

2024

Recherche-action visant le développement d'un modèle d'intervention préventive en SST par et pour les préposés aux bénéficiaires en CHSLD

Nathalie Jauvin

Institut national de santé publique du Québec

François Aubry

Université Laval

Francis Etheridge

Université du Québec en Outaouais

Isabelle Feillou

Université Laval

Éric Gagnon

VITAM - Centre de recherche en santé durable

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

Jauvin, N., Aubry, F., Etheridge, F., Feillou, I., Gagnon, É., Freeman, A., . . . Truchon, M. (2024). *Recherche-action visant le développement d'un modèle d'intervention préventive en SST par et pour les préposés aux bénéficiaires en CHSLD* (Rapport n° R-1201-fr). IRSST. <https://doi.org/10.70010/NKUP8051>

Ce document vous est proposé en libre accès et gratuitement par PhareSST. Il a été accepté pour inclusion dans Rapports de recherche scientifique par un administrateur autorisé de PhareSST. Pour plus d'informations, veuillez contacter pharesst@irsst.qc.ca.

Auteurs

Nathalie Jauvin, François Aubry, Francis Etheridge, Isabelle Feillou, Éric Gagnon, Andrew Freeman, Nancy Côté, Caroline Biron, Mariève Pelletier, Saliha Ziam, and Manon Truchon

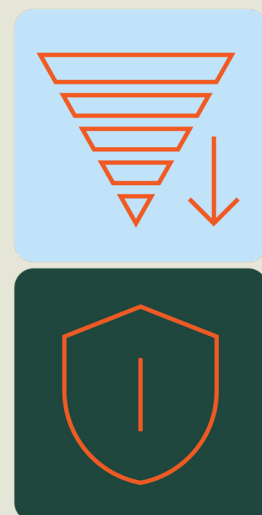
Recherche-action visant le développement d'un modèle d'intervention préventive en SST par et pour les préposés aux bénéficiaires en CHSLD

Nathalie Jauvin¹, François Aubry³, Francis Etheridge²,
Isabelle Feillou³, Éric Gagnon⁴, Andrew Freeman^{3,4},
Nancy Côté^{3,4}, Caroline Biron³, Mariève Pelletier³,
Saliha Ziam⁵, Manon Truchon³

Avec la collaboration de :

Raphaëlle Bruyère^{1,3}, Jérémie Gagnon²,
Edith Villamil¹

R-1201-fr



¹ Institut national de santé publique du Québec, ² Université du Québec en Outaouais, ³ Université Laval,

⁴ VITAM – Centre de recherche en santé durable, ⁵ Université TÉLUQ



NOS RECHERCHES travaillent pour vous!

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.

Mission

Dans l'esprit de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST) et de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP), la mission de l'IRSST est de : Contribuer à la santé et à la sécurité des travailleuses et travailleurs par la recherche, l'expertise de ses laboratoires, ainsi que la diffusion et le transfert des connaissances, et ce, dans une perspective de prévention et de retour durables au 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 CNESST (preventionautravail.com)
- au bulletin électronique InfoIRSST

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024
ISBN 978-2-89797-302-5 (PDF)

<https://doi.org/10.70010/NKUP8051>

© Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 2024

IRSST — Service des communications
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec) H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca

Note au lecteur

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

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

Cadre de référence pour la recherche en SST



Prévention des atteintes à l'intégrité physique et psychique



Réadaptation, retour et maintien au travail



Surveillance et prospection des données en SST



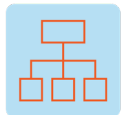
Identification des dangers, estimation et évaluation des risques



Élimination des dangers et maîtrise des risques



Métrologie appliquée à la SST



Organisation du travail



Santé mentale et psychologique



Population, société et SST

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent d'abord à remercier tous les employés des trois centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) qui ont participé à un moment ou à un autre à ce projet de recherche-action. Sans leur implication, ce projet n'aurait pu être réalisé, et ce particulièrement dans un contexte marqué par une crise sanitaire majeure.

Des remerciements sincères sont aussi adressés à tous ceux qui ont pris le temps de s'engager dans les différentes phases de la recherche en acceptant de participer à l'une ou l'autre des étapes de la collecte de données.

Ces travaux n'auraient pas été possibles sans le soutien financier de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). Nous souhaitons notamment souligner la marge de manœuvre octroyée à l'équipe de recherche afin de procéder aux aménagements nécessaires pour poursuivre les travaux, malgré le contexte de pandémie de la COVID-19 qui s'est invité alors que la recherche n'en était qu'à sa première phase.

Enfin, soulignons également la participation de plusieurs étudiantes à différentes étapes de la recherche : Élie Côté-Bernard, Emmanuelle Jolin, Rose-Marie Poulin.

SOMMAIRE

Contexte

Ce rapport a pour objectif de présenter les résultats d'une recherche-action visant le développement d'un modèle d'intervention préventive en santé et sécurité du travail (SST) par et pour les préposés aux bénéficiaires (PAB) dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du Québec. Les PAB sont au cœur des soins prodigués dans les milieux gériatriques. Malheureusement, l'augmentation du nombre de blessures et l'accentuation des problématiques de santé psychologique subies par ce personnel depuis quelques années fragilisent leur situation, ce qui se prouve en termes de faible rétention et de fort absentéisme chronique de ce personnel. Ce projet, qui est issu au départ d'une demande du milieu, visait à implanter une démarche d'intervention dans trois CHSLD du Québec, en nous inspirant d'autres études menées dans d'autres types d'organisation, comme les centres jeunesse.

Revue de littérature

La littérature scientifique nous enseigne que la participation des travailleurs au développement et à l'implantation de programme de prévention de la SST est une condition clé de leur succès, et ce préférablement à une intervention unilatéralement « classique » davantage axée uniquement sur la formation du personnel. Néanmoins, les CHSLD ne sont pas reconnus comme des milieux innovants, dans lesquels les PAB peuvent participer activement au développement des programmes de formation qui les concerne. La participation des PAB à une intervention préventive en SST, même si elle leur est destinée, apparaît comme un défi particulièrement important et difficile à relever.

Objectifs

L'objectif principal de cette recherche-action consistait à développer des modalités d'interventions préventives innovantes en matière de SST portées principalement par les PAB en CHSLD, afin d'en tirer des connaissances généralisables à d'autres milieux. Nos objectifs spécifiques visaient à : 1) cerner, dans les CHSLD, les facteurs de risque ainsi que les facteurs de protection présents ; 2) documenter et évaluer un processus mené « pour et par des PAB » qui vise à réduire les contraintes ciblées dans chaque milieu ; 3) documenter et évaluer le processus d'implantation de ces mesures ainsi que la participation des PAB dans la mise en place de la démarche ; 4) documenter les effets attendus des interventions proposées au sein des groupes de soutien à l'intervention (GSI) ; 5) dresser un inventaire des conditions (dimensions contextuelles et organisationnelles) favorables ou défavorables à l'implantation d'une intervention préventive misant sur la participation des préposés aux bénéficiaires.

Cadre d'intervention

L'étude a pris la forme d'une recherche-action. Selon cette approche, c'est principalement par l'action que l'on peut générer des connaissances scientifiques pour comprendre et changer la réalité sociale des individus et des systèmes, donc d'organisations telles que les CHSLD. Dans cette perspective, la théorie découle donc de l'action. Dans le cadre d'une recherche-action, on vise notamment à garantir que l'objet réponde à la fois aux problèmes pratiques des membres de l'organisation ainsi qu'aux préoccupations théoriques de recherche. Aussi, nous nous sommes appuyé sur le cadre proposé par Goldenhar *et al.*, (2001) pour élaborer la démarche d'intervention. Il s'agit d'un modèle en 3 phases : le développement (l'identification a priori des risques ciblant des priorités sur lesquelles agir), l'implantation (l'implantation d'une intervention cohérente avec ces cibles via un GSI) et l'évaluation de l'intervention (l'étude de l'efficacité de l'intervention).

Méthodologie

Notre processus méthodologique a suivi le cadre d'intervention précité, soit trois phases de recherche-action : le diagnostic (phase I), l'intervention (phase II) et l'évaluation (phase III), et ce, dans trois CHSLD différents. Mentionnons que nous avons rajouté une phase d'entrevues, à la suite de la pandémie de la COVID-19 (phase I-B). Nous avons réalisé un total de 50 entrevues, soit 36 lors de la phase I (trois sites) et 21 en phase I-B. Nous avons réalisé également des heures d'intervention dans le cadre de la phase II, afin de développer les GSI. Lors des phases II et III, 15 informateurs clés ont été rencontrés sur une base individuelle et volontaire, et ce dans les deux CHSLD où ont été implantés des GSI. Notons que la pandémie a considérablement freiné notre projet et limité la portée de notre action. Il a été décidé, à la suite de la phase I-B, qu'un CHSLD serait supprimé de notre projet, tant les enjeux de recrutement pour les entrevues (phase I-B) et GSI (phase II) semblaient complexes.

Résultats

Les résultats de la phase I et I-B mettent de l'avant, dans les trois milieux, des facteurs de risque et des facteurs de protection relatifs à la charge de travail, au manque de soutien des collègues ou des supérieurs, à la faible reconnaissance et à la faible autonomie décisionnelle. Ce diagnostic a permis de préciser certaines pistes d'action pour les deux CHSLD participant à la phase II. Nous présentons ces pistes, de même que le processus complexe par lequel nous avons pu (ou non) développer des innovations organisationnelles dans les milieux. Dans le CHSLD du Hameau, quatre mesures ont été retenues (p. ex. : procéder à un exercice de clarification des rôles, des tâches partagées). Au CHSLD du Parvis, quatre mesures ont été aussi retenues (p. ex. élaborer un plan de contingence sur les unités). En guise d'évaluation, nous présentons plusieurs conditions gagnantes et défis identifiés par les acteurs des milieux interrogés.

Discussion

Notre projet a permis de documenter la complexité de développer des projets participatifs en CHSLD, notamment lorsqu'ils visent les PAB. Un premier facteur de complexité porte sur la structure hiérarchique même de l'organisation, qui donne peu de place et de pouvoir aux PAB, alors même que cette catégorie d'emploi est centrale en CHSLD. Un second facteur a trait à la fragilité importante de ces processus d'innovations lorsque des contraintes extérieures entravent ou bouleversent les pratiques quotidiennes. Certaines contraintes peuvent être importantes et de courte durée (comme la pandémie de la COVID-19), mais d'autres sont relativement récurrentes et fragilisent tout autant le même processus (manque de main-d'œuvre ponctuelle, épidémie d'influenza, visites de qualité, etc.). Des facteurs de soutien sont identifiés, comme l'engagement structuré de l'ensemble de l'organisation envers le projet (des hautes directions comme SAPA aux gestionnaires immédiats), la composition rigoureuse du comité chargé de développer et d'implanter les mesures proposées et le développement d'une perspective de pérennisation à moyen et long terme.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. ÉTAT DES CONNAISSANCES	8
1.1 Originalité scientifique du projet	8
1.1.1 Le développement d'interventions préventives destinées aux préposés aux bénéficiaires	8
1.1.2 Des modèles d'intervention inspirants	9
1.2 Énoncé de la problématique	10
1.2.1 Deux dimensions à retenir : des interventions globales et participatives	10
1.2.2 Un enjeu central, la participation des PAB	11
2. OBJECTIFS DE RECHERCHE	12
3. MÉTHODOLOGIE	13
3.1 Une recherche-action en CHSLD	13
3.2 Le modèle d'intervention retenu	15
3.3 Le devis de la recherche-action et les limites méthodologiques imposées par la pandémie de la COVID-19 et d'autres contraintes organisationnelles	16
3.4 Outils de collecte de données (entretiens et observations)	20
3.5 Caractéristiques sociodémographiques des participants aux entretiens qualitatifs	23
3.6 Approbation éthique	27
4. RÉSULTATS	28
4.1 Résultats de la phase I « Développement » : Portraits diagnostiques des trois établissements participants	28
4.1.1 Portrait du contexte organisationnel de chaque établissement	28
4.1.2 Portrait des facteurs de risque et de protection	37
4.1.3 Pistes d'action	59
4.2 Résultats de la phase II : Développement et implantation de la démarche	62
4.2.1 Processus de développement et d'implantation du GSI dans le CHSLD du Hameau	63
4.2.2 Processus de développement et d'implantation du GSI dans le CHSLD du Parvis	73
4.3 Résultats de la phase III : Analyse du processus de développement et d'implantation des interventions et des effets anticipés	82

4.3.1	CHSLD du Hameau : Bilan de l'analyse du processus de développement et d'implantation	83
4.3.2	CHSLD du Parvis : Bilan de l'analyse du processus de développement et d'implantation	86
4.3.3	Analyse des effets anticipés ou rapportés au CHSLD du Hameau	89
5.	DISCUSSION	98
5.1	Rappel de l'objectif du projet et diversité des interventions	98
5.2	Principaux facteurs de risque dégagés dans les CHSLD étudiés	99
5.3	Stratégies pour le déploiement des interventions participatives en CHSLD	100
5.3.1	Stratégies sur le plan contextuel.....	100
5.3.2	Stratégies sur le plan organisationnel.....	101
5.3.3	Sur l'implantation de la démarche (développement, intervention et pérennisation).....	103
5.4	Un bilan des conditions favorables et des défis potentiels à l'implantation d'interventions préventives.....	104
5.5	Retour critique	107
	CONCLUSION.....	108
	BIBLIOGRAPHIE	110
	ANNEXE A	119
A.1	Devis initial	119
	ANNEXE B	121
B.1	Documents d'information et de recrutement pour la constitution du GSI (CHSLD du Hameau).....	121
	ANNEXE C	122
C.1	Info-GSI (CHSLD du Hameau).....	122
	ANNEXE D	123
D.1	Répertoire des commentaires et suggestions recueillis (exemple : CHSLD du Hameau).....	123

