentes dans le travail à domicile. L'expérience des infirmières d'agence leur permet-elle de compenser la non-connaissance des cas ?

Il semble y avoir des effets contradictoires se conjuguant présentement au niveau du contexte macroscopique de travail des infirmières d'agence. D'une part, le contexte de pénurie peut donner aux infirmières d'agence l'avantage en termes de conditions de travail (horaires, rémunération, choix des clientèles, charge de travail). Mais, d'autre part, il est aussi possible que le fait d'être constamment placée en situation de travail inconnu, sans formation préalable suffisante joue un rôle négatif en terme de SST. De plus, le flou existant en ce qui a trait au double niveau de gestion et aux responsabilités des employeurs ajoute d'autres difficultés.

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

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

2. MÉTHODOLOGIE

Cette recherche exploratoire s'appuie sur une méthodologie d'études de cas multiples enchâssées (Yin, 1994). Neuf unités d'analyse ont été retenues : le marché du travail infirmier au Québec; la main-d'œuvre infirmière à l'emploi des agences (APSI) sélectionnées; les lésions professionnelles des infirmières d'agence; l'organisation et les conditions d'emploi dans les APSI et de travail chez les donneurs d'ouvrage (DO); l'organisation du travail et de l'emploi entre les APSI et les DO et le partage des responsabilités; la gestion interne de la SST dans les APSI, les parcours professionnels des infirmières d'agence, l'activité réelle de travail des infirmières d'agence et leurs parcours de santé. Ces unités d'analyse ont été documentées par diverses méthodes de collecte de données : analyses statistiques, analyse documentaire, entretiens et observation de l'activité de travail. Chaque unité d'analyse comprend un ensemble de variables qui lui sont propres et qui viennent éclairer d'un point de vue particulier les données sur les variables d'une autre unité d'analyse. Elles sont détaillées au tableau 1.

2.1 L'échantillonnage

Un marché de forte demande caractérise le contexte dans lequel œuvrent les infirmières d'agence. Dans cette étude, nous avons documenté un univers restreint d'agences à l'intérieur de ce marché du travail. Il a été défini à partir d'un CLSC-pivot qui recourt aux APSI et dont le service de SAD a fait l'objet d'observation et d'analyse dans le cadre d'un précédent projet (Cloutier et coll., 2005). Ce choix a permis, d'une part, d'utiliser les résultats portant sur le recours aux agences privées et les mécanismes d'accueil et d'orientation du personnel d'agence documenté dans ce CLSC lors de la première étude. D'autre part, les gestionnaires du CLSC-pivot ont aidé l'équipe de recherche à entrer en contact avec les agences privées, un univers difficile à cerner et à pénétrer car il n'existe pas de liste nominale des agences existantes.

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

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

Cinq infirmières par agence ont été sollicitées pour participer à cette recherche. Finalement, cinq infirmières de l'agence 1 et trois infirmières de l'agence 2 ont accepté. Elles sont d'âge et d'expérience variés.

2.2 L'observation de l'activité de travail des infirmières d'agences

Une des forces de cette étude est d'avoir utilisé parmi les différentes méthodes de collecte de données privilégiées, l'observation de l'activité de travail des infirmières d'agences. Ceci est particulièrement difficile, et rarement fait à notre connaissance, dans un contexte de travail aussi

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

De plus, des séances de restitution auprès des infirmières participantes ont été réalisées afin de valider les résultats des analyses préliminaires et les hypothèses d'interprétation.

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

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

2.4 Comités de suivi et scientifique

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

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

déroulée en juin 2005, elle a principalement porté sur l'intégration de l'ensemble des résultats des différents projets réalisés sur les soins à domicile.

2.5 Portée et limites

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 1 : Description des unités d'analyse, des variables et des sources de données

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

10 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 - IRSST

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

3. CONTEXTE DU TRAVAIL INFIRMIER AU QUÉBEC

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

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

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

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

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

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

4. LE PORTRAIT DES DEUX AGENCES PARTICIPANTES

La présente étude a permis dans un premier temps de décrire le contexte d'affaire de deux agences privées offrant des services de soins infirmiers comparable en termes d'offre de service ainsi que la nature des relations qu'elles entretiennent avec leurs clients, les donneurs d'ouvrage. Elle permet aussi de contraster en profondeur l'organisation du travail de ces deux APSI en mettant en relief les choix de gestion de chacune d'elles relativement aux facteurs organisationnels suivants : critères de sélection à l'embauche, formation, horaires de travail et attributions des remplacements pour ne nommer que ceux-là. L'agence 1 se situe dans un processus de gestion de la qualité qui conduit la propriétaire à formaliser plusieurs aspects du travail contrairement à celle de l'agence 2 qui favorise plutôt une très grande souplesse. Ainsi, la gestionnaire de l'agence 1 signe un contrat précis avec les donneurs d'ouvrages qui couvre la demande de service mais également la formation devant être dispensée à son personnel de même que les pénalités encourus par le donneur d'ouvrage qui veut embaucher une de ses infirmières. L'agence 2 ne précise dans ses contrats que la rémunération, tous les autres aspects se discutent de façon informelle. De plus, à titre d'exemple, à l'agence 1 des contrats sont signés avec les infirmières, une assurance collective ainsi qu'un REER leur sont offerts, une disponibilité minimale est exigée d'elles, de la formation continue est fréquemment dispensée ce qui n'est pas le cas à l'agence 2.