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Phases et méthodes de la recherche	17
Tableau 2.	Nombre d'entretiens individuels réalisés durant les phases de recherche.....	22
Tableau 3.	Participants aux entretiens, selon le sexe	24
Tableau 4.	Participants aux entretiens, selon les catégories professionnelles	24
Tableau 5.	Participants aux entretiens, selon les groupes d'âge*	25
Tableau 6.	Participants aux entretiens, selon l'horaire de travail.....	25
Tableau 7.	Participants aux entretiens, selon le statut d'emploi	26
Tableau 8.	Participants aux entretiens, selon le niveau d'expérience	26
Tableau 9.	Nombre d'entretiens individuels réalisés, en phases II/III	27
Tableau 10.	Facteurs psychosociaux du travail dégagés en termes de risque (-) ou de protection (+) au CHSLD du Hameau	39
Tableau 11.	Risques de blessures physiques et risques sécuritaires au CHSLD du Hameau	45
Tableau 12.	Facteurs psychosociaux du travail dégagés en termes de risque (-) ou de protection (+) au CHSLD du Parvis	46
Tableau 13.	Risques de blessures physiques et risques sécuritaires au CHSLD du Parvis.....	56
Tableau 14.	Pistes d'action dégagées : CHSLD du Hameau	60
Tableau 15.	Pistes d'action dégagées : CHSLD du Parvis.....	61
Tableau 16.	Pistes d'action dégagées : CHSLD de l'Étang.....	62
Tableau 17.	Synthèse des activités liées au plan d'action et échéancier : CHSLD du Hameau	66
Tableau 18.	Exercice de clarification des rôles et des tâches et de révision des plans de travail existants	71
Tableau 19.	Proposition d'un plan de travail « simplifié » de « poche » pour les nouveaux	72
Tableau 20.	Élaboration d'une brochure pour les familles.....	73
Tableau 21.	Synthèse des activités liées au plan d'action et échéancier : CHSLD du Parvis.....	76
Tableau 22.	Tenue d'une rencontre de coordination à chaque début de quart de travail	79
Tableau 23.	Élaboration d'un plan de contingence pour le CHSLD.....	80

Tableau 24.	Élaboration d'un plan de contingence sur les unités.....	81
Tableau 25.	Élaboration d'une procédure d'encadrement des retards et des absences pour les membres du personnel qui résistent à l'application des plans adoptés.....	82
Tableau 26.	Bilan des conditions favorables et défis potentiels à l'implantation d'une intervention préventive.....	105

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Chronologie du projet.....	7
Figure 2.	Modèle cyclique de la recherche-action.	14
Figure 3.	Synthèse des mesures retenues.....	70
Figure 4.	Phases et méthodes de la recherche.	119

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS

Acronyme	Définition
ARS	Approche relationnelle de soins
ASI	Assistant(du supérieur immédiat
ASSTSAS	Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales
CC	Comité consultatif
CER	Comité d'éthique de la recherche
CER-DIS	Comité d'éthique de la recherche en dépendances, inégalités sociales et santé publique
CERSSPL-UL	Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CN	Capitale-Nationale
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CS	Centre-Sud
CSSS-VC	Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
CU	Chef d'unité
ÉSACP	Équipe de soutien à l'amélioration continue en prévention
GSI	Groupe de soutien à l'intervention
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
ICE	Infirmière chef d'équipe
LP	Lésion professionnelle
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PDSP	Principes de déplacement sécuritaire des personnes
RPS	Risques psychosociaux
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées

IRSST ■ Recherche-action visant le développement d'un modèle d'intervention préventive en SST par et pour les préposés aux bénéficiaires en CHSLD

Acronyme	Définition
SCPD	Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence
SST	Santé et sécurité du travail
TMS	Troubles musculosquelettiques

INTRODUCTION

Ce rapport a pour objectif de présenter les résultats d'une recherche-action visant le développement d'un modèle d'intervention préventive en santé et sécurité du travail (SST) par et pour les préposés aux bénéficiaires (PAB) dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du Québec. Ce projet est consécutif à d'autres recherches menées avec l'IRSST, les unes portant sur la prévention de la SST des PAB (Aubry *et al.*, 2018) et les autres portant sur le développement d'un modèle d'intervention préventive dans les milieux institutionnels fortement touchés par des enjeux de SST (Jauvin *et al.*, 2010). La pertinence du projet tient à la fragilité des PAB dans les organisations gériatriques, vérifiables en termes de problématiques de santé physique, psychologique et émotionnelle, mais aussi en termes de difficultés d'attraction et de rétention. Nous souhaitons identifier les facteurs : favorisant et entravant la capacité des PAB d'identifier par eux-mêmes, en CHSLD, les stratégies locales à développer. Le présent rapport fait principalement état du processus de recherche-action mis de l'avant, des conditions favorables et défavorables à l'implantation d'un tel processus innovant et, incidemment, à la production de connaissances transférables à d'autres milieux désireux de mettre en place de telles démarches dans des milieux de soins de longue durée ou ailleurs dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Notons que la pandémie de la COVID-19 a largement freiné nos ambitions en termes de collecte de données. Nous avons dû arrêter temporairement notre projet à deux reprises, pour une durée consécutive d'environ 18 mois. La réalisation de celui-ci, qui nécessite une présence accrue sur le terrain, a été complexifiée compte tenu des protocoles sanitaires et des difficultés structurelles inhérentes à la pandémie. La pandémie ne fut pas le seul facteur ayant ralenti la recherche, puisque le manque de main-d'œuvre et l'absentéisme chronique des PAB existaient déjà avant 2020, et complexifiait toute initiative de recherche dans les murs de CHSLD. Dans un contexte légal où les établissements doivent dorénavant identifier et analyser les risques psychosociaux du travail (LMRSST, 2021), ce rapport peut permettre d'identifier la nature de ces risques en CHSLD et les conditions organisationnelles favorisant ou défavorisant le développement des stratégies de prévention par et pour les PAB.

Contexte du projet de recherche

Pertinence et importance du projet

Les préposés aux bénéficiaires (PAB) sont au cœur des soins prodigués dans les milieux hospitaliers et gériatriques au Québec (Aubry et Couturier, 2014 ; Bailey *et al.*, 2015 ; MSSS, 2020). Ils ont comme mandat de réaliser l'ensemble des activités d'assistance envers les résidents, excluant tout acte de soins médicaux. Ils sont chargés des multiples tâches relatives à la vie quotidienne de ces résidents, telles que l'aide à l'hygiène

(toilettes, bains, etc.), à l'habillement, à l'alimentation, au déplacement, etc. Le MSSS (2020) comptabilise près de 42 000 PAB au 31 mars 2019. Une majorité d'entre eux travaillent dans environ 400 CHSLD, dont la très grande majorité (plus de 75 %) est publique.

Selon l'information sur le marché du travail (IMT – Emploi Québec), ce groupe de travailleurs est constitué en majorité de femmes (environ 84,5 %). Il est aussi caractérisé par la présence croissante de personnes issues de l'immigration (environ 20 % à l'échelle provinciale) et par un taux de précarité élevé (33 % de postes à temps partiel). Leur âge moyen, de 43 ans environ en 2019, tend à s'accroître (MSSS, 2019a). Les PAB forment sur le plan numérique le groupe le plus important de travailleurs au sein de ces établissements et leur influence sur la qualité des soins reçus par les patients et résidents est considérable. Pourtant, ils demeurent malgré tout globalement invisibles dans leurs propres institutions et peu considérés dans la hiérarchie hospitalière et par les autres catégories de personnel soignant (Allaire *et al.*, 2015 ; Jauvin et Allaire, 2018 ; Aubry, 2020 ; McCaughey *et al.*, 2015). On sait cependant qu'ils constituent un des groupes les plus à risque en matière de santé et sécurité au travail (SST), tant sur le plan physique que psychologique (Bédard et Bélanger, 2015). Les raisons de cette situation portent sur les caractéristiques spécifiques de leur activité (proximité physique avec le résident, exigences physiques liées aux tâches, risque sécuritaire, fatigue de compassion, etc.) et sur les contraintes organisationnelles auxquelles ils sont soumis dans leur contexte de travail (charge de travail élevée, faible autonomie, soutien social faible, reconnaissance faible). Cette situation de risque particulièrement élevée pour cette catégorie de travailleurs n'est pas unique au Québec, comme le démontrent d'ailleurs des données américaines (*Bureau of Labor Statistics*, OSHA, 2013 ; McCaughey *et al.*, 2015) ou françaises (Marquier *et al.*, 2016).

Au Québec, au sein des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) qui emploient la majorité d'entre eux, les PAB ont été, au cours des vingt dernières années, soumis à des transformations majeures qui ont contribué à accentuer leur exposition à ces contraintes. D'une part, la clientèle desservie par les CHSLD s'est considérablement alourdie, avec des pertes d'autonomie fonctionnelle accentuée, et une hausse des problèmes de santé mentale et des troubles cognitifs (CSBE, 2022). À cela s'ajoute un contexte organisationnel caractérisé par des réformes successives, transformant le mode de gestion des organismes publics (Loi 10), et des restrictions budgétaires accroissant le taux de précarité des emplois, surtout avant la pandémie. Toutes ces transformations ne sont pas sans avoir eu des effets sur la santé de ce groupe de travailleurs, malgré un grand nombre de transformations importantes pour les soutenir : élaboration et mise à jour des principes de déplacement sécuritaire des personnes (PDSP), accès à des lève-personnes automatisés, etc. D'ailleurs, bien que, en soi, le milieu de la santé constitue un des secteurs d'emploi où les risques pour les travailleurs sont particulièrement élevés (Slocum-Gori *et al.*, 2013 ; Vézina *et al.*, 2011), notamment en termes d'épuisement professionnel, d'absentéisme et de roulement du personnel (Hansung, 2011 ; Estryn-

Behar *et al.*, 2010), le groupe des PAB se démarque en ce qui a trait à l'exposition à des problèmes de santé physique (p. ex. : maux de dos chroniques, lésions aux membres supérieurs) et psychologique (p. ex. : dépression, épuisement professionnel) (Aubry 2011 ; Aubry et Couturier 2014 ; McCaughey *et al.*, 2015 ; Zhang *et al.*, 2014).

Les coûts liés à ces problèmes de santé sont considérables, sur le plan humain, mais aussi sur le plan économique. Cette situation est d'autant plus sensible dans un contexte marqué par la pénurie de personnel dans les CHSLD et, incidemment, par les défis considérables liés à l'attraction et la rétention des travailleurs de ce secteur (MSSS, 2020). Notons que les deux tiers des heures totales travaillées par les PAB du RSSS sont effectués en CHSLD (MSSS, 2020, p. 65). De précédentes données datées de 10 ans, produites par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNEST), démontrent d'ailleurs clairement que, dans le réseau de la santé et des services sociaux, le groupe formé par les PAB est celui pour lequel on relève le plus d'accidents du travail indemnisés, près du tiers en fait des accidents rapportés en 2013 par l'ensemble des travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pour un total de 243 696 jours indemnisés (Bédard et Bélanger, 2015). Selon Bédard (2012), la majorité des lésions professionnelles (LP) déclarées sont des troubles musculosquelettiques (TMS) (57,7 %) et la part la plus importante des TMS subis se développe en CHSLD. Les « efforts excessifs » représentent le facteur causal le plus important causant les lésions (32,8 %), surtout en lien avec l'assistance auprès des résidents (une fois sur deux) et les mouvements des travailleurs (une fois sur trois). Selon Bédard (2012), 40 % des LP concernent le dos comme siège de lésion, suivi des membres supérieurs (épaules, bras, mains). Plus récemment, le MSSS (2020) indiquait que l'absentéisme des PAB (CHSLD et hôpitaux confondus) pour des raisons d'accident de travail CNEST est 4,52 % en 2018-2019, contre 2,48 % en 2014-2015 (en augmentation constante, année après année). De même, l'absentéisme pour « assurance salaire » (qui intègre les problèmes de santé mentale est de 9,39 % en 2018-2019, contre 7,88 % en 2014-2015. Le MSSS (2020, p. 65) indique clairement que le ratio d'heure d'assurance salaire est historiquement supérieur à la moyenne des autres métiers et professions du RSSS. Malheureusement, nous ne disposons pas de données plus récentes de la part du MSSS sur la santé au travail des PAB.

Cette situation de fragilisation de la santé des PAB, corrélée à des taux de rétention alarmants prépondérance (environ 15 % ont quitté leur emploi après un an de travail, et près de 50 % après 5 ans, selon le MSSS, 2020) a poussé le MSSS à identifier des mesures de prévention dans le cadre du Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023 (MSSS, 2019b). La réduction des TMS et des RPS est clairement indiquée comme une priorité, mais sans piste claire d'intervention pour les PAB. On indique néanmoins que les directions peuvent « conserver une grande latitude dans le choix des interventions à mettre en œuvre au cours des prochaines années » (MSSS, 2020, p. 62). Notons également que, depuis 2021, la Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail (LMRSST, 2021)

oblige les employeurs à identifier et analyser les risques psychosociaux du travail, notamment en CHSLD. Notre projet prend sens dans l'urgence d'identifier des solutions innovantes pour les PAB, tout en profitant de marges de manœuvre et d'une adaptation au contexte local dans le développement de ces solutions.

Éléments contextuels

Origine du projet

Le présent projet est issu d'une demande du milieu¹ et porté par une volonté paritaire d'agir de façon préventive sur les problèmes de SST rencontrés par les PAB. En effet, depuis 2012, la Direction de l'hébergement du CSSS-VC (aujourd'hui intégrée au CIUSSS de la Capitale-Nationale), ainsi que les représentants des PAB (via le syndicat², un comité de pairs ainsi que le comité conjoint en SST³), hautement préoccupés notamment par l'absentéisme et le roulement élevé chez les PAB, ont interpellé notre équipe de recherche afin, dans un premier temps (A), de mieux comprendre les raisons sous-jacentes à ces taux alarmants (volet déjà réalisé, non couvert par la demande) et, dans un deuxième temps (B), de développer des connaissances novatrices permettant le déploiement de mesures préventives appropriées pouvant agir sur la SST des PAB (volet couvert par cette recherche) (Figure 1).

(A) Volet compréhensif (*non couvert par la présente demande*)

Phase 1 : Une première phase exploratoire de recherche a été entreprise en 2014, via une première série d'entretiens individuels (23), auprès de 16 PAB et de 7 chefs d'unité. Cette phase exploratoire de nature compréhensive, financée par l'établissement, visait à mieux connaître leur contexte spécifique de travail, à cerner les facteurs de risque et de protection en présence, puis à identifier de premières pistes d'action pouvant diminuer les contraintes organisationnelles auxquelles sont exposés les PAB. Ces entretiens ont permis de relever plusieurs constats, tout particulièrement que : les PAB exercent essentiellement leur métier dans l'ombre des autres groupes de soignants ; ils ont le sentiment d'être « invisibles » aux yeux du reste de leur institution ; ils sont généralement tenus à l'écart des espaces de délibération institutionnels et ils sont, de leur côté, très peu

¹ Le projet est issu à l'origine d'un établissement (CIUSSS de la Capitale-Nationale), mais deux autres centres intégrés (CIUSSS Nord de l'Île de Montréal et CISSS Chaudière-Appalaches), partageant les mêmes préoccupations tout comme les objectifs de prévention, se sont ensuite mobilisés pour participer au projet et l'étendre ainsi à l'échelle provinciale.

² Syndicat des travailleurs du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale.

³ Un projet développé par le sous-comité « santé psychologique » du comité conjoint en santé et sécurité du travail (CCSST) du CSSS de la Vieille-Capitale d'ailleurs initié les premières phases exploratoires de cette recherche destinée aux préposés aux bénéficiaires.

enclins à participer aux activités qui leur sont proposées tant par l'établissement que par leur collectif de pairs dans lequel ils s'investissent très peu. Ils possèdent cependant une connaissance fine des problématiques qu'ils vivent, notamment en SST, sans toutefois avoir les moyens d'en faire part à leur organisation. Ces analyses nous semblent encore réelles aujourd'hui.