En ce qui concerne la gestion de la SST, les données d'entrevues montrent que pour la gestionnaire de l'agence 1, il est très clair que le lien d'emploi se situe entre l'infirmière et l'agence et non entre l'infirmière et le donneur d'ouvrage. Ainsi, elle se dit la seule imputable en cas d'accident du travail d'une infirmière. La gestionnaire de l'agence 2 parle plutôt d'une responsabilité « tripartite » en termes de SST, partagée entre l'infirmière, le donneur d'ouvrage et l'agence. Elle évoque, à plus d'une reprise dans son discours, la présence d'une « zone grise » sur l'identification de l'employeur « réel ». Cependant, le discours des deux gestionnaires convergent pour signaler l'existence de zones floues de responsabilité car elles font très fréquemment allusion aux responsabilités des donneurs d'ouvrage qui ont à fournir un milieu de travail sain pour les infirmières d'agence.

Les analyses mettent en évidence une gestion plutôt négligente de la SST au sein de ces établissements et l'absence d'activité de prévention alors que les infirmières rencontrées rapportent être exposées au travail à différents types de risque. Les résultats tirés des réponses au questionnaire sur leur santé physique et psychologique corroborent ces propos : les répondantes rapportent dans une proportion importante la présence de douleurs à différents sites corporels qu'elles associent majoritairement au travail. De plus, 77% des répondantes disent ne pas se réaliser au travail ce qui constitue un résultat préoccupant même si le taux de réponse s'avère faible.

Au fur et à mesure que l'étude avançait, un modèle prenait forme afin de caractériser les liens existant entre les donneurs d'ouvrage, les APSI et le personnel infirmier d'APSI. Le résultat de ce processus itératif est discuté au chapitre 10 alors que l'analyse des données provenant de différentes sources montre, au chapitre 6, les effets de ces deux organisations différentes sur l'activité réelle de travail des infirmières d'agence.

5. PORTRAIT DES INFIRMIÈRES D'AGENCE

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

L'analyse concomitante des parcours professionnels et des parcours de santé des huit infirmières rencontrées en entrevues a mis en lumière la présence d'une usure physique ou psychologique chez la totalité des infirmières rencontrées : ceci constitue un résultat majeur. Cette forme d'accumulation peut les avoir conduites à remettre en question leur sécurité d'emploi dans le secteur public et ceci, afin de préserver leur santé en exerçant un contrôle sur leurs conditions de travail, ce que leur permet le travail en agence privée. Ainsi, la moitié des infirmières (4/8) ont présenté un épisode d'épuisement professionnel au cours de leur carrière et les trois infirmières qui ont occupé un poste de nuit dans un centre hospitalier (3/3) rapportent de la fatigue ou des troubles de sommeil chroniques ainsi que des problèmes de santé associés au sommeil.

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

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

Par ailleurs, rappelons que plusieurs infirmières ont dit opter pour le travail en APSI afin de concilier le travail et la vie familiale alors que pour d'autres, plus âgées, il s'agissait d'une forme de « pré-retraite » leur permettant de réduire le temps de travail sans l'obligation de se retirer complètement du métier. De plus, les infirmières mentionnent que leur polyvalence et leur expérience sont plus reconnues en agences privées que dans le réseau public. Soulignons que la

migration de « meilleures conditions de travail » vers le secteur privé est directement lié au contexte actuel de pénurie de la main-d'œuvre infirmière qui offre une certaine possibilité aux infirmières de négocier leurs conditions de travail compte tenu de la demande. La constance de ce contexte favorable aux infirmières, en termes de choix, n'est toutefois pas un absolu. En l'absence de cet avantage, les conditions de travail en APSI ne s'avèrent pas plus avantageuses que celles existantes au sein du secteur public.

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

6. LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET DE SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL DES INFIRMIERES D'AGENCE

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

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

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

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

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

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

7. LES HORAIRES DE TRAVAIL

La convergence des données quantitatives et des entrevues montre que :

- Les infirmières choisissent de travailler en agence pour la flexibilité des horaires. Cependant cela donne lieu à des compromis parfois coûteux en termes de charge de travail.
- Les horaires se stabilisent en fonction de l'expérience avec l'agence qui joue sur deux plans :
 - 1) expérience = préservation de soi;
 - 2) **et** expérience = aussi complicité avec les personnes qui attribuent les horaires.

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

- La charge importante des débutantes et leurs horaires non-stabilisés (en termes de nombre d'établissements et de services) peuvent s'expliquer de trois façons :
 - 1) Elles prennent tout ce qui passe, toutes les tâches et services difficiles, pour s'ajuster aux contraintes familiales et sociales (ex : besoin d'argent : «*ça fait toute la différence si tu as un conjoint*»);
 - 2) ET/OU elles prennent le plus de variété possible pour apprendre plus rapidement;
 - 3) ET/OU elles reçoivent tout l'éventail des corvées que les anciennes ne veulent plus faire.
- Il existe une compression des horaires avec le temps : cela permet de travailler moins de jours dans la semaine quitte à travailler plus d'heures. Cela a été observé en particulier chez une infirmière (prélèvement + vaccination) qui en parle comme d'une stratégie consciente de régulation pour concilier ses besoins financiers avec les besoins de ses enfants; cette flexibilité a un coût, postural notamment ainsi qu'en termes de fatigue.
- La flexibilité des horaires fonctionne comme facteur de protection majeur. Les gestionnaires en ont conscience, essaient d'organiser les horaires en conséquence et en font un facteur important d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre tout en prônant une régularité susceptible de consolider leurs clientèles.
- Cependant, pour garder leur horaire préféré, elles font parfois des compromis sur d'autres aspects de leur santé et de leur sécurité en termes d'augmentation et de densification de leur charge, notamment.
- Certains parcours de santé reflètent les effets néfastes pour la santé à long terme du travail de nuit : celles qui ont occupé des postes de nuit dans le secteur public souffrent de fatigue chronique et de troubles du sommeil et refusent désormais tout travail de nuit avec l'agence.

- Les infirmières s'absentent très rarement pour raison de maladie. Elles utilisent plutôt, quand elles le peuvent, une stratégie qui consiste à diminuer leur disponibilité pour prévenir ou compenser la fatigue.

La flexibilité des choix d'horaires en agence favorise la conciliation travail-famille davantage que les horaires de travail du réseau public.

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

Le travail des infirmières d'agence et celui des infirmières de SAD est différent bien qu'il y ait une partie commune, le soin technique. La charge de travail ne se situe pas au même niveau. Les infirmières d'agence disposent de moins de temps en moyenne par soin puisqu'elles ont à dispenser plus de soins en moyenne par jour que les infirmières de SAD. Elles vivent des contraintes plus importantes sur ce volet de leur travail dont elles parlent en entrevues. Au contraire, les infirmières de SAD ont à réaliser des tâches qui sont quasi absentes du travail des infirmières d'agence comme la gestion des routes, les suivis auprès des clients dont elles ont la responsabilité ce qui inclut les suivis des soins dispensés par les infirmières d'agence qui viennent les aider, les réunions professionnelles qui font partie intégrante du travail. La réalisation de ces tâches nécessite une heure de plus par jour en moyenne pour les infirmières de SAD (Cloutier et coll., 2005) ce qui conduit régulièrement à des dépassements du temps de travail normal.

On constate également que le travail réalisé par les infirmières d'agence est visible en ce sens qu'il est facturé par l'agence au CLSC contrairement au travail des infirmières du SAD qui comporte une forte portion invisible, comme nous l'avons montré dans une étude précédente (Cloutier et coll., 2005), puisqu'elle n'est pas consignée dans les statistiques officielles.

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

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

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

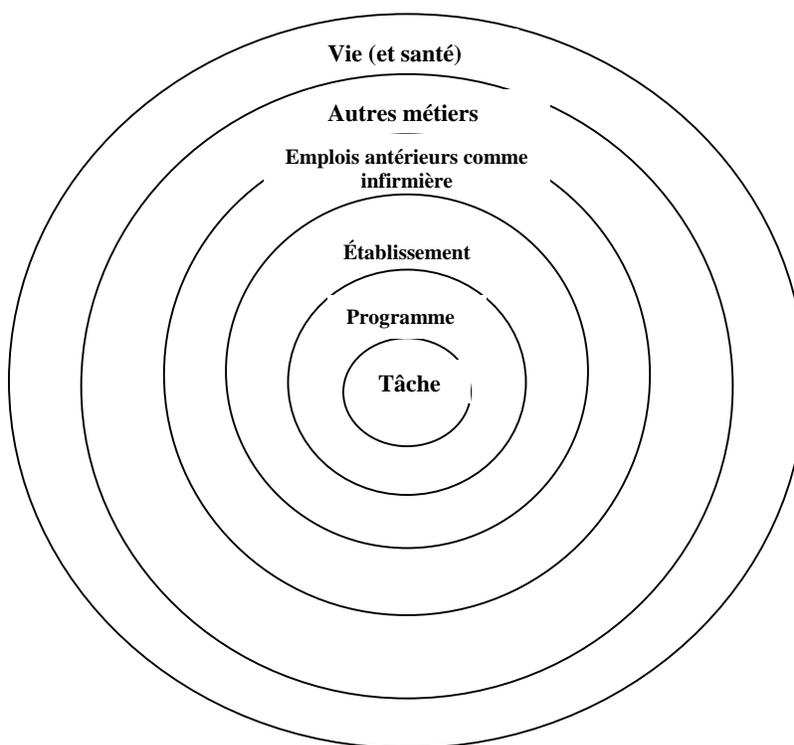
ces coûts sont occultés. De notre point de vue, ceci constitue un recul en termes des droits des personnes au travail.

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

9. LES SOURCES D'EXPÉRIENCE ET LA SST

Les infirmières d'agence puisent des connaissances au sein de diverses sources d'expérience élaborées antérieurement afin de réaliser leur activité de travail au sein d'un contexte de travail particulier ou de pratique particulière du métier. L'expérience se construit aussi au jour le jour. Il s'agit d'un processus dynamique qui va au-delà d'un simple transfert d'expérience car il implique une réflexion sur leur pratique infirmière. On peut parler d'une construction itérative de l'expérience du métier. Six sources d'expérience ont été identifiées. Les infirmières d'agence verbalisent clairement comment, en recourant à leurs expériences diverses, elles « récupèrent » des connaissances et des stratégies afin de réaliser leurs activités de travail qui sont très variées. La figure 1 illustre les six sources d'expérience identifiées dans ce projet. On parle ici de « sources » d'expérience mais il s'agit plutôt d'une forme de construction et de transfert d'expérience puisque les infirmières rencontrées réfèrent à des compétences, des connaissances ou des stratégies qu'elles ont élaborées dans un contexte et qu'elles appliquent dans leur pratique actuelle en APSI. On retrouve le transfert d'expérience : de la vie personnelle, d'autres métiers, d'emplois antérieurs comme infirmière, de différents établissements (milieux), d'un programme à l'autre et de la tâche.

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



Les infirmières développent aussi divers types de stratégie afin de pallier les lacunes présentes au sein de leur contexte de travail, de prévenir les incidents et de protéger leur santé et leur sécurité. En effet, il a été montré que le recours à ces sources d'expérience et à ces stratégies vise plus

d'un objectif : gain de temps, qualité du service, efficacité, sécurité de l'utilisateur mais aussi pour soi-même en termes de diminution de la charge cognitive ou physique.