Phase 2 : L'équipe de recherche a ensuite obtenu des fonds supplémentaires du CERSSPL-UL pour mener en 2016-2017 une seconde série d'entretiens (2) auprès de 27 participants (PAB, chefs d'unité et infirmières/infirmières auxiliaires), en milieu urbain et rural, afin de valider l'analyse des entretiens de la phase 1, d'explorer certaines dimensions ayant émergé de l'analyse — notamment la question de la faible participation des PAB aux activités leur étant proposée — et d'élaborer les assises de la stratégie d'intervention à implanter. Plusieurs constats ont émergé de l'analyse de ces entretiens individuels réalisés en phase 2 (Jauvin et Allaire, 2017), notamment en regard des conditions propices à la participation des PAB. Ces entretiens nous éclairent tout particulièrement sur ce qui favorise — ou entrave — la participation des PAB, qu'ils travaillent en milieu rural ou urbain, dans des petits ou de plus grands centres. Ces facteurs se résument ainsi : bénéficier de modalités de gestion favorables (style de gestion/animation des équipes), faire partie d'une équipe soutenant (structure des équipes), avoir des rapports sociaux constructifs (vie d'équipe) et, enfin, avoir la possibilité de prendre sa place/d'avoir sa place, tant individuellement que collectivement (combinaison de marge de manœuvre et de reconnaissance).

Ces deux séries d'entretiens nous ont ainsi guidés vers le choix d'orientations théoriques, méthodologiques et pratiques visant à atteindre les objectifs poursuivis. Nous souhaitons faire porter l'intervention préventive en SST sur la participation active des PAB aux activités qui les concernent en créant les conditions nécessaires à un engagement réel dans le processus d'identification de modalités et de solutions qui leur conviennent.

(B) Volet intervention (recherche financée)

Fortement préoccupée par la situation qui affectait de plus en plus les PAB et, incidemment, les équipes de soins et l'institution tout entière, la direction SAPA du CIUSSS de la Capitale-Nationale a choisi de miser sur le développement d'un projet d'intervention novateur, permettant d'implanter des mesures préventives, centrées sur la participation des PAB, destinées à générer des conditions plus favorables au bien-être de ces travailleurs. Deux autres centres intégrés (un situé en région montréalaise et l'autre dans un territoire plus rural), partageant des préoccupations très similaires, se sont ensuite mobilisés pour participer au projet et l'étendre ainsi à l'échelle provinciale. Notre projet, à ses débuts en 2018, se composait donc de trois milieux.

Implanter une démarche d'intervention dans un contexte pandémique

En mars 2020, alors qu'une première étape de collecte de données venait tout juste de se terminer avec succès (plus de trente entretiens réalisés dans trois CHSLD pilotes), la crise sanitaire de la COVID-19 s'installait. Cette crise venait bouleverser le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), et notamment le fonctionnement des CHSLD, du fait du départ massif de PAB et des taux importants d'absentéisme de ce personnel. Il devenait impossible pour nous de continuer notre projet dans les murs des CHSLD. Dès mai 2020, devant l'évidence que la crise se prolongeait, nous avons été dans l'obligation de mettre le projet de recherche sur pause une première fois. En septembre 2020, une première tentative de reprise a été amorcée auprès des trois milieux partenaires, mais, devant l'impossibilité de reprendre les activités (nouvelles vagues de contamination, manque de personnel, gestionnaire absent, etc.), nous avons annoncé une nouvelle pause, qui a cette fois duré jusqu'au 1er novembre 2021. Dans les faits, le projet a donc été mis en veille environ une année et demie, avec l'accord des trois milieux et l'aval de l'IRSST.

À la reprise en fin 2021, l'équipe de recherche a alors proposé une modification au devis de recherche afin d'intégrer une prise de mesure supplémentaire, qui a été autorisée par le comité d'éthique responsable de la recherche. Vingt et un entretiens complémentaires à celles déjà réalisées ont donc été planifiés afin de compléter le portrait déjà dressé avant mars 2020, afin de tenir compte de l'évolution du contexte soit lié à la crise sanitaire ou, plus largement, à l'évolution des milieux (p. ex. : changements dans la structure de gestion, mouvance de personnel).

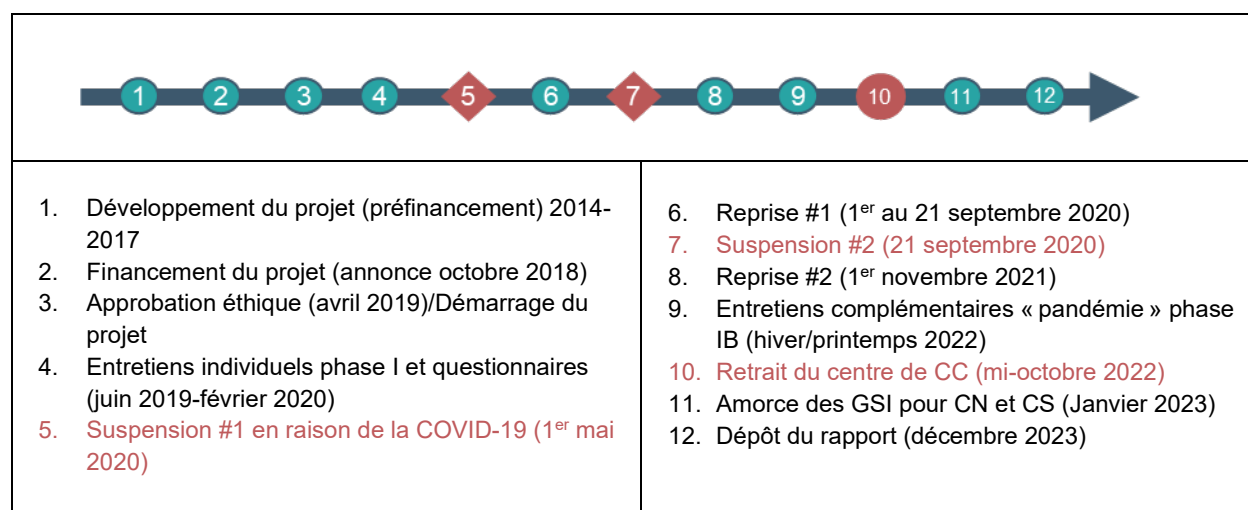
De plus, sur le terrain, le contexte pandémique a eu un impact marqué sur la capacité des trois milieux pilotes de poursuivre le projet. Ces enjeux furent liés principalement à la capacité de libérer du personnel pour participer aux activités de recherche (collecte de données quantitatives et qualitatives) ou à des remplacements complexes de gestionnaires. La principale difficulté portait sur la mise en place des groupes de soutien à l'intervention (GSI) qui devaient être l'étape majeure du projet, sur le terrain. Pour un centre, et malgré l'intérêt marqué de la gestionnaire de poursuivre le projet, il n'était pas possible de libérer le personnel requis pour la mise en place d'un des GSI. Il a donc été décidé de façon conjointe de ne pas poursuivre avec ce milieu afin de ne pas amplifier la pression déjà existante relative au manque de main-d'œuvre. Toutefois, une présentation des données colligées en phase « A » (développement) a été faite afin que la gestionnaire puisse bénéficier des résultats de cette phase diagnostique et la partager avec les membres de l'équipe. Pour les deux autres CHSLD participants, la démarche d'intervention a pu être amorcée au tout début de 2023. Comme prévu, des projets ont donc été développés paritairement par les acteurs du milieu. Il convient toutefois de préciser que les nombreuses turbulences causées par le contexte pandémique ont tout de même eu un effet sur la capacité à générer et à implanter des interventions selon les délais initialement prévus. Une des conséquences attribuables aux délais

supplémentaires inévitables est l'incapacité de mesurer comme prévu les effets de l'intervention. Cependant, grâce à un devis mixte de recherche, des données qualitatives ont par ailleurs permis de couvrir la portion de l'évaluation du processus ainsi que certaines dimensions des effets. Par ailleurs, les grands bouleversements du RSSS en raison de la pandémie n'ont pas permis de tenir régulièrement des rencontres du comité consultatif qui avait été constitué et rencontré à l'amorce de la recherche. Des communications par courriel ont cependant circulé parmi les membres.

Enfin, la crise sanitaire a aussi généré des ajustements méthodologiques. En effet, par exemple, la cueillette de données quantitatives s'est avérée particulièrement difficile et le nombre de questionnaires colligés en phase « I » ne s'est pas avéré suffisant pour pouvoir utiliser ces données dans le présent rapport, tant pour des raisons scientifiques qu'éthiques. Devant l'échec de cueillette par questionnaires en phase « I », l'équipe de recherche a dû prendre la décision d'annuler la seconde prise de mesure, devenue caduque. Cela dit, dans les deux CHSLD qui ont poursuivi le projet et qui ont mis en place un GSI, ces données ont été présentées de façon succincte afin de compléter la présentation du diagnostic réalisé via les entretiens individuels puisque les résultats obtenus étaient assez cohérents avec les grands enjeux soulevés par la stratégie qualitative.

Ce rapport de recherche vise à tracer le bilan des différents éléments de cette démarche d'intervention : état des connaissances, objectifs de recherche, éléments méthodologiques, résultats colligés et projets développés, analyse et discussion. Un effort a été investi pour tenter de présenter les différentes sections du texte de façon que les lecteurs puissent avoir une vision d'ensemble de la démarche (Figure 1).

Figure 1. Chronologie du projet.



1. ÉTAT DES CONNAISSANCES

1.1 Originalité scientifique du projet

1.1.1 Le développement d'interventions préventives destinées aux préposés aux bénéficiaires

Les PAB forment une catégorie de travailleurs encore fort peu étudiée par les milieux scientifiques (McCaughey *et al.*, 2015), quoique certains chercheurs posent un regard de plus en plus attentif sur ce groupe, sur leurs conditions d'exercice du travail, mais, aussi, sur la question plus globale de leur intégration au sein des institutions de santé (Arborio, 2012 ; Aubry et Couturier 2014 ; Slocum-Gori *et al.*, 2013). Ici comme ailleurs dans les pays industrialisés, plusieurs chercheurs s'entendent aujourd'hui sur la nécessité de se pencher plus attentivement sur ce groupe de travailleurs qui joue un rôle crucial et particulièrement déterminant dans le soutien offert aux personnes âgées, un rôle appelé à croître dans un contexte de vieillissement de la population. Mais bien qu'on reconnaisse de plus en plus la nature particulièrement exigeante du travail des PAB et les impacts néfastes qui en découlent sur leur santé (Aubry 2020 ; Aubry *et al.*, 2020 ; Zhang *et al.*, 2014), on en sait encore très peu sur les modalités préventives qui pourraient agir sur les effets potentiellement délétères d'un travail reconnu particulièrement difficile. Il existe donc, comme le soulignent Bailey et ses collègues (2015), un réel besoin de réaliser des recherches portant sur les interventions organisationnelles visant plus particulièrement ces travailleurs, afin de trouver des façons de créer des environnements de travail soutenant, en leur donnant notamment accès à des espaces de parole et de discussion leur permettant de contribuer au développement de stratégies à la fois favorables à leur santé et à la qualité des services offerts.

Sur le terrain toutefois, la prévention chez les PAB a déjà fait l'objet de travaux qui ont permis de développer des actions leur étant plus spécifiquement destinées. Au Québec plus spécifiquement, dans le cadre d'interventions préventives accompagnées en grande partie par des conseillers de l'ASSTSAS, des investissements importants ont été faits en termes d'aménagements et d'équipements afin de soutenir les PAB dans leurs tâches d'assistance auprès des usagers. Deux programmes de formation qui visent la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ont été générés par l'ASSTSAS : le PDSP (programme de déplacement sécuritaire des patients) et l'ARS (l'approche relationnelle de soins). L'implantation de ces programmes a d'ailleurs été étudiée de près par plusieurs chercheurs (Aubry *et al.*, 2017 ; Bellemare *et al.*, 2014). Cela a permis, d'une part, de confirmer que les mesures développées jusqu'ici ne visaient pas le développement d'actions ciblées sur les contraintes organisationnelles présentes (ni sur les ressources disponibles) ; d'autre part, ces résultats permettent de tirer des leçons essentielles, telles que l'impact positif de la participation des PAB dans l'identification des stratégies visant la réduction des contraintes organisationnelles. Ceci a permis de réfléchir

à l'élaboration de nouvelles stratégies préventives visant la réduction des effets du travail physiquement, mais aussi émotionnellement exigeant chez les PAB – cette seconde dimension émotionnelle ayant été peu étudiée jusqu'ici. Or, on sait que ces travailleurs du « care » exercent un métier relationnel dans le cadre duquel ils sont fréquemment exposés à la souffrance physique et psychologique des résidents, mais, aussi, à de nombreux décès (Bellemare *et al.*, 2014 ; Jauvin 2020). Ce « prendre soin », si central au travail des PAB, est de plus souvent marqué par une charge émotionnelle élevée, qui se définit comme « le fardeau, le poids des états subjectifs intenses que vit une personne étant donné ses rôles au travail, ses missions, les choses ou les personnes dont elle a la responsabilité au travail ». (Hellemans, 2014, Dictionnaires des risques psychosociaux du travail, p. 90)

1.1.2 Des modèles d'intervention inspirants

Alors que l'importance de mettre en place des interventions préventives en SST pour les PAB ne fait aujourd'hui plus de doute, les modalités gagnantes d'interventions spécifiques à ce groupe de travailleurs, elles, sont fort peu connues et expérimentées. Il convient donc de s'inspirer des connaissances promues dans d'autres secteurs d'emploi afin de développer des modalités préventives destinées plus spécifiquement aux PAB. Une littérature de plus en plus riche existe d'ailleurs sur les interventions organisationnelles visant, globalement, à agir sur la santé des travailleurs. En effet, depuis le début des années 2000, de plus en plus d'interventions organisationnelles visant à produire des effets durables sur la santé et la sécurité des employés ont été développées, en opposition aux interventions plus traditionnelles ciblant plus particulièrement les comportements individuels. Ces interventions, qui prennent appui sur des modèles théoriques solides, sont de mieux en mieux documentées, tout comme le sont les effets de ces interventions (Jauvin *et al.*, 2014 ; Montano *et al.*, 2014). Les contraintes organisationnelles les plus souvent ciblées dans le cadre de ces études sont celles issues des modèles de stress au travail de Karasek et de Siegrist (Karasek, *et al.*, 1990 ; Siegrist, 2002), deux modèles reconnus internationalement (Biron *et al.*, 2010). Les facteurs au cœur de ces modèles constituent donc, généralement, des éléments clés dans le développement d'une grande partie des interventions mises en place jusqu'ici. Les connaissances sur les processus d'implantation des interventions, qui permettent de mieux connaître les facteurs facilitant ou entravant l'implantation des interventions, sont elles aussi de plus en plus nombreuses (Egan *et al.*, 2009 ; Jauvin *et al.*, 2014 ; Nielsen, 2013), comme le manque chronique de main-d'œuvre, la gestion de proximité inexistante ou trop faible, etc. Et, alors que plusieurs travaux démontrent l'importance fondamentale des contraintes organisationnelles dans le développement des problématiques de SST vécues par les PAB ou ceux exerçant des métiers apparentés (Aubry, 2012 ; Marquier *et al.*, 2016), on en sait encore peu sur les modalités d'intervention les plus appropriées pour agir plus spécifiquement, en amont, sur les contraintes organisationnelles spécifiques auxquelles sont exposés ces travailleurs (rythmes de travail, marges de manœuvre, état du collectif de travail, etc.).