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

10. DISCUSSION ET CONCLUSION

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

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

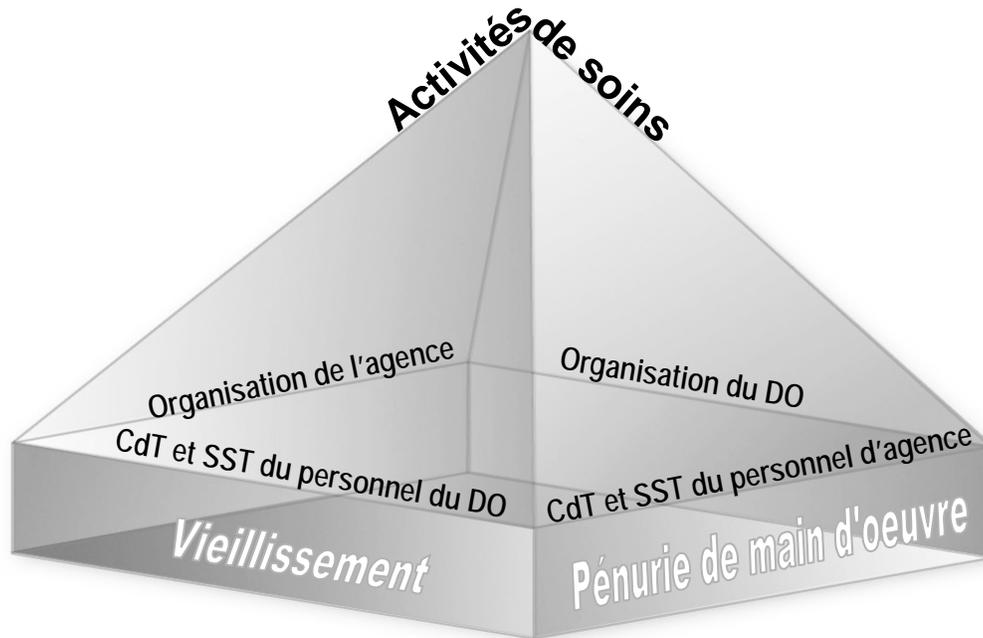
L'ensemble des résultats de cette étude exploratoire peut être schématisé dans un modèle présenté à la figure 2. Ce qui caractérise le contexte de l'activité de soin des infirmières est extrêmement déterminant et englobe celle-ci. En effet, la pénurie de main-d'œuvre infirmière se conjugue à une augmentation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

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

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

dernières ont cependant la tâche essentielle d'assurer la continuité des soins et services dispensés ce qui est un élément important de leur charge de travail.

Figure 2 : Impact du contexte et de la dynamique inter-organisationnelle sur les conditions de SST des infirmières d'agence et de celles du réseau public



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

- L'organisation du travail du SAD influence les conditions de travail et de SST non seulement de son personnel régulier mais aussi de celui qui a un statut occasionnel comme l'a montré une récente étude (Cloutier et coll. 2005);
- L'organisation du travail du SAD détermine aussi les conditions de travail et de SST du personnel d'agence qui est appelé à y travailler comme le montre les résultats de cette étude;
- L'organisation du travail du CLSC et celle de l'agence s'influencent mutuellement. Ainsi, plusieurs éléments sont négociés entre ces deux organisations dont les conditions d'accueil et de formation du personnel comme nous l'avons vu. Par contre, plusieurs composantes de l'organisation du travail demeurent indéterminées. C'est le cas de la gestion de certains problèmes de SST comme par exemple les cas de piqûres;
- L'organisation du travail de l'agence influence les conditions de travail et de SST de son personnel. Bien qu'étant organisées différemment, les agences observées partagent une même approche flexible du travail qui conditionne l'activité de son personnel. Cette étude a permis de montrer qu'il y a des modes d'organisation du travail en agence qui sont plus protecteurs pour le personnel infirmier. C'est celui de l'agence 1 qui tout en favorisant la flexibilité déploie une structure organisationnelle plus élaborée car, comme le souligne Akremi et coll. (2004), « la flexibilité associe paradoxalement changement et stabilité »;
- L'organisation du travail de l'agence influence aussi, bien que moins directement, les conditions de travail et de SST du personnel régulier du CLSC. En effet la qualité de l'encadrement et de la sélection du personnel de l'agence joue un rôle sur la qualité du travail effectué. Cela se répercute sur le personnel régulier du CLSC qui est responsable des suivis médicaux et de la continuité des soins;
- Finalement les personnels de CLSC et des agences sont confrontés à l'écart de leurs conditions de travail puisque ces deux groupes se côtoient et/ou travaillent auprès des mêmes clientèles.

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

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

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

de responsabilité des deux établissements pose souvent problème en termes de prévention notamment.

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

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

Les horaires de travail et plus particulièrement le choix de ces horaires est un facteur déterminant du passage au travail en agence par les infirmières. Par exemple, trois infirmières interviewées sur huit ont eu des problèmes de santé associés aux horaires de nuit dans le réseau public et refusent désormais ce type d'horaire. Mais malgré cela, plus de 20% de celles qui ont répondu au questionnaire se déclarent disponibles pour travailler la nuit, *quand cela leur convient* : le travail de nuit est donc considéré différemment selon qu'il est choisi ou imposé. Bien qu'il existe une grande variation du nombre d'heures travaillées d'une journée à l'autre, les infirmières d'agence tendent, au fil du temps, à stabiliser le nombre d'heures de travail par semaine et à comprimer leurs horaires dans moins de jours dans la semaine afin de se libérer les autres jours. Même si certaines infirmières travaillent de très longues heures, le fait qu'elles choisissent leurs horaires est déterminant pour leur satisfaction au travail et aussi pour leur santé. Cette possibilité de choix est en effet un des éléments de l'indice de latitude décisionnelle dont on sait qu'il a un impact positif sur la santé (Bourbonnais et coll., 2001). L'analyse des données de la troisième Enquête européenne sur les conditions de travail (n = 21 505) a aussi démontré tout récemment que *«the individual-oriented flexibility was associated to better health conditions than the company-based one»* (Costa et al., 2004; Costa & Sartori, 2005) : en Europe, tant chez les salariés que chez les travailleurs autonomes, l'absence de souplesse dans le choix des horaires s'avérait être le facteur