Bien qu'il n'existe que très peu de connaissances spécifiques pour agir de façon appropriée, plusieurs facteurs de risque ont toutefois été dégagés de la littérature comme étant des cibles potentielles d'intervention auprès des travailleurs exerçant, comme les PAB, un métier « relationnel ». On vise tout particulièrement l'autonomie au travail, le soutien des superviseurs et des collègues, la création d'un environnement favorisant la coopération entre les employés, l'amélioration de la communication, la révision de la charge de travail, l'offre d'une formation adéquate et un sentiment de sécurité accru (Astvik *et al.*, 2013 ; Boyas et Wind, 2010 ; Barfod et Whelton, 2010 ; Osofsky, 2011). La littérature est cependant beaucoup moins féconde pour ce qui est de dégager les facteurs de protection chez ces mêmes travailleurs exerçant un métier relationnel et sur le processus par lequel doivent se développer des programmes de prévention. Des connaissances sont donc à développer sur cette dimension spécifique.

1.2 Énoncé de la problématique

1.2.1 Deux dimensions à retenir : des interventions globales et participatives

De ces études interventionnelles réalisées jusqu'à présent se dégagent tout particulièrement deux constats importants qui sauront influencer le développement d'interventions futures dans les organisations. Tout d'abord, il est dorénavant reconnu que des interventions plus globales, misant sur plusieurs cibles, s'adressant à des niveaux organisationnels distincts, sont potentiellement plus à même de produire des améliorations sur la SST que celles qui sont restreintes à une cible unique (Montano *et al.*, 2014). Par ailleurs, ces études démontrent également l'intérêt marqué pour l'adoption d'une approche participative dans le cadre de ces interventions qui devraient incidemment être conçues comme étant des projets collectifs (Nielsen, 2013). En effet, un des facteurs critiques favorisant l'implantation des interventions préventives est sans nul doute celui de la participation des travailleurs à l'ensemble de la démarche (Jauvin *et al.*, 2014 ; Nielsen, 2013).

Cette question de la nécessaire participation des PAB a d'ailleurs été abordée dans la littérature portant plus spécifiquement sur les PAB, notamment par Yeatts et Cready (2007) qui affirment que de leur permettre de s'engager davantage au sein des équipes multidisciplinaires, voire des organisations qui les emploient, serait non seulement bénéfique pour eux, mais aussi bénéfique pour une institution qui pourrait offrir des soins et services plus efficaces si ceux qui travaillent en proximité avec les personnes hébergées étaient plus engagés. C'est aussi un des constats qui traverse le rapport de Bellemare et ses collègues (2014), qui avaient pour mandat d'évaluer l'approche relationnelle de soins (ARS) élaborée par l'ASSTSAS, ainsi que le rapport de Aubry *et al.* (2017) concernant le PDSP.

1.2.2 Un enjeu central, la participation des PAB

La participation des travailleurs au développement et à l'implantation de programme de prévention est une condition clé de son succès, et ce préférentiellement à une intervention « classique » davantage axée uniquement sur la formation du personnel (Owen *et al.*, 2002). Cette participation du personnel permet une latitude décisionnelle (Engkvist, 2006), favorable à l'intervention. Par exemple, l'étude mixte de Garg et Kapellusch (2012) se présente comme une évaluation positive de l'efficacité à long terme d'un programme ergonomique global qui se caractérise par une approche participative, chaque établissement étudié ayant développé un programme impliquant directement des employés tout au long du processus.

Comme la littérature en témoigne, l'enjeu de la participation des travailleurs est donc central au développement des interventions préventives menées au sein des organisations. Or, l'état actuel des connaissances nous indique que cette nécessaire participation au développement d'interventions préventives en matière de SST constitue un défi sur lequel il faut se pencher, car le contexte des CHSLD n'apparaît pas, a priori, propice à une telle participation. Dans une recherche portant sur le PDSP (Aubry *et al.*, 2017), il est révélé que les PAB n'ont pas la capacité de discuter des modalités de pratique du programme, en raison du manque d'espace et de temps pour le faire. Dans le cadre d'autres activités de recherche que nous menons (Jauvin et Allaire, 2018), les données exploratoires colligées jusqu'ici nous renvoient non pas à un contexte favorisant cette nécessaire participation, mais, plutôt, à un contexte de désolidarisation, d'individualisation et de non-engagement relativement partagé par les membres de ce groupe de travailleurs. Les PAB rencontrés se sentent généralement invisibles, globalement exclus des espaces des lieux de parole et de décision.

La participation des PAB à une intervention préventive, même si elle leur est destinée, semble donc un défi particulièrement important à relever, alors que la littérature portant sur les interventions préventives nous indique que la participation des travailleurs concernés par une démarche d'intervention est fondamentale afin d'assurer le succès des transformations entreprises (Biron *et al.*, 2010 ; Dollard et Bakket, 2010 ; Jauvin *et al.*, 2014 ; Nielsen et Randall, 2012). Des recherches démontrent d'ailleurs clairement que des interventions menées en l'absence d'un réel engagement des employés dans le processus de transformation résultent plutôt en une réduction du soutien des employés aux changements (Dahl-Jørgensen *et al.*, 2005). Des connaissances doivent impérativement être développées afin de mieux cerner les modalités les plus pertinentes à une participation des PAB : identifier des facteurs de protection, des moyens pour déployer des interventions préventives, ainsi que les conditions pour favoriser la participation des PAB.

2. OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'objectif principal de cette recherche-action consiste à développer des modalités d'interventions préventives innovantes en matière de SST portées principalement par les PAB en CHSLD, afin d'en tirer des connaissances généralisables à d'autres milieux.

Les objectifs spécifiques poursuivis par le projet réalisé sont les suivants⁴ :

1. Cerner, dans les CHSLD, les facteurs de risque (contraintes physiques des situations de travail, contraintes organisationnelles, injonctions paradoxales, etc.) ainsi que les facteurs de protection présents.
2. Documenter et évaluer un processus mené « pour et par des PAB » qui vise à réduire les contraintes ciblées dans chaque milieu.
3. Documenter et évaluer le processus d'implantation de ces mesures ainsi que la participation des PAB dans la mise en place de la démarche.
4. Documenter les effets attendus des interventions proposées au sein des GSI.
5. Dresser un inventaire des conditions (dimensions contextuelles et organisationnelles) favorables ou défavorables à l'implantation d'une intervention préventive misant sur la participation des préposés aux bénéficiaires.

⁴ Il est important de noter que tous les objectifs annoncés dans le protocole déposé initialement ont été atteints, sauf le cinquième qui était à l'origine de proposer un modèle d'intervention transférable à d'autres milieux confrontés aux mêmes enjeux. Il aurait fallu se rendre plus loin dans le processus d'évaluation de la démarche pour pouvoir répondre convenablement à cet objectif.

3. MÉTHODOLOGIE

La méthodologie employée dans le cadre de cette recherche est détaillée dans la présente section. Nous présentons la stratégie globale déployée, puis les modifications que nous avons dû apporter entre le protocole de projet et les étapes réalisées, pendant et après la pandémie de COVID-19.

3.1 Une recherche-action en CHSLD

Compte tenu de sa visée transformationnelle et de la place centrale qu'occupe la participation dans ce projet, l'étude a pris la forme d'une recherche-action. Selon cette approche de recherche, c'est principalement par l'action que l'on peut générer des connaissances scientifiques pour comprendre et changer la réalité sociale des individus et des systèmes sociaux (Roy et Prévost, 2013), donc d'organisations telles que les CHSLD. Dans cette perspective, la théorie découle donc de l'action.

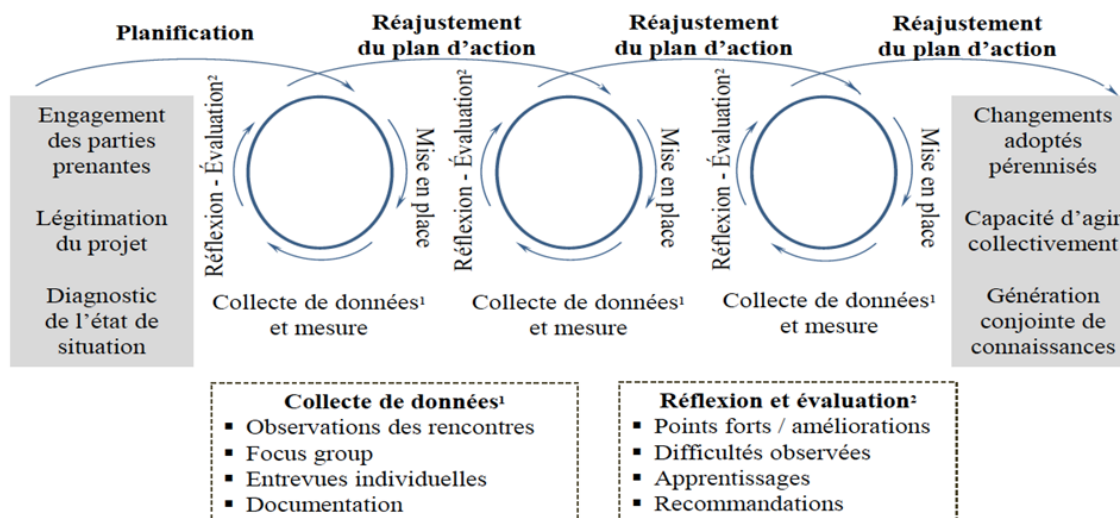
Le choix de cette approche de recherche repose sur plusieurs dimensions théoriques et méthodologiques. La première considération porte sur les modalités de construction de l'objet de recherche. Dans le cadre d'une recherche-action, on vise notamment à garantir que l'objet réponde à la fois aux problèmes pratiques des membres de l'organisation ainsi qu'aux préoccupations théoriques du chercheur (Allard-Poesi et Perret, 2003). Conséquemment, ce type de projet nécessite pour les chercheurs une présence prolongée dans les milieux, dans un contexte où l'action concertée immédiate est nécessaire (Johansson et Lindhult, 2008).

La seconde considération porte sur la nature des objectifs méthodologiques. Ici, deux objectifs se croisent. Le premier concerne la transformation de la réalité ; en ce sens, chaque recherche est réalisée dans un contexte réel qui est nécessairement affecté par les conditions locales spécifiques qui influent sur la situation. Le second a trait à la production de connaissances scientifiques solides sur le processus de transformation, qui se présente sous la forme de modèles et/ou d'outils utiles pour l'action future, dans d'autres organisations (Canterino *et al.*, 2016 ; Chanal *et al.*, 1997). Les chercheurs et les membres de ces organisations participent librement à la résolution de problèmes et à la production de connaissances transférables à d'autres situations comparables. Ces connaissances sont rendues publiques et diffusées le plus largement possible auprès de la communauté scientifique et professionnelle.

La troisième considération porte sur le processus de la recherche. Alors que le processus de recherche traditionnel emprunte une voie linéaire, la recherche-action adopte systématiquement une démarche cyclique (Goyette et Lessard-Hébert, 2014), ouverte et évolutive, découpée en plusieurs étapes. Les étapes parcourues sont la planification (construction de stratégies, analyse de la situation), l'action (expérimentation sur le terrain), puis la collecte de données (processus de recherche) suivie de la réflexion

(développement de connaissances et évaluation) (Larivière *et al.*, 2014). Voici le modèle cyclique observation/analyse/action/observation de Roy et Prévost (2013) sur lequel nous prenons appui (Figure 2).

Figure 2. Modèle cyclique de la recherche-action.



Adapté de « La recherche-action : origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de la gestion », par M. Roy et P. Prévost, 2013, *Recherches qualitatives*, 32(2), 136. ©Association pour la recherche qualitative, 2013.

Enfin, la quatrième considération porte sur les rôles de chacun des acteurs. La recherche-action est réalisée à la fois « avec » et « sur » les gens. Les sujets (« participants ») sont donc acteurs de la recherche en vue d'une transformation, mais aussi objets d'étude afin de développer des connaissances théoriques. Le chercheur multiplie lui aussi ses rôles. Compte tenu de son implication active dans les démarches de transformation mises en place, il peut être considéré comme un acteur de changement, au même titre que les participants à la recherche. Il peut aussi jouer le rôle de médiateur de l'action, tout en ne perdant jamais son statut de chercheur s'activant à développer des connaissances scientifiques à partir de l'action entreprise. Il est, de ce fait, à la fois, un support à l'action et s'assure parallèlement d'une réflexion sur cette même action. En contexte de recherche en milieu organisationnel, comme dans la présente étude, on peut aussi le qualifier de « chercheur-ingénieur » puisqu'il construit l'outil qui supporte la recherche, puis agit à la fois comme animateur et évaluateur de sa mise en œuvre dans les milieux (Chanal *et al.*, 1997).

3.2 Le modèle d'intervention retenu

Afin de répondre aux demandes du milieu et de développer, via une recherche-action, de nouvelles connaissances théoriques et pratiques sur la question des interventions à mettre en place pour agir sur les contraintes organisationnelles auxquelles sont exposés les PAB, nous avons proposé de développer, dans trois sites pilotes (CHSLD) dotés de caractéristiques qui les distinguent (p. ex. : taille, région, milieu urbain/rural, taux de lésions/d'absence/de roulement), des mesures préventives développées par et pour les PAB. Nous avons intégré à ce modèle d'intervention une dimension importante, fort peu explorée jusqu'ici, en nous intéressant non seulement au point de vue des PAB, mais aussi au point de vue des gestionnaires immédiats qui supervisent les équipes de soins ainsi qu'à celui des collègues des autres catégories d'emploi qui travaillent au sein des équipes multidisciplinaires des milieux. Par ailleurs, nous avons aussi souhaité innover en nous intéressant non seulement aux facteurs de risque, mais également aux facteurs de protection de la SST des PAB, notamment aux leviers déjà présents dans l'organisation.