le plus important pour expliquer l'insatisfaction au travail, la fatigue générale, l'irritabilité, les maux de tête et d'estomac, l'anxiété, les maladies cardiaques et surtout la sensation de «*not being able to do the same job when 60 years old*». Chez les infirmières d'agences québécoises, les résultats reflètent aussi les différentes étapes du cycle de vie : elles quittent les contraintes du réseau public et choisissent de travailler en agence pour protéger leur santé et se ménager des marges de manœuvres qu'elles utilisent pour concilier le travail et leur famille quand elles sont jeunes et pour durer en emploi quand elles vieillissent. Les plus âgées se protègent en se distanciant du travail affectivement en réduisant leur temps de travail et en refusant de faire du temps supplémentaire. On voit comment la latitude dans le choix des horaires favorise la préservation de la santé du personnel en lui fournissant des marges de manoeuvre. Cette question doit être considérée sous l'angle d'un processus car tout au long de leur vie professionnelle, les besoins des infirmières changent. Ces résultats appellent une gestion souple des temps de travail par les organisations et une prise en compte des cycles de vie en matière de recherche sur la santé et la sécurité au travail.

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

Les observations réalisées ont aussi montré que des rôles de responsabilité de supervision et de gestion sont parfois confiés à du personnel d'agence, personnel qui a un statut précaire par définition. Les analyses ont permis de révéler l'aberration d'une situation où une infirmière appelée à travailler au service de prélèvement sanguin et ayant un statut précaire était responsable de personnel régulier et devait entraîner son successeur. Cette cohabitation de personnel de différents statuts dans l'entreprise constitue de la «*précarité intensive*» (Goudswaard et coll., 2002). Cette forme de précarité est décrite par ces auteurs de la façon suivante : dans une même entreprise, sans qu'il y ait de différence objective dans les conditions de travail et la nature des tâches, un fossé se développe entre employés permanents et temporaires (ou à temps partiel et à temps plein) en termes de sécurité d'emploi, d'accès à la

formation et au perfectionnement, de rémunération, de choix d'horaire et de perspective de carrière. Les travailleurs temporaires sont assignés aux horaires les plus défavorables, ont peu de perspective d'avancement et sont moins bien payés. La plupart de ces remarques s'appliquent aux infirmières d'agence sauf celles du choix d'horaire et dans une moindre mesure la rémunération si on ne considère pas les avantages sociaux¹. Ce genre de situation nous amène à nous poser la question suivante : comment le donneur d'ouvrage peut-il se retrouver dans une telle désorganisation ?

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

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

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

¹ Si on considère le taux horaire sans regarder les avantages sociaux, les infirmières d'agence semblent avantagées. Cependant, comme elles ne disposent pas la plupart du temps de tous les avantages sociaux des infirmières du réseau public (vacances payées, régime de retraite, assurance, etc.), cet avantage en termes de rémunération est relatif.

bénéficient rarement de cet apport du collectif de travail et s'appuient essentiellement sur leur expérience comme nous l'avons montré.

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

10.3 Les conditions réelles de SST des infirmières d'agence

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

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

baisse étonnante du nombre de lésions professionnelles *déclarées* dans les statistiques officielles. Le paradoxe n'est qu'apparent. Il peut s'expliquer, en partie du moins, par l'expansion du recours à la sous-traitance qui noie les risques compensables visibles. En outre, les travailleurs contractuels temporaires doivent constamment se trouver du travail et ils n'ont donc pas intérêt ni à s'arrêter pour se soigner, ni à se plaindre trop bruyamment et trop souvent. La sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles par les travailleurs précaires est un phénomène important, qui est maintenant bien documenté tel que mentionné précédemment (Lippel, 2001; Quinlan et Mayhew, 1999).

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

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

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

10.4 Parcours professionnel, parcours de santé et compromis

Un des résultats importants de cette étude est la mise en évidence des parcours professionnels très riches des infirmières d'agence. Celles-ci ont toutes, à l'exception d'une seule, travaillé dans

le réseau public de santé avant de décider de se tourner vers le privé. Elles mentionnent plusieurs raisons pour justifier ce choix. Les principales sont : la possibilité de choisir leurs horaires et les milieux où elles vont travailler, la plus grande facilité de concilier le travail et la vie familiale ainsi que la possibilité de faire reconnaître leur expérience de la pratique par opposition au diplôme. De plus, la totalité des infirmières interrogées ont parlé de problèmes divers face au travail dans le réseau public de santé : « supplantation » fréquente, choc de valeurs, non reconnaissance, travail de nuit et de fin de semaine, remaniements organisationnels constants sans aucune consultation.

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

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

pas de soutien social au travail, élément positif pour prévenir les problèmes de santé mentale (Bourbonnais et coll., 2005).

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

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

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

10.5 Développement méthodologique

Cette étude a conduit à des développements méthodologiques qui constituent également des résultats importants. Deux d'entre eux sont abordés ici. Nous tenons aussi à aborder une difficulté méthodologique importante.