La participation des PAB à une intervention préventive en SST, même si elle leur est destinée, apparaissait toutefois, selon nos analyses préliminaires réalisées, comme étant un défi particulièrement important à relever (Jauvin et Allaire, 2017). Nous souhaitions donc innover dans ce projet afin d'en arriver à créer les conditions propices à la participation de ce groupe de travailleurs. Cette initiative visait ainsi à favoriser un mouvement d'ouverture des groupes concernés par cette activité (PAB, autres groupes professionnels, supérieurs immédiats et niveaux supérieurs de gestion). L'originalité fondamentale de ce projet de recherche était donc de développer des connaissances portant sur l'instauration d'interventions préventives portées principalement par les PAB en CHSLD, afin d'en tirer des connaissances généralisables à d'autres milieux. La recherche visait à développer des connaissances sur les conditions propices à la participation et à son actualisation pour en dégager un modèle d'intervention préventive qui puisse ensuite être exporté vers d'autres milieux, tels que les CISSS et CIUSSS exposés aux mêmes problématiques en termes de SST. L'originalité fondamentale de ce projet de recherche se situait principalement autour du fait de miser, fondamentalement, sur l'appropriation du processus par les PAB. Qui plus est, le développement de ces mesures préventives visait à interpeller les PAB, mais aussi les autres membres des équipes soignantes ainsi que les personnes qui sont responsables de l'encadrement de ces équipes.

Cette innovation, qui porte sur la participation des travailleurs dans l'élaboration des solutions à mettre en place, pourra être particulièrement utile à l'ASSTSAS et aux autres groupes concernés afin de bonifier leurs modalités d'intervention actuelles dans le cadre de programmes spécifiques (PDSP ou ARS). Elle pourra également favoriser une plus grande sensibilisation des travailleurs PAB aux enjeux en SST. Enfin, elle pourra être particulièrement pertinente pour les ÉSACP (Équipes de soutien à l'amélioration continue

en prévention) des 34 établissements du RSSS qui doivent justement réaliser des démarches favorisant le maintien d'un environnement de travail sain et sécuritaire.

3.3 Le devis de la recherche-action et les limites méthodologiques imposées par la pandémie de la COVID-19 et d'autres contraintes organisationnelles

La population étudiée se compose de PAB en CHSLD. Le devis (Annexe A) faisait appel, au début du projet, à des méthodes quantitatives et qualitatives de recherche ; nous avons conservé uniquement les résultats issus de la méthodologie qualitative, tant le processus de passation des questionnaires ne nous permit pas d'atteindre un taux de complétion raisonnable et, donc, des données solides et utiles. Nous nous sommes appuyé sur le cadre proposé par Goldenhar *et al.* (2001) pour élaborer la démarche d'intervention. Il s'agit d'un modèle en trois phases : le développement (l'identification a priori des risques ciblant des priorités sur lesquelles agir), l'implantation (l'implantation d'une intervention cohérente avec ces cibles) et l'évaluation de l'intervention (l'étude de l'efficacité de l'intervention). Ce modèle a déjà été utilisé par notre équipe de recherche et a donné de nombreux résultats positifs et probants (Bourbonnais *et al.*, 2012 ; Bourbonnais *et al.*, 2011 ; Jauvin *et al.*, 2014 ; Jauvin *et al.*, 2019). La présente recherche a contribué à bonifier ce cadre d'intervention en y intégrant certains éléments peu présents jusqu'ici : 1) l'identification des travailleurs ciblés en tant que promoteurs principaux de la démarche, 2) la participation des gestionnaires immédiats et des autres membres du personnel appartenant aux équipes multidisciplinaires de soins dans le développement et l'implantation des mesures préventives et 3) l'identification des facteurs de protection présents dans l'organisation (plutôt qu'un accent essentiellement centré sur les facteurs de risque) pouvant servir de levier au développement des interventions.

Un comité consultatif (CC) paritaire a été constitué dès le début du projet, mais n'a pas pu se réunir après la rencontre initiale (avant pandémie) compte tenu des bouleversements importants qui ont affecté le réseau. Les échanges se sont plutôt poursuivis périodiquement avec les établissements participants à l'étude (CIUSSS/CISSS). C'est d'ailleurs dans le cadre de cette première réunion que les critères de sélection des CHSLD participants ont été présentés. La sélection des établissements pilotes s'est ensuite faite sur la base de critères préétablis (taille des établissements, milieu urbain ou rural, taux de TMS, taux de LP) afin de favoriser une plus grande représentativité de l'ensemble des CHSLD ainsi qu'une meilleure transférabilité des résultats obtenus. L'engagement des parties prenantes pour amorcer une telle démarche a été validé, à l'interne, pour chacun des centres ciblés.

La pandémie de la COVID-19 a impacté fortement le fonctionnement des CHSLD. Puisque nous devons réaliser des activités de grande envergure dans ces organisations (collectes de données, interventions), nous avons dû modifier notre protocole méthodologique promis dans le devis initial. Ceci a fait l'objet de plusieurs discussions entre 2020 et 2023 avec des membres de l'IRSST et de l'équipe de recherche. Le projet

n'a été implanté que dans deux des trois centres (un centre ne permettait pas le développement du projet, du fait de l'absentéisme des PAB et des changements de gestionnaires). Les deux centres restants présentent néanmoins des réalités assez différentes (régions administratives distinctes, nature de la clientèle, etc.), ce qui contribue à assurer une certaine applicabilité dans les autres établissements qui emploient des PAB. Aussi, il n'a pas été possible de vérifier s'il y a eu une diminution des contraintes organisationnelles visant la prévention de leur SST. Cela dit, l'évaluation attentive du processus de transformation a permis de documenter ce qui a été proposé puis de développer nos interventions dans deux CHSLD. Conséquemment, ce sont plutôt des leçons dégagées du processus de recherche-action qui seront présentées, davantage que l'élaboration d'un modèle complet d'intervention permettant le transfert à d'autres milieux. Ceci aurait nécessité que les interventions soient davantage développées, ce que la pandémie de la COVID-19 et ses conséquences sur les CHSLD n'ont pas permis. Notons que la crise sanitaire n'est pas la seule cause de la difficulté à implanter des projets en CHSLD. Le manque de main-d'œuvre, l'absentéisme chronique des employés, les autres épidémies moins invasives (influenza, gale) existaient déjà avant 2020. La pandémie de la COVID-19 est un facteur, parmi d'autres, qui participe à la complexité d'implanter des projets en CHSLD.

Les trois phases du modèle présenté ont été développées dans le cadre du projet de recherche, mais à dimension variable (Tableau 1). La phase de développement (I) avait déjà été partiellement couverte par l'étude exploratoire. L'engagement du milieu, au niveau des CISSS et CIUSSS, avait déjà été convenu formellement. De plus, 23 entretiens exploratoires auprès d'informateurs clés (PAB, chefs d'unité) ont été réalisés en 2014 puis, afin d'explorer plus en profondeur certaines dimensions ayant émergé de l'analyse de cette première série d'entretiens, 27 autres personnes ont été rencontrées en 2016-2017, en incluant cette fois des infirmières et des infirmières auxiliaires de milieu urbain et rural, afin de mieux cerner les « objets » d'intervention et les « cibles » plus spécifiques, sur la base des premiers constats issus des entretiens exploratoires.

Tableau 1. Phases et méthodes de la recherche

PHASE I (DÉVELOPPEMENT)	
I. Développement Identification des facteurs de risque et de protection et des priorités d'action.	• Quelle est l'exposition aux facteurs de risque et de protection chez les PAB ? • Quels changements sont requis ? • Quelle est la meilleure façon d'entraîner les changements ?

	• Quelles modalités favorisent la participation des PAB à la démarche ?
MÉTHODES QUALITATIVES	
• Engagement des parties prenantes • Entretiens individuels auprès d'informateurs clés de CHSLD du CISSS (PAB, gestionnaires, autres membres de l'équipe) • Entretiens individuels auprès d'informateurs clés des CHSLD pilotes (PAB, gestionnaires, autres membres de l'équipe) en 2 phases : Volet I (prévu) Volet IB (ajout) • Observation participante et analyse documentaire du matériel (comptes rendus, journal de bord, notes de terrain, courriels, etc.)	
MÉTHODES QUANTITATIVES	
• Questionnaire préintervention (données non présentées)	

Adapté de « The intervention research process in occupational safety and health: An overview from the National Occupational Research Agenda Intervention Effectiveness Research team », par L. Goldenhar, A. LaMontagne, T. Katz, C. Heaney et P. Landsbergis, 2001, Journal of Occupational & Environmental Medicine, 43(7), 617. ©Lippincott Williams & Wilkins, 2001.

PHASES II (IMPLANTATION) et III (ÉVALUATION)	
II. Implantation Processus d'implantation de mesures préventives en SST proposées par les GSI.	• Quelles sont les mesures proposées/quel est le plan d'action ? • Quelles sont les modalités d'implantation ? • Combien de personnes sont touchées par ces changements ? • Dans quelle mesure les PAB participent-ils à l'implantation de la démarche ?

	• Quelles sont les modalités de pérennisation prévues ?
III. Évaluation Étude des effets de l'intervention.	Dans quelle mesure : • L'intervention contribue-t-elle à favoriser la participation des PAB aux activités du CHSLD ?
MÉTHODES QUALITATIVES	
• Entretiens individuels auprès d'informateurs clés des CHSLD pilotes PAB, gestionnaires, membres GSI, autres membres de l'équipe de travail) • Analyse du processus d'implantation et de prise en charge • Observation participante et analyse documentaire du matériel (comptes rendus, journal de bord, notes de terrain, courriels, etc.)	
MÉTHODES QUANTITATIVES	
Outils de suivi : fréquence des réunions, nombre d'heures consacrées au projet, nombre de personnes impliquées	

Dans les deux établissements qui participaient toujours à la recherche (CHSLD « pilotes ») au moment d'amorcer la phase II, un groupe de soutien à l'intervention (GSI) a été constitué. Chaque GSI avait le mandat de développer et d'actualiser un plan d'action misant sur la recherche de solutions concrètes. Afin de favoriser la participation des PAB, tant individuellement que collectivement, chacun des GSI a été majoritairement constitué de préposés. Y ont aussi siégé des chefs d'unité (un par GSI), ainsi que des représentants de collègues issus d'autres professions (infirmière, infirmière auxiliaire, auxiliaire de service). Le nombre de personnes au sein de ces GSI a varié selon la taille des CHSLD (nombre moyen estimé à environ 10 personnes). Un appel à tous, facilité par un processus « interne » (approche de personne à personne), a permis de recueillir le nom de participants volontaires en fonction de l'appartenance à divers critères préétablis : secteur, sexe, ancienneté, quart de travail, qualités recherchées (connaissance du milieu de travail, crédibilité auprès des collègues, leadership).

Chacun de ces GSI est devenu le moteur principal du projet local d'intervention. C'est via ces GSI, prévus pour occuper un rôle tout à fait central dans chacun des centres pilotes, qu'ont été développées et dans certains cas implantées – à la lumière des résultats des phases préliminaires de recherche et du questionnaire préintervention – les mesures

préventives locales, en appui avec les structures en place, de façon à favoriser la collaboration entre les PAB, les autres groupes de soignants et les gestionnaires immédiats et l'adhésion partagée aux projets proposés. Les membres du GSI ont été libérés périodiquement pour participer aux activités du GSI, selon des modalités différentes dans les deux centres pilotes. Afin de leur permettre d'exercer leur rôle de façon optimale, ils ont été outillés et accompagnés par l'équipe de recherche, qui disposait de l'expertise et des outils simples, « clés en main » et conviviaux, développés dans le cadre de ses travaux antérieurs en recherche interventionnelle⁵.

Les phases II et III ont contribué à identifier certains des facteurs qui ont favorisé ou entravé le processus d'intervention lui-même (et, le cas échéant, l'implantation des mesures développées) et d'évaluer les effets de la démarche d'intervention. Les collectes de données retenues se sont principalement appuyées sur des méthodes qualitatives (observation participante, entretiens avec les informateurs clés, analyse documentaire), ce qui a permis de documenter de façon systématique les changements organisationnels proposés dans le milieu, le contexte dans lequel l'intervention s'est déroulée et les facteurs qui ont facilité ou entravé son implantation et la prise en charge de la démarche par le milieu, l'évaluation que font les milieux des changements proposés et, dans un des deux établissements, d'observer le processus de pérennisation du processus d'intervention s'actualiser.

3.4 Outils de collecte de données (entretiens et observations)

Des données qualitatives ont été recueillies au cours des trois phases de l'intervention, soit par observation participante, soit par des entretiens avec des informateurs clés. L'ensemble des données colligées a été soumis, tout au cours du processus de recherche, à une analyse combinée permettant de réaliser une analyse compréhensive et intégrée des résultats de recherche qui a été validée auprès des partenaires du terrain via les GSI.

- Observation participante (phases I, II et III)

Les chercheurs ont participé de façon active à la rencontre du comité consultatif ainsi qu'aux rencontres du GSI en assurant l'animation, en participant aux échanges et en proposant leur expertise méthodologique et théorique. Pour chacune des rencontres, des comptes rendus détaillés ont été produits. Ces documents ont permis de circonscrire l'avancée des travaux des GSI et de documenter les éléments contextuels venant influencer le processus d'intervention. L'ensemble de ces documents a été rassemblé pour réaliser l'analyse documentaire.

⁵ <https://www.irsst.qc.ca/prevention-violence/trousse-a-outils.html>

Un journal de bord a également été tenu par les membres de l'équipe de recherche pour chacun des GSI. Cet outil, complété par le personnel de recherche, a servi à documenter l'ensemble des activités liées à l'implantation (rencontres des GSI, du comité consultatif, échanges hors rencontres et autres activités qui interpellent les activités liées à l'implantation, activités de transfert de connaissances, etc.) et les réflexions des membres de l'équipe de recherche tout au cours du processus d'implantation. Ce journal a été analysé à l'aide d'une grille élaborée afin de dégager les principaux enjeux rencontrés, notamment en termes d'acteurs interpellés par la démarche, de stratégies développées localement pour réaliser les mesures préventives privilégiées (p. ex. stratégies de communication) et de facteurs facilitant et entravant l'intervention.

Afin de documenter certains indicateurs relatifs à la participation aux activités liées au projet d'intervention (activités du comité consultatif et du GSI ; activités parallèles aux rencontres statutaires), un outil de suivi a été utilisé. L'équipe de recherche y a colligé des informations tels le nombre d'heures consacrées au projet, le nombre de personnes impliquées, la fréquence des réunions, le nombre de jours de libération, les sommes investies, etc.

- Entretiens avec des informateurs clés (phases I et I-B, II et III)

Les entretiens ont été effectués auprès de trois catégories d'acteurs : 1) des membres de l'équipe de gestion : des supérieurs immédiats (chefs d'unités), responsables de la mise sur pied des changements organisationnels proposés par les GSI ou d'autres impliqués indirectement dans la démarche d'intervention ainsi que quelques gestionnaires hiérarchiques (directeur de centre), 2) les PAB concernés par les changements organisationnels implantés et 3) des membres des équipes de travail multidisciplinaires, autres que les PAB.

En phase I et I-B, des informateurs clés ont été rencontrés individuellement, sur une base volontaire, dans les trois CHSLD pilotes, afin, principalement, de mieux documenter l'exposition aux facteurs de risque et de protection spécifiques à l'établissement où ils travaillent. Au total, comme on peut le constater au tableau 2, 36 entretiens ont été réalisés en phase I et 21 en phase I-B, pour un total de 50 entretiens. Parmi les informateurs clés ayant participé au temps I-B, sept avaient aussi été rencontrés au temps I. Puisqu'une attention particulière a été portée aux dimensions relatives à la participation des PAB au projet, le groupe le plus fortement représenté lors de ces entretiens est celui des préposés.

En phases II (développement et implantation de la démarche) et III (analyse du processus de développement et d'implantation et des effets anticipés), 15 informateurs clés ont été rencontrés sur une base individuelle et volontaire, et ce dans les deux CHSLD où ont été implantés des GSI. La majorité des participants étaient membres d'un GSI ou avaient été impliqués assez directement dans le

processus mis en place (p. ex. les gestionnaires responsables) et ont été sollicités par un appel à tous lancé par l'équipe de recherche. Chaque gestionnaire impliqué dans l'implantation des différentes mesures a d'ailleurs accepté d'être rencontré. Ces entretiens ont permis, pour la phase II, de documenter attentivement le processus d'implantation des GSI via l'expérience des acteurs concernés puis, pour la phase III, d'analyser finement le processus de développement et d'implantation des interventions, de dégager notamment les conditions gagnantes et les défis rencontrés ainsi que les effets anticipés dans les deux établissements pilotes.

Afin d'assurer la confidentialité des milieux ayant participé à la recherche, des noms fictifs ont été utilisés pour la présentation des résultats dans chacun des établissements participants, soit les CHSLD « du Hameau », « de l'Étang » et « du Parvis ». Rappelons, par ailleurs, que seuls les CHSLD « du Hameau » (région de Québec) et « du Parvis » (région de Montréal) ont poursuivi la recherche aux phases ultérieures, incluant la collecte qualitative des phases II/III (Tableau 2).

Tableau 2. Nombre d'entretiens individuels réalisés durant les phases de recherche

	Entretien I	Entretien I-B	Entretien II/III
CHSLD DU HAMEAU	13	6 (dont 3 du temps I)	7
CHSLD DE L'ÉTANG	13	8 (dont 3 du temps I)	-
CHSLD DU PARVIS	10	7 (dont 1 du temps I)	8

Tous les entretiens individuels ont été enregistrés sur un support électronique, après avoir obtenu le consentement des participants. Le recours à des entretiens de type qualitatif (Poupart, 1997 ; Poupart, 1980) a permis d'explorer plus en profondeur la perspective des travailleurs des CHSLD sur la démarche et les mesures proposées. Ces entretiens semi-dirigés ont été réalisés à partir d'un schéma prédéterminé. Les informations ainsi recueillies ont permis d'identifier la nature des changements organisationnels proposés de même que de documenter le processus d'implantation de la démarche. En raison des bouleversements déjà exposés, il n'a été possible de documenter que les effets escomptés des interventions développées par les GSI, particulièrement dans un établissement où la démarche a mené à une implantation.

Une analyse thématique verticale et horizontale du matériel recueilli a été effectuée (Blanchet, 1992). Pour en faciliter le traitement, les thèmes principaux et secondaires des entretiens (ceux préalablement identifiés dans le schéma d'entretien et ceux qui ont émergé du matériel recueilli) ont été codifiés.

Nous avons procédé à la transcription puis à la codification de chacun des entretiens, via la création de codes et de catégories. L'étape de l'interprétation des données et de la recherche du sens, réalisée via une analyse horizontale du contenu des entretiens, a ensuite été réalisée par une méthode comparative, une méthode permettant de faire ressortir les similitudes et les contrastes dans les propos recueillis et d'en cerner les relations. L'analyse du matériel a suivi les étapes classiques de codification, de catégorisation, de conceptualisation et de mise en relation. L'analyse thématique a été accompagnée d'une analyse compréhensive marquée par un va-et-vient incessant au verbatim intégral de chaque entretien (Kaufmann, 1996). Cette procédure nous est apparue essentielle pour comprendre les logiques d'action et reconstituer les dynamiques organisationnelles et éviter les glissements hors contexte. Les résultats sont présentés à la fois sous forme de texte et d'illustrations (p. ex. : schémas, tableaux, figures).

La description de ce qui a été développé et implanté dans les deux CHSLD a été réalisée en croisant les données qualitatives recueillies tout au long de la démarche de développement et d'implantation des mesures déployées par le GSI. Ces données sont principalement issues de deux sources, soit dans un premier temps l'ensemble du matériel recueilli grâce à l'observation participante et du journal de bord tenu et, dans un second temps, du contenu des entretiens réalisés auprès d'informateurs clés.

3.5 Caractéristiques sociodémographiques des participants aux entretiens qualitatifs

Un portrait des données descriptives recueillies grâce à l'utilisation d'un court questionnaire sociodémographique complété au moment de réaliser les entretiens individuels a été réalisé.

Les caractéristiques sociodémographiques des participants aux temps I (avant la pandémie) et I-B (reprise pendant la pandémie) sont présentées dans les tableaux 3 à 9. On y constate notamment, au tableau 5, que le groupe professionnel le plus représenté lors des entretiens est, comme il l'était souhaité, celui des PAB. On remarque également, dans ce même tableau, que le nombre de gestionnaires fluctue selon la taille de chaque CHSLD. Par ailleurs, les participants sont majoritairement des femmes (Tableau 4), ils sont plus nombreux à avoir un horaire de jour (Tableau 7) et à occuper un emploi à temps plein (Tableau 8) et leur niveau d'expérience est assez varié (Tableau 9).

Tableau 3. Participants aux entretiens, selon le sexe

	CHSLD DU HAMEAU	CHSLD DE L'ÉTANG*	CHSLD DU PARVIS	TOTAL
Femmes	12	17	12	41
Hommes	4	1	4	9
Total	16	18	16	50

Tableau 4 Participants aux entretiens, selon les catégories professionnelles

	CHSLD DU HAMEAU	CHSLD DE L'ÉTANG*	CHSLD DU PARVIS	TOTAL
Préposés aux bénéficiaires	8	7	7	22
Infirmières auxiliaires	2	3	2	7
Infirmières	2	3	2	7
Chefs d'unité/coordonnateurs	3	1	3	7
Aides de service	0	2	0	2
Professionnels	1	1	2	4
Autres	0	1	0	1
Total	16	18	16	50

Tableau 5. Participants aux entretiens, selon les groupes d'âge*

	CHSLD DU HAMEAU	CHSLD DE L'ÉTANG*	CHSLD DU PARVIS	TOTAL
24 ans et moins	0	0	0	0
25 à 34 ans	2	8	2	12
35 à 44 ans	4	4	1	9
45 à 54 ans	8	3	8	19
55 ans et plus	2	1	5	8
Non-réponse	0	2	0	2
Total	16	18	16	50

*Lors d'une participation aux temps I et I-B, l'âge a été retenu en fonction du second temps.

Tableau 6. Participants aux entretiens, selon l'horaire de travail

	CHSLD DU HAMEAU	CHSLD DE L'ÉTANG*	CHSLD DU PARVIS	TOTAL
Jour	10	11	13	34
Soir	2	3	1	6
Nuit	3	1	1	5
Autre	1	1	1	3
Non-réponse	0	2	0	2
Total	16	18	16	50

Tableau 7. Participants aux entretiens, selon le statut d'emploi

	CHSLD DU HAMEAU	CHSLD DE L'ÉTANG*	CHSLD DU PARVIS	TOTAL
Temps plein	11	13	16	40
Temps partiel permanent	4	4	0	8
Temps partiel occasionnel	0	0	0	0
Autre	0	0	0	0
Non-réponse	1	1	0	2
Total	16	18	16	50

Tableau 8. Participants aux entretiens, selon le niveau d'expérience

	CHSLD DU HAMEAU	CHSLD DE L'ÉTANG*	CHSLD DU PARVIS	TOTAL
0-5 ans	9	5	3	17
6-10 ans	2	5	3	10
11 -20 ans	4	5	4	13
21 ans et plus	0	2	6	8
Non-réponse	1	1	0	2
Total	16	18	16	50

Voici, au tableau 9, quelques informations à propos des participants aux entretiens des phases II et III. Ce sont ces mêmes entretiens qui ont permis de recueillir les données pour ces deux phases.

Tableau 9. Nombre d'entretiens individuels réalisés, en phases II/III

	Nombre d'entretiens	Catégorie de participants
CHSLD DU HAMEAU	7	PAB/Inf. aux./Chef d'unité/Directeur
CHSLD DU PARVIS	8	PAB/Infirmière/Chef d'unité/Gestionnaire/Directrice

3.6 Approbation éthique

Cette étude a obtenu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche (CER) en Dépendances, Inégalités sociales et Santé publique (CER-DIS) du CIUSSS Centre-Sud de l'Île de Montréal le 17 avril 2019 (projet : MP-51-2020-499: DIS-1819-75-MP). À chaque étape, le CER a été informé puis a approuvé les modifications au protocole qui ont été nécessaires pour ajuster le devis en fonction de la situation pandémique.

4. RÉSULTATS

4.1 Résultats de la phase I « Développement » : Portraits diagnostiques des trois établissements participants

Au cours de la première phase de cette recherche-action, un exercice d'identification des facteurs de risque et de protection a été effectué pour chacun des deux milieux pilotes. Ce diagnostic a été réalisé grâce à une analyse qualitative en profondeur des entretiens réalisés en deux temps, soit le temps I (avant la pandémie) et en temps I-B (reprise du projet en période pandémique). Un portrait de ces facteurs de risque et de protection sera présenté dans la section 4.1.2.

Toutefois, avant de broser ce portrait des risques ayant émergé de l'analyse, il est d'abord apparu essentiel de réaliser, toujours à partir des données qualitatives recueillies, un bref portrait de chacun des milieux pilotes où seront mises en exergue certaines des caractéristiques propres à ces deux CHSLD. Ce portrait du contexte organisationnel permettra, dans un second temps, une meilleure compréhension des facteurs ensuite dégagés sous l'angle des risques psychosociaux du travail. Le portrait du CHSLD du Hameau est d'abord présenté, suivi de celui du CHSLD du Parvis. Afin d'illustrer ce qui a été dégagé des analyses, quelques extraits de verbatims tirés des entretiens réalisés auprès de travailleurs exerçant différentes fonctions au sein des équipes de soins ont été ajoutés au texte. Ces extraits ont été choisis, car ils témoignent particulièrement bien de ce que vivent les PAB de ce milieu, même s'ils sont parfois exprimés par des collègues exerçant d'autres professions.

Soulignons enfin qu'il a été décidé, pour l'ensemble de la section des résultats, de présenter les données des deux CHSLD de façon distincte, compte tenu de leur diversité et des démarches de développement et d'implantation des mesures préventives proposées de façon indépendante par les deux GSI.

Bien que le CHSLD de l'Étang n'ait pas poursuivi le processus de recherche-action, nous avons tout de même intégré quelques résultats recueillis lors de cette première phase. Ceux-ci seront utiles pour l'analyse croisée des résultats qui sera faite dans la section de discussion.

4.1.1 Portrait du contexte organisationnel de chaque établissement

4.1.1.1 « CHSLD du Hameau » : Bref portrait du contexte organisationnel

Voici les principaux éléments du contexte organisationnel qui ont été dégagés de l'analyse des entretiens réalisés auprès de préposés aux bénéficiaires et d'autres membres des équipes de soins du CHSLD du Hameau. Ces éléments contribuent à

mieux cerner le contexte organisationnel propre à ce CHSLD, tel que décrit par les participants. Six caractéristiques de ce contexte ont particulièrement émergé de l'analyse.

1. Une structure organisationnelle marquée par des transformations importantes.

- Les fusions de 2015 entre CSSS⁶ ont laissé des traces. Et celles-ci avaient été précédées par d'autres fusions qui avaient aussi fragilisé l'établissement. Plusieurs personnes rapportent que le CHSLD jouissait auparavant d'une excellente réputation et que celle-ci a été affectée par toutes ces réorganisations. Il y a encore une certaine forme de nostalgie face à ces changements et à l'intégration dans un grand centre intégré de santé et de services sociaux.

« Depuis les fusions, les équipes sont plus instables. Cela amène de la lourdeur. Avant [...] il y avait des relations peut-être plus développées, un sentiment d'appartenance, du moins l'implication était différente ».

(TI, CHSLD du Hameau, PAB)

- Les réorganisations ont causé une réduction de la taille de l'équipe de gestion en place, alors que les besoins sont plus importants.

« La diminution des gestionnaires, c'est pas vrai que ça n'a pas d'impact [...]. Il y a plus d'ouvrage, notre clientèle est plus lourde, notre personnel est plus jeune, ils ont besoin de soutien, ça roule beaucoup... On a beaucoup plus de décès qu'avant ! On nous demande de faire plus avec moins, on n'arrive pas ! »

(TI, CHSLD du Hameau, Cheffe d'unité)

2. Un même établissement, de multiples réalités.

- L'établissement, de type hospitalier, est de grande taille : il accueille près de 300 résidents.
- Les unités sont prévues pour avoir des vocations propres (ouvert/fermé), mais elles sont plus mixtes dans les faits.
- Chaque secteur a un peu son histoire/sa personnalité et son climat de travail et les chefs d'unité gèrent leurs secteurs de façon assez distincte. De plus, les rythmes, les tâches et l'organisation du travail varient en fonction des quarts de travail (Jour/Soir/Nuit) et des secteurs.

3. Des enjeux de ressources humaines importants.

- Le CHSLD est marqué par un roulement très fréquent du personnel (toutes catégories), y compris chez le personnel d'encadrement. La pénurie de personnel est importante et on rapporte des enjeux de recrutement, de rétention, mais aussi

⁶ Les fusions de 2015 font référence à la Loi 10 visant la fusion des CSSS, institutions publiques locales fournissant des services sociaux et de santé, à des CISSS et CIUSSS de plus grande envergure territoriale. Les modalités de gestion furent modifiées, vers une structure de gouvernance d'imputabilité plus stricte.

de remplacement du personnel absent. Il est donc plus fréquent d'avoir recours au personnel d'agence.

« Depuis environ 2,5 ans, on gère la pénurie. Il faut travailler tellement pour garder notre monde ! Les gens sont fatigués, ça fait des années qu'ils travaillent à effectifs réduits [...] C'est épouvantable. »

(TI, CHSLD du Hameau, Cheffe d'unité)

- Il y a présence d'instabilité dans les équipes, particulièrement dans les secteurs les plus lourds.
 - En période pandémique, cette instabilité a été atténuée en raison des règles sanitaires.