D'une part, l'analyse des incidents a permis d'identifier des dysfonctionnements organisationnels critiques en termes de SST. Ceci est d'autant plus intéressant qu'il s'agit de milieux de travail où aucun problème de SST n'est officiellement déclaré. L'analyse de ce type d'événement fournit des pistes de transformation utiles pour la prévention. Les réponses aux questionnaires de symptômes musculo-squelettiques et de santé psychologique constituent une autre source de données utile.

L'autre développement concerne la construction et la mise en parallèle des parcours professionnels et des parcours de santé à l'aide d'entrevues et de séances de restitution. Ces parcours révèlent des éléments essentiels en termes de SST. D'une part, un versant positif, a trait à la construction et au transfert d'expérience et, d'autre part, un versant négatif renvoie à l'usure.

La conjonction de ces deux facettes ne ressort pas spontanément du discours des infirmières d'agence. Ils apparaissent principalement lors des séances de restitution qui permettent une validation des premières analyses.

Finalement, nous voulons revenir sur la difficulté de pénétrer ce type de milieu que sont les agences privées de soins à domicile pour faire de la recherche. Comme nous l'avons vu, ces entreprises sont très soucieuses du secret d'affaire. De plus, il y existe un roulement de personnel qui rend difficile un travail de suivi. Étudier la réalité des conditions d'emploi, de travail et de SST de ce personnel ayant un statut d'emploi précaire constitue donc un défi en soi. Ceci demande beaucoup de temps et de persévérance de la part de l'équipe de recherche. De nouvelles approches méthodologiques devront aussi être développées.

10.6 Conclusion

En conclusion, les infirmières d'agence semblent subir moins de problèmes de SST que celles du réseau public de santé. Cette étude montre que ce n'est qu'une apparence car plusieurs événements accidentels ne sont pas déclarés. Ils sont liés à certains facteurs organisationnels qui dépendent de l'agence ainsi que du donneur d'ouvrage. Ce sont les infirmières qui prennent personnellement leurs problèmes en charge et en assument les coûts. La prise en charge par les agences de la prévention de ce personnel est minimale dans une logique de flexibilité maximale. Cette étude montre aussi que le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre infirmière avantage grandement les infirmières d'agence en leur permettant de refuser certaines situations de travail qu'elles ne veulent pas accepter. C'est donc une forme de précarité très particulière qui peut s'apparenter à celle vécue par certains métiers à haut degré de qualification dont les compétences sont très en demande actuellement, des professions pour lesquelles le marché est apparemment libre et où les professionnels recherchés deviennent en quelque sorte entrepreneurs: professeurs d'université enseignant des disciplines de pointe utiles à l'entreprise privée, ingénieurs en aéronautique, informaticiens, travailleurs des multimédia et de manière plus générale, ce que Tremblay appelle les «carrières nomades» (2003). Si les conditions de pénurie de main-d'œuvre infirmière venaient à changer, il est fort probable que les avantages vécus aujourd'hui en termes de choix d'horaire et de milieu n'existeraient plus. De plus, la plupart des infirmières d'agence sont expérimentées et elles disposent d'une mine de savoir-faire provenant de différentes sources qu'elles mettent au service des agences qui semblent plus reconnaître cette expérience pratique que ne le fait le réseau. L'expérience est probablement un atout indispensable pour travailler en agence car la prestation de service demandée à l'infirmière est caractérisée par une très grande variabilité en termes de milieu, de soins et d'organisation des donneurs d'ouvrage. Ce travail nécessite une grande capacité d'adaptation, d'autonomie et beaucoup de savoir-faire de métier. Les infirmières d'agence sont des personnes qui ont eu des parcours professionnels riches et diversifiés. Ce sont également des personnes abîmées par leur travail qui choisissent de quitter le réseau public pour se protéger. Cependant, ce choix comporte des compromis qui ne sont pas sans coût pour leur santé physique et psychique. Mais ces coûts ne s'évaluent qu'à long terme. Enfin, cette étude illustre bien que dans un monde du travail de plus en plus dominé par la recherche de la flexibilité maximale en termes d'emploi et d'effectif, il n'est plus possible de s'intéresser aux conditions d'emploi, de travail et de SST du personnel sans tenir compte de la multiplicité des statuts d'emplois qui cohabitent, se côtoient et sont inter-reliés dans les entreprises. Comme le suggère Goudsward et coll. (2002), pour comprendre les problèmes de

SST des différents personnels, la recherche doit approcher cette nouvelle réalité du travail en tenant compte de ces réseaux d'entreprises de différents types qui sont dépendants les uns des autres. C'est une approche de recherche à renouveler. À cet égard, la présente étude a utilisé des méthodes et des approches qui s'avèrent prometteuses.

11. PISTES D'ACTION ET DE RECHERCHE

Nous terminons en donnant quelques pistes d'action et de recherche à poursuivre sur cette problématique. Ce n'est bien sûr pas un inventaire exhaustif, mais les principaux thèmes qui ressortent.

En premier lieu, il convient de souligner à nouveau le manque de données fiables concernant la population de travailleurs précaires de divers statuts ainsi que leurs problèmes de SST. Ces données permettraient de bien estimer le niveau de risque réel de problèmes de SST auquel cette population est confrontée ce qui n'est actuellement pas possible. Ces données devraient couvrir la main-d'œuvre, les lésions professionnelles et tous les autres types d'absence du travail.

Des enquêtes sur les conditions de travail touchant l'ensemble de la population des travailleurs seraient également fort utiles puisqu'elles permettraient de situer la réalité des travailleurs précaires par rapport à celle de personnel ayant d'autres statuts d'emploi. De plus, elles permettraient de faire des comparaisons pour différents emplois.

En ce qui concerne la gestion de la SST, cette étude montre que plusieurs zones de flou existent en ce qui a trait aux rôles et aux responsabilités des donneurs d'ouvrage et des agences. D'autres études interdisciplinaires sont donc nécessaires pour approfondir cette dynamique complexe.

Cette recherche montre l'existence de mécanismes de préservation de la santé qui sont assumés par les infirmières : elles s'absentent souvent sans salaire lorsqu'elles sont fatiguées ou blessées. Il faudrait poursuivre l'investigation de cet aspect de la réalité de travail du personnel précaire afin de quantifier les coûts réels, visibles et invisibles, qu'il représente pour les travailleurs. Ceci est d'autant plus important que les transformations actuelles des milieux de travail favorisent de plus en plus la flexibilité à l'initiative des employeurs.

Le roulement de personnel est un indicateur des difficultés rencontrées au travail par les infirmières d'agence. Il constitue probablement une stratégie d'évitement pour se protéger d'éventuels problèmes de SST. Des études longitudinales suivant les parcours de plusieurs infirmières d'agence permettraient d'éclaircir les conséquences sur la santé des conditions d'emploi et de travail qu'elles vivent en agence.

La comparaison entre deux agences de soins infirmiers a montré que certaines formes d'organisation du travail préservent plus la SST du personnel que d'autres. Il faudrait poursuivre cette comparaison de différents modèles de gestion afin d'approfondir les relations fines entre des facteurs organisationnels et la SST du personnel d'agence.

Il semble que pour se protéger de l'épuisement professionnel, les infirmières d'agence construisent une distance par rapport à la clientèle et au collectif de travail ce qui a comme conséquence un certain appauvrissement du métier. Quelles sont les conséquences à moyen et long terme de cette stratégie de protection ?

L'importance du phénomène d'usure, physique, mentale et psychique que révèle cette étude, chez les infirmières du réseau public de la santé, mérite un examen plus approfondi. Ce résultat questionne sur les mécanismes qui pourraient être mis en place pour préserver la main-d'œuvre

jeune qui entre en emploi et celle qui est usée. Plus particulièrement, on peut aussi se demander s'il n'y aurait pas une forme d'usure psychique particulière aux emplois en relation de service avec l'âge, une usure qui se développerait plus vite après avoir subi des problèmes de santé psychologique. Ceci mérite d'être investigué face à l'avance en âge de la main-d'œuvre infirmière actuellement en place dans le réseau public de la santé.

Nos résultats montrent que les infirmières d'agence de soins sont relativement âgées et expérimentées. Ils démontrent aussi l'importance de l'utilisation par les infirmières d'agence de différentes sources d'expérience qu'elles ont bâties dans le réseau public et qu'elles transfèrent à leur pratique actuelle. Ils montrent aussi le rôle protecteur de ces transferts d'expérience. Ceci nous amène à nous poser les questions suivantes : est-il possible pour des infirmières novices de travailler en agence tout en préservant leur santé ? Comment transmettre les savoir-faire protecteurs des infirmières expérimentées aux infirmières novices ?

Nos résultats montrent aussi l'importance de la latitude décisionnelle et de la reconnaissance pour la SST des infirmières. Ces concepts sont utilisés par plusieurs équipes de recherche à travers le monde. Or, nous avons vu que le personnel fait toujours des compromis qui ont aussi des conséquences sur leur SST. Ces éléments de compromis devraient être intégrés dans la recherche sur la santé mentale au travail afin de mieux comprendre leur portée et leur limite.

Quant à la question de l'organisation des horaires, elle doit être considérée sous l'angle d'un processus évolutif, car tout au long de leur vie professionnelle les besoins des infirmières changent. Les résultats appellent une gestion souple des temps de travail par les organisations et une prise en compte des cycles de vie en matière de recherche sur la santé et la sécurité au travail.

Enfin, aborder la problématique des liens entre la flexibilité et la SST nécessite le développement de nouvelles méthodologies, de nouveaux outils d'investigation et une distinction entre flexibilité à l'initiative de l'employeur ou du travailleur (Costa et Sartori, 2005). Revenons sur ce qui est mentionné précédemment par Goudsward et coll. (2002). Ce sont des groupes d'entreprises, de sous-traitants, de fournisseurs d'employés ayant différents types de contrat et de conditions de travail qui devront être examinés car les conséquences sur la SST de ces différents personnels ne sont pas les mêmes. D'autres recherches sont nécessaires dans différents secteurs d'activité économique.

Cependant, nous voulons revenir ici sur la difficulté de faire de la recherche sur cette problématique. Comme nous l'avons vu dans cette étude, la main-d'œuvre est assez volatile et la concurrence entre les différentes agences étant forte, les propriétaires hésitent à dévoiler des informations sur leurs modes d'organisation du travail et de gestion de la SST. Les recherches utilisant des méthodologies par entrevues et observations sont difficiles à réaliser bien que fort utiles en termes de retombées pratiques. Il faudra développer de nouvelles façons de percer ces milieux de travail car la recherche y est importante au vu de nos résultats sur la sous-déclaration des problèmes de SST. Ces populations de travailleurs sont à risque et méritent que des mesures de prévention leur soient destinées.