4. Des rapports sociaux tendus, particulièrement dans certains secteurs ou dans certaines équipes.

- Un manque de connaissance entre quarts de travail, peu de communication entre ceux qui travaillent de jour, de soir ou de nuit.

« Ça ne se passe pas bien entre les équipes des chiffres. La nuit, c'est considéré comme les derniers pour donner leur point de vue, souvent c'est comme banalisé, c'est une règle non écrite partout. »

(TI, CHSLD du Hameau, Infirmière auxiliaire de nuit)

- Des tensions multiniveaux sont fréquemment rapportées: intraéquipes/interquarts/interprofessions/intersecteurs.

« Il y a des auxiliaires et des PAB qui jouent au boss sur des unités. Et les gestionnaires acceptent à cause du manque de personnel. »

(TI, CHSLD du Hameau, Infirmière auxiliaire)

- Le milieu est marqué par la présence de beaucoup de « méméragé ».
- La collaboration intra et interprofessionnelle est difficile.

« C'est toujours la guéguerre de champs d'expertise [...] bien moi je suis infirmier je ne veux pas faire des tâches de préposé [...]. Il y a des infirmières qui vont en faire plus [...] il y en a que c'est aucune ("moi je n'en fais pas !)" et il y en a que c'est 4 parce qu'ils savent que le préposé va rusher. »

(TI, CHSLD du Hameau, Infirmière)

- Peu d'appartenance à un « collectif de travail PAB » uni, mais, plutôt, de plus petits groupes fragmentés qui défendent des enjeux qui leur sont spécifiques.
- Une difficulté à intégrer des nouveaux au sein de certaines équipes.

« C'est plus difficile d'avoir quelqu'un de nouveau en raison d'une ambiance plus "rigide". Ils [les anciens] ont conservé leurs anciennes façons de faire, ils sont encore fâchés, ils sont fâchés tout le temps, le chialage est toujours présent, ça contamine les autres, ça empêche aussi les nouveaux de s'intégrer correctement... Ils [les jeunes] ne font plus confiance parce que s'ils posent une question ils se font recevoir. [...] l'accueil des nouveaux est froid. »

(TI, CHSLD du Hameau, inf.)

- Présence de certains enjeux interculturels liés à l'intégration de personnel issu de l'immigration.

[Le participant parle de la présence de conflits qui touchent le personnel immigrant] « Des fois on est à la limite du non-respect, j'trouve, et eux autres ils [les immigrants] sont dans l'extrême respect... il y a vraiment un choc culturel incroyable. »

(TI, CHSLD du Hameau, Cheffe d'unité)

5. Un alourdissement de la clientèle.

- Le milieu dessert une clientèle typique des CHSLD (principalement des aînés en grande perte d'autonomie), incluant un nombre grandissant de personnes ayant des troubles du comportement sévères.
- Des besoins de plus en plus intenses sont présents, mais le portrait « officiel » qu'on dresse de la clientèle est peu représentatif de la réalité, ce qui génère des défis importants pour le personnel (les ressources nécessaires ne suivent pas).

« La clientèle s'est alourdie. [...] Notre vocation change, on n'est plus un milieu de vie comme on était. »

(TI, CHSLD du Hameau, Cheffe d'unité)

6. Une organisation du travail qui a été revue en contexte pandémique.

- Des transformations des façons de faire ont été générées par la pandémie (mesures de protection accrues, stabilisation des équipes pour des raisons sanitaires, etc.).
- Depuis la pandémie, l'équipe de gestion a été bonifiée (augmentation importante du nombre de chefs d'unité).
- Du personnel supplémentaire a été ajouté (arrivée de PAB « Legault » et de personnel via le programme « Je contribue »)

4.1.1.2 « CHSLD du Parvis » : Portrait du contexte organisationnel

Pour le CHSLD du Parvis, voici les principaux éléments qui ont été dégagés de l'analyse des entrevues réalisées en phase I et I-B auprès des PAB, mais aussi d'autres membres des équipes de soins.

Premièrement, de grandes tendances, voire problématiques, influenceraient les conditions de travail des membres du personnel soignant au CHSLD du Parvis. Les plus importantes seraient les suivantes :

a) Enjeux de ressources humaines importants.

- Le manque de ressources humaines serait associé à une pénurie de personnel, mais aussi par des difficultés à maintenir en emploi, en santé, les membres du personnel à l'emploi du CHSLD. Ce manque serait particulièrement marqué et senti pendant les quarts de soir et de fin de semaine.
- L'arrivée massive de nouveaux PAB (PAB Legault) pendant la pandémie a permis de mieux répartir la charge de travail, mais leur intégration ne s'est pas faite sans heurts, autant pour eux que pour les PAB déjà en poste. Il est désormais reconnu qu'une grande majorité de ces nouveaux PAB a quitté l'organisation.

b) Un système d'encadrement défavorable à un sentiment de justice et d'équité.

- Les relations entre l'ensemble de l'équipe d'encadrement des PAB (coordonnateur, chefs d'unité et ASI) seraient caractérisées par une approche, voire un système d'encadrement et de supervision « mou », c'est-à-dire peu étoffé et relativement subjectif.
- Il serait difficile pour plusieurs infirmières (ASI, ICE) qui sont les premières responsables « sur le plancher » de superviser/encadrer les PAB, de trouver un équilibre entre direction et « amitié ».

« Effectivement, il y a un certain leadership que, souvent, les infirmières n'ont pas parce qu'il y a une proximité avec l'équipe, ça fait que c'est difficile d'avoir une proximité avec l'équipe et d'exercer un certain leadership qui peut aller jusqu'à une certaine autorité. »

(TI, infirmière, CHSLD du Parvis)

- Il y aurait une forme d'indifférence acquise à certains comportements, à certains individus par certaines personnes en position de supervision ou d'autorité. L'une des sources de cette indifférence, voire d'impuissance acquise, serait l'expression constante par le personnel de la pénibilité de leur travail, dans un apparent intérêt de négociation ou de recevoir une forme de réconfort. Cette impuissance, voire cet épuisement du personnel d'encadrement, serait aussi marquée par la difficulté à objectiver la lourdeur du travail pour un employé dans une « section » donnée, pendant un quart donné. La tendance à utiliser la « quantité » de résidents et non le travail requis pour bien aider ces derniers serait une source d'un sentiment d'iniquité.

- La pandémie aurait augmenté l'usure de plusieurs chefs d'équipes et de gestionnaires et aurait généré chez plusieurs un état de saturation de plaintes et d'insatisfaction du personnel soignant. Plusieurs gestionnaires (chefs d'unité, coordonnateur) ont d'ailleurs quitté l'organisation après la pandémie.

c) Rapports sociaux tendus entre les PAB.

- La collaboration entre les PAB serait souvent une source de tension au CHSLD du Parvis, particulièrement lors des situations de manque de personnel, lorsque les PAB « travaillent en moins ».
- Ces tensions seraient notamment fondées sur les attentes variables des uns et des autres relativement à ce qui constitue une situation légitime d'entraide (p. ex. : aller aider après avoir terminé ma section, réponse aux cloches, etc.).

« Il n'y a pas d'aide entre... Par exemple, si je fais ma section, et je finis, il faut que j'aide l'autre équipe. Mais, des fois, quand t'en a fait dix et l'autre équipe elle en a fait quatre, tu peux aller encore aider ? Ça n'a pas d'allure. Ça fait que là, comment tu es vu là, c'est mal vu. T'es pas bonne. »

(TI, PAB, CHSLD du Parvis)

- Au-delà de la collaboration, de l'entraide, il y aurait des tensions associées au degré d'engagement, de contributions des PAB. Les PAB centrés sur la tâche, tentant d'en faire le minimum, critiquent le travail des plus engagés, des plus travailleurs. Il serait difficile d'être un bon PAB. En fait, la variabilité des conceptions de ce qu'est un travail bien fait serait une source de stress, de tension entre les PAB des différents quarts, entre les PAB plus et moins expérimentés, etc. Au CHSLD du Parvis, il ne serait pas facile d'être un bon PAB ; être trop bon en comparaison avec les autres pourrait engendrer de la jalousie et d'autres tensions.
- Les « batailles » pour les meilleurs horaires, les meilleurs étages, les heures supplémentaires, seraient aussi des sources de conflits.
- Les relations entre les PAB (comme entre le personnel d'encadrement et les PAB d'ailleurs) seraient marquées par des relations interethniques. Le travail et les communications seraient désormais marqués par la diversité culturelle et de langage. Les échanges en d'autres langues que le français seraient parfois source de conflits. Au CHSLD du Parvis, la prépondérance des PAB d'origine haïtienne a été associée à plusieurs situations d'intimidation ou de harcèlement d'autres communautés ethnoculturelles. Certains considèrent que les employés d'origine haïtienne sont plus disposés que les employés d'autres origines à se plaindre et à entrer en relation de façon conflictuelle.

« C'est par rapport à ça quand je te dis que je me sens en minorité visible. Quand tu vois que la cible, c'est toi, parce que tu es la seule personne qui est différente. Tu te sens un peu... mais vraiment... Ma chance, c'est que j'ai du caractère. Je sais comment me défendre, mais je vois beaucoup de monde qui ne le savent pas. »

(TI, PAB, CHSLD du Parvis)

- La pandémie aurait exacerbé les tendances de certains PAB, soit à travailler seul plutôt qu'en équipe, à faire le minimum requis, à laisser de côté leur rôle relationnel, etc. Les écarts entre les PAB les plus et les moins engagés dans le bien-être des résidents ont été mis en lumière (p. ex. : désir ou refus de travailler sur les unités chaudes, désir ou refus de changer d'étage, etc.)

d) Des efforts d'amélioration centralisés et discontinus.

- Au CHSLD du Parvis, de nombreux projets seraient démarrés, mais peu de transformations effectives et soutenues en découleraient. Les changements de directives, les changements d'orientation (souvent liés à des décisions ministérielles) sont déroutants pour le personnel soignant, qui ne ressentent pas que leur réalité, que l'expérience du terrain sont considérées dans ces décisions :

« Ça veut dire qu'on est comme une balle de ping-pong. Tu sais plus par où y aller. Comment faire ? Personne te consulte : pourquoi, comment le faire, pourquoi c'est arrivé comme ça ? Ça se peut qu'ils ont raison, mais pourquoi ils se mettent pas d'accord avant de rechanger, de changer puis rechanger après ? »

(TI, PAB, CHSLD du Parvis)

« Le problème avec ça, c'est que ça vient en vague. On nous donne des outils, après ça, c'est fini. Qu'est-ce que les gens retiennent ? Je ne sais pas. Il y a des outils qui sont déployés. Est-ce que les gens ont le temps d'aller s'asseoir puis lire le programme AGIR, qui est excellent en soi parce qu'on l'a fait pendant une année ou deux ici, on nous faisait des capsules et tout. »

(TI, PAB, CHSLD du Parvis)

- Des initiatives de SST débutent, mais ne sont pas suivies, des occasions de communication (mi-quart) ne seraient pas animées de façon continue, etc.
- Dans certains contextes, par exemple de stabilité d'une ASI engagée, certaines innovations perdureraient davantage. Le roulement de personnel serait aussi un obstacle à la mise en œuvre pérenne de nouvelles pratiques.

e) Une déshumanisation des approches et des modalités de gestion.

- La déshumanisation des approches de gestion se réalise au profit de l'adoption d'approches plus techniques, voire technocratiques. L'augmentation du recours aux normes, guides, indicateurs, outils contribuerait à l'effritement ou la diminution des relations entre les individus au CHSLD du Parvis.

« On est beaucoup plus dans l'établissement de normes et le respect de ces normes-là, etc. (...) Parce que, pour se faire, pour demander à un employé de faire valoir ses qualités humaines dans son travail, je pense qu'il faut laisser une certaine latitude à la fois à cet employé-là, à la fois à celui qui demande d'avoir cette latitude-là, latitude que nous n'avons plus, la latitude qui n'existe plus. »

(TI, gestionnaire responsable de site, CHSLD du Parvis)

- Ceci rendrait difficiles le démarrage et l'engagement de projets visant à améliorer des dimensions organisationnelles insoumises à ces normes. Cette gestion par normes nuirait à la marge de manœuvre des gestionnaires et à la mobilisation de leurs connaissances et expériences. La gestion par résultats, par l'analyse d'indicateurs, serait incompatible avec des investissements dans des dimensions plus difficiles à mesurer, soutenue par des indicateurs plus « mous » tels que la qualité de la relation entre les PAB et les résidents.

f) La transformation du travail des PAB par les principes de l'approche milieu de vie.

- Un grand mouvement, porté par le vocable « approche milieu de vie » au Québec, marquerait les conditions de travail au CHSLD du Parvis. Bien que louable pour les résidents, qui demandent que le CHSLD leur offre un milieu de vie substitut au sein duquel il fait bon vivre et des soins et services adaptés à leurs besoins et goûts, l'adoption d'une telle approche de soins et services engendrerait certains risques, notamment sur le plan de la charge de travail et de l'environnement physique de travail.

« Bien aujourd'hui, on est obligé de le faire en plus. Parce qu'il y a certaines tâches, avant ça, qu'on ne faisait pas et que maintenant, on est obligé de faire. Je te donne un exemple, elle veut avoir sa plante, mais aujourd'hui, sa plante, elle ne la veut pas là, elle veut la déplacer et la mettre là. "Dès que j'ai un cinq minutes, je vais revenir pour pouvoir replacer votre plante." Non, ce n'est pas comme ça. Pour eux autres, l'autre à côté, elle s'en fout. »

(TI, PAB, CHSLD du Parvis)

- La centration sur les besoins des résidents (qui souhaitent des relations stables) aurait aussi mis fin à la pratique de changement de section des PAB (par exemple, roulement aux trois mois) qui permettait de diminuer l'inégalité dans la charge de travail et les impressions d'injustices.

g) Une structure de communication instable.

- La structure de communication, soit les forums formels et relativement stables de communication, serait caractérisée par une variabilité dans leur forme et leur contenu, une tendance à favoriser la communication d'informations au détriment de la résolution de problème, une exclusion relative des membres du personnel de soir et de nuit ainsi qu'une concentration sur les besoins des résidents.
- Ainsi, selon les participants, la structure de communication actuelle serait peu adaptée à traiter des problèmes qui influencent la SST des PAB.

« On a, tous les jeudis, une période de 30 minutes avec la cheffe d'unité, mais c'était plus pour des activités, d'améliorer la situation auprès des résidents (...) On parle nécessairement des projets et des vies des résidents pour améliorer la qualité des services. Peu importe, il y a plein de situations, mais pas par rapport aux problèmes qu'on vit dans l'étage. »

(TI, PAB, CHSLD du Parvis)

h) Des problèmes de SST.