12. RÉFÉRENCES

- 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.
- Bourbonnais R., Gauthier N., Vézina M., Viens C., Durand P.J., Brisson C., Alderson M., Bégin P., Ouellet J.-P. (2005). Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail. *PISTES*, Vol 7 No 2, www.pistes.qc.ca
- Bourbonnais, R., Vézina, M., Durand, P.J., Lavoie-Tremblay, M., Viens, C., Vinet, A., Brisson, C., Dicaire, L., Bégin, P., Ouellet, J-P., Levesque-Boudreault, D., Gauthier, N., (2001). *Portrait global de l'environnement psychosocial au travail et la santé des intervenant(e)s en maintien à domicile de quatre CLSC de la région de Québec*. Rapport d'intervention.
- Bourget-Devouassoux J., Volkoff S. (1991). Bilan de santé des carrières d'ouvriers. *Économie et statistiques*, 242, 83-93.
- Carpentier-Roy M.-C., Vézina M. (2000). *Le travail et ses malentendus : enquêtes en psychodynamique du travail au Québec*. Éditions Octares, Toulouse.
- Charest J., Zallama F. (2006). Portrait d'ensemble du marché de la main-d'œuvre infirmière au Québec in *Étude descriptive des conditions d'emploi, de travail et de santé et de sécurité du travail des infirmières d'agence privée dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre*, rapport IRSST, pp. 209-250.
- Cloutier E. (1994). The Effect of Age on Safety Work Practices among Domestic Trash Collectors in Québec. *Safety Science*, 17, 291-308.
- Cloutier E., David H., Teiger C., Prévost J. (1998). *Santé, sécurité et organisation du travail dans les emplois de soins à domicile*. Montréal, IRSST, R-202.
- Cloutier E, David H, Ledoux E, Bourdouxhe M, Teiger C., Gagnon I, Ouellet F. (2005). Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des AFS et des infirmières des services de soins à domicile, RR 429, IRSST, 266 p.
- Cognet, M. (2002). Les enjeux de territoires et d'identités dans le travail des auxiliaires familiaux et sociaux des centres locaux de services communautaires du Québec. *Sciences sociales et santé*. 20(3), 37-62.
- Costa G, Sartori S (2005). Influence of Flexibility and Variability of Working Hours on Health. Balancing Interests: 17th International Symposium on Shiftwork and Working Time. Hoofddorp, The Netherlands, 18-22 September 2005. Book of abstracts, p 41.

- Costa G, Akerstedt T, Nachreiner F et al. (2004). Flexible Working Hours, Health and Well-Being in Europe: some Considerations from a SALTSA Project. *Chronobiology International*, 21:6, 831-844.
- David H., Bigaouette M. (1989). Inaptitude au travail et prises de retraite chez les ouvriers d'une grande municipalité. *Le travail humain*, tome 52, no 2, 131-146.
- David, H., Volkoff, S., Cloutier, E. Derriennic, F. (2001). Vieillesse, organisation du travail et santé. *Pistes*, www.unites.uqam.ca/pistes, 3 (1).
- David, H., Cloutier, E., La Tour, S. (2004). *Le recours aux agences privées d'aide à domicile et de soins infirmiers par les services de soutien à domicile des CLSC*. IRSST, Études et recherches, Rapport R-346, 130 pages, Montréal.
- Dejours C. (2000). Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Paris, Bayard.
- Denton M., Zeytinoglu I., Davies S. (2003). Organizational Change and Health and Well-Being of Home Care Workers. SEDAP Research paper no. 110, 130 p.
- Direction générale du personnel réseau et ministériel (2005). Mise à jour des données statistiques sur l'assurance salaire, Gouvernement du Québec, 34 p.
- Duguay P., Hébert F., Massicotte P. (2003). Les indicateurs de lésions indemnisées en santé et en sécurité du travail au Québec : analyse par profession en 1995-1997, R 332, IRSST, 2227 p.
- Gaudart C., Weill-Fassina A. (1999). L'évolution des compétences au cours de la vie professionnelle : une approche ergonomique. *Formation Emploi*, vol. 67, pp. 47-62
- Gonon O. (2003). Des régulations en lien avec l'âge, la santé et les caractéristiques du travail : le cas des infirmières d'un centre hospitalier français. *Pistes*, www.unites.uqam.ca/pistes, 5 (1).
- 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.
- Lippel, K. (2001). Face aux conséquences de la flexibilisation de l'emploi : les solutions juridiques et leurs limites. In Bernier, J., R. Blouin, G. Laflamme, F. Morin et P. Verge (Eds.) *L'incessante évolution des formes d'emploi et la redoutable stagnation des lois du travail*. Presses de l'Université Laval, Sainte-Foy, pp.45-53
- 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

- Ministère de la santé et des services sociaux (2005). L'invalidité pour cause de troubles mentaux chez le personnel du réseau de la santé et des services sociaux. Gouvernement du Québec,
- Quinlan, M., Mayhew, C., Bohle, P. (2001). The Global Expansion of Precarious Employment, Work Disorganization, and Consequences for Occupational Health: a Review of Recent Research. *International Journal of Health Services*, 31(2):335-414.
- Quinlan, M., Mayhew, C. (1999). Precarious Employment and Worker's Compensation. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22:491-520.
- Rebitzer, J.B. (1998). Job Safety and Contract Workers in the Petrochemical Industry. In Barker, K. and K. Christensen (Eds). *Contingent Work: American Employment Relations in Transition*. Ithaca, NY, Cornell University Press, pp. 263-280.
- Seifert A.-M., Messing K. (2004). Écouter et voir dans un monde technique : effets de la discontinuité des horaires sur l'activité de travail des infirmières. *Pistes*, www.unites.uqam.ca/pistes, 6 (1).
- 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. <http://www.etuc.org/tutb/fr/Saltsa/thebaud-fr.pdf>
- Tremblay, D.-G. (2003, à paraître). Nouvelles carrières nomades et défis du marché du travail : une étude dans le secteur du multimédia. *Revue de carriérologie*. Vol. 9 no 2, Québec : PUQ.
- Vézina, M., Vinet, A., Brisson, C., (1989). Le vieillissement prématuré associé à la rémunération au rendement dans l'industrie du vêtement. *Le travail humain*, vol 52, no 3, p. 203-212.
- Yin R. K. (1994). *Case Study Research. Design and Methods*. Los Angeles: Sage Publications.