- Les problèmes de santé et de sécurité des PAB seraient très fréquents, voire omniprésents.
- Les lésions physiques existent, sont bien réelles, mais ne seraient peut-être pas la source la plus importante des problèmes de SST des PAB. Certains PAB considèrent que leurs collègues peuvent exagérer certaines douleurs musculosquelettiques afin de s'absenter. D'autres considèrent toutefois que les TMS sont la source principale de problèmes de SST (par exemple, maux de dos, épaules, poignets, pieds écrasés, etc.), qu'ils sont intrinsèques à leurs tâches. Certains croient que les gestionnaires sont fréquemment sceptiques quant à la réalité des blessures physiques et tendent à croire que les maux n'ont pas été causés par le travail.
- Les blessures « psychologiques » ou émotionnelles seraient, selon certains, les plus communes. Elles mèneraient souvent à des situations d'épuisement ou de somatisation qui engendreraient des absences. Elles seraient plus diffuses, plus difficiles à comprendre, plus difficiles à communiquer, seraient fondamentalement liées à une impression de ne pas être respecté, de ne pas être reconnu comme une personne à part entière, d'œuvrer dans un système désorganisé, aux conflits entre employés.
- Pour plusieurs, il demeure assez clair qu'il est possible de « jouer » avec les règles afin de pouvoir s'absenter, avec ou sans rémunération, pour satisfaire ses intérêts personnels.

4.1.1.3 « CHSLD de l'Étang » : Portrait du contexte organisationnel

Voici les principaux éléments du contexte organisationnel qui ont été dégagés de l'analyse des entretiens réalisés au CHSLD de l'Étang. Il s'agit, précisons-le, d'un petit CHSLD de milieu rural, divisé en deux unités distinctes d'une vingtaine de résidents chacun. Ces unités fonctionnent de façon assez autonome, en « milieux de vie ». De manière générale, le personnel, notamment préposé, est affecté à une seule unité. Parmi les enjeux organisationnels dégagés de l'analyse des entretiens réalisés dans ce centre, voici ceux qui ont particulièrement émergé de l'analyse.

- a) L'éloignement de la haute gestion (les gestionnaires hors des murs du CHSLD).
- b) La division du CHSLD en deux unités très distinctement séparées.
 - Ces unités partagent un climat de travail et un historique particulier.

- L'une d'entre elles accueille des personnes en plus forte perte d'autonomie, ce qui provoque des enjeux en termes de répartition inégale de la charge de travail. Cette situation provoque un sentiment d'injustice ou d'iniquité chez certains PAB.
- c) La pénurie de personnel.
- La difficulté de remplacement du personnel absent ou démissionnaire est importante dans le contexte régional. Cette situation s'est accentuée durant la pandémie, du fait des niveaux de contamination et des départs de personnel.
 - L'arrivée des préposés des cohortes de formation courte a permis un soutien appréciable aux équipes, de même que la présence accrue des aides de service.
- d) Des tensions interpersonnelles sont importantes et la communication peut être difficile.
- Des tensions sont rapportées à tous les niveaux hiérarchiques, entre les préposés eux-mêmes ainsi qu'avec les autres titres d'emploi. Plusieurs soulignent également la présence de « têtes fortes » qui nourrissent négativement le climat de travail.
 - Des difficultés de communication sont souvent évoquées.
 - Avant la pandémie, il y avait des rencontres de travail hebdomadaires qui étaient très appréciées et qui facilitaient la communication, mais celles-ci ont été mises sur la glace pendant la pandémie.
- e) L'alourdissement du profil clinique de la clientèle.
- Les préposés mettent de l'avant la fréquence accrue des troubles du comportement des résidents.

4.1.2 Portrait des facteurs de risque et de protection

L'analyse des entretiens réalisés en phase I et I-B a permis de dégager un portrait des facteurs de risque et de protection présents dans les deux CHSLD pilotes. C'est à partir de ce portrait qu'a été dégagé un diagnostic propre à chacun des milieux qui a, quant à lui, servi de point de départ à l'élaboration d'un plan d'action (phase II du devis) pour chacun des centres d'hébergement. Il importe de noter que ces facteurs qui ont été dégagés, selon le sens qu'ils prennent, peuvent être favorables (+) ou défavorables (-). Ils peuvent donc contribuer au maintien et à la promotion de la santé du personnel ou, au contraire, constituer des risques pour leur santé psychologique ou physique. Nous utiliserons donc les signes « + » et « - » afin de marquer le sens donné par les participants eux-mêmes à chacun de ces facteurs.

Un bilan plus détaillé de ces facteurs sera présenté pour le CHSLD du Hameau, ensuite pour le CHSLD du Parvis. Il s'agit d'abord de facteurs de risques psychosociaux du travail (ou de facteur de protection), qui ont plus souvent été abordés par les participants, mais certains facteurs de risques physiques ou sécuritaires seront également proposés. L'ordre

d'apparition des facteurs présentés ci-bas témoigne, donc, de l'importance de l'évocation de ces facteurs dans le discours des participants.

Bien que ces facteurs soient abordés de façon indépendante, il importe toutefois de noter que, sur le terrain, ceux-ci s'entrecroisent et s'influencent puisque les situations de travail sont complexes et mobilisent différents enjeux, comme le souligne ici un préposé aux bénéficiaires :

« On est placés dans une situation où on doit choisir entre ne pas faire certaines tâches (en sachant qu'on lèse le résident) ou leur faire et courir le risque de blessure (et c'est alors nous qui payons). Il y a un côté moral là-dedans... qui fait qu'on fait des tâches, on se met à risque, car on considère que le client doit recevoir le service (p. ex. il est souillé) : il y a un dilemme, c'est ça le plus difficile dans le travail. »

(TI, CHSLD du Hameau, PAB)

4.1.2.1 CHSLD du Hameau : synthèse des principaux facteurs de risque et de protection dégagés

Parmi les facteurs dégagés lors des entretiens, ceux qui concernent les risques psychosociaux du travail ont été particulièrement récurrents dans le discours des participants. Notamment la présence d'une charge de travail élevée, tant physique qu'émotionnelle. Le manque de soutien social des collègues, ou plus largement les tensions interpersonnelles et les enjeux d'entraide et de collaboration sont aussi revenus très fréquemment dans les témoignages recueillis. D'autres risques psychosociaux du travail chez les PAB ont également été dégagés, mais dans une moindre mesure, dont le manque de reconnaissance, de soutien social du supérieur ou une faible autonomie. Au-delà des risques psychosociaux, des risques de blessures ou des enjeux sécuritaires ont également émergé de l'analyse, particulièrement ceux liés à l'exercice auprès d'une clientèle atteinte de troubles de comportement de plus en plus importants. La présentation sommaire des risques dégagés de l'analyse se retrouve sur les tableaux 10 et 11.

Tableau 10. Facteurs psychosociaux du travail dégagés en termes de risque (-) ou de protection (+) au CHSLD du Hameau

a) Une charge de travail élevée en quantité et en nature (charge physique et émotionnelle).	-	
Le manque de temps pour bien faire son travail/la difficulté d'effectuer le travail prescrit dans l'horaire de travail. <i>« Tout le monde court, tout le monde est tirailé, on choisit les priorités, le temps qu'on donne aux résidents [...]. Si t'as moins de temps pour t'occuper de tes patients, tu as l'impression de faire ton travail à moitié. »</i> (TI, CHSLD du Hameau, inf. aux)	-	
Une forte imprévisibilité en raison de la nature du travail et du manque de personnel. <i>« Tu as toujours les talons dans les fesses, tu ne sais pas telle journée qu'est-ce qui va arriver... »</i> (TI, CHSLD du Hameau, PAB)	-	
La lourdeur de la clientèle qui varie selon les secteurs alors que les ressources ne sont pas nécessairement partagées en conséquence.	-	
Des rôles et tâches partagées mal compris/mal définis.	-	
Des heures supplémentaires nécessaires, mais non obligatoires (*en contexte de pandémie : les heures supplémentaires ont été réalisées sur une base volontaire).	-	
L'intégration de personnel supplémentaire (PAB « Legault » et « Je contribue ») (*en contexte pandémique).		+
- Une charge supplémentaire liée à la gestion des cas de la COVID-19 (*en contexte pandémique). - Des stratégies de gestion de cas qui fluctuent constamment.	-	

• Une charge émotionnelle élevée. ○ Le sentiment de ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité. <i>« T'arrives chez vous, puis t'as pas le sentiment d'avoir accompli toutes tes tâches dans ta journée puis ça, ça m'affectait beaucoup. Parce qu'on travaille avec des humains puis je trouve que c'est pas normal d'avoir ce sentiment [...] Dans [nom du secteur], tu cours, tu cours toute la journée, t'es stressée puis t'arrives chez vous puis t'as le sentiment que t'as pas accomplis ce que t'avais à faire parce qu'il y a beaucoup d'approche relationnelle. »</i> (TI, CHSLD du Hameau, PAB) ○ La peur que les « autres » (nouveaux, personnel d'agence) commettent des erreurs et mettent les résidents en danger ou ne donnent pas les soins adéquats. <i>« Par exemple, il [personnel d'agence] travaille la porte ouverte [...] C'est lui qui a donné le bain à Monsieur Simard [nom fictif], puis il l'a laissé partir seul. C'est une catastrophe ! Le monsieur peut tomber n'importe quand. [...] Sa place n'est pas ici. Il ne connaît pas les notions de base. »</i> (TI-B, CHSLD du Hameau, PAB) ○ L'exposition à des situations traumatisantes (particulièrement en période pandémique, mais pas uniquement). <i>« Ils venaient les chercher, fallait que tu les [résidents décédés] mettes dans la toile [...] Tu ne savais pas quel bord ils prenaient... Ils n'avaient pas le droit de visite [...] C'est triste en maudit. Les voir dépérir de même, tout seuls, c'est triste, c'est triste [...] C'est inquiétant. »</i> (TI-B, CHSLD du Hameau, PAB) ○ Les agressions, les menaces, les propos qui dérangent. <i>« Elle [une résidente difficile] te regardait, elle savait où aller te chercher, où appuyer [...] Ça m'est arrivée une fois de me faire dire la même chose 8 heures de temps. Elle te déterre tes vieilles</i>	- - - -	
---	---	--

<i>bibittes. Je suis arrivée dans mon char puis je suis partie à pleurer [...] C'est dur pour la tête... »</i> (TI, CHSLD du Hameau, PAB)		
b) Un manque de soutien des collègues/d'autres membres de l'équipe.	-	
- Le manque d'esprit d'équipe, de cohésion dans certains groupes, certaines équipes pour aider à accomplir les tâches/manque de collaboration et d'entraide, voire du « chacun pour soi ». - Ce manque d'esprit d'équipe fluctue selon les équipes : - Certaines équipes sont très serrées et le travail d'équipe est perçu comme une force. <i>« Moi je suis chanceuse, j'ai une excellente auxiliaire, on fait un travail d'équipe assez phénoménal, on est sur la même longueur au niveau de nos rôles avec nos résidents, on n'a pas besoin de se parler, c'est cette chimie-là ! L'équipe ! »</i> (TI, CHSLD du Hameau, PAB) - Dans d'autres équipes, c'est plutôt du « chacun pour soi », il n'y a pas de sentiment d'appartenance ni de collaboration. <i>« [Il faudrait] que les gens s'entraident, pas que les gens restent assis. On dirait qu'ils attendent que c'est quelqu'un d'autre qui y va. Les gens sont blasés, [...] C'est un deuil, elle est terminée cette époque-là [où il y avait de l'entraide]. »</i> (TI, CHSLD du Hameau, PAB) - Souvent, c'est un enjeu d'organisation du travail qui explique le manque d'entraide. <i>« C'est pas par mauvaise volonté, j'en suis certaine. C'est qu'ils demandent de l'aide, mais l'aide ne vient pas, ils ne peuvent pas attendre une demi-heure. En même temps, les autres aussi sont dans les bains. Il y a comme une mauvaise organisation. »</i> (TI, CHSLD du Hameau, ASI)	- - -	+

• Un manque de collaboration interprofessionnelle. ○ Dans certaines équipes, la collaboration interprofessionnelle est présente alors que, dans d'autres équipes, elle est plus difficile à obtenir et cela peut dépendre des personnes en place. <i>« Les infirmières, elles sortent de l'université et c'est comme s'il ne fallait plus qu'elles lavent des résidents. [...]. Les petites bachelnières qui sortent ne sont pas comme moi : on donnait des toilettes, on alimentait [...] Avec les années on a mis sur un plateau d'argent le rôle de l'infirmière [...]. Quand l'infirmière était beaucoup plus terrain, elle aidait plus [...] Ça, ça se fait plus du tout !! Zéro plus une barre [...] Il y a des crisettes. »</i> (TI, CHSLD du Hameau, Cheffe d'unité)	-	+
• Un contexte peu propice au soutien (manque de temps, tension, fatigue). <i>« Dans le mouvement du matin, c'est bien dur de trouver quelqu'un qui va prendre le temps de venir t'aider. En même temps, tu veux pas déranger, ça fait que là, je vais m'essayer toute seule, puis si je force trop, j'irai chercher quelqu'un. Des fois, je prends l'initiative, mais je ne devrais pas parce s'il arrive de quoi, ils vont me dire que, sur mon plan de travail, c'est écrit à 2. »</i> (TI, CHSLD du Hameau, PAB)	-	
• En contexte de pandémie, il y a eu une perte d'occasions de soutien.	-	
c) Une faible reconnaissance des préposés aux bénéficiaires.	-	
• Les PAB sont au bas de l'échelle hiérarchique, leur rémunération est plus basse et ils ont peu de perspectives de promotion. <i>« Ça reste celui qui est en bas de l'échelle. Si on enlève de la job à quelqu'un, on l'enlève par en bas [...] Le préposé, il n'a personne à qui l'envoyer [...] Ils ne sortent pas toujours satisfaits de leur journée... »</i>	-	

(TI, CHSLD du Hameau, ASI)		
Sur une base « historique », les PAB considèrent qu'ils reçoivent moins de reconnaissance qu'« avant » les fusions de 2015.	-	
La reconnaissance de la direction est très rare, car celle-ci est trop rarement sur le « plancher » et ne peut constater le travail qui se fait réellement.	-	
Les préposés reçoivent régulièrement des manifestations de reconnaissance de la part des résidents et de leur famille, ce qui donne beaucoup de sens à leur travail.		+
Les PAB sentent, en général, qu'on tient compte de leur point de vue.		+
En général, les PAB s'estiment consultés, entendus (note : les opinions sont ici nuancées).		+
Par contre, faible intégration du personnel de soir et de nuit.	-	
- La participation des PAB est possible et souhaitée dans l'établissement. - Les PAB sont toujours invités aux rencontres interservices et aux caucus. - Il y a une volonté exprimée dans cet établissement que les PAB prennent plus de leadership, mais leur prise de parole est inégale. <i>« Il y en a qui n'en veulent pas du tout de ces mandats-là [rôle de PAB-accompagnateur], qui préfèrent faire leurs petites tâches. »</i> (TI, CHSLD du Hameau, ASI)	-	+
Il leur est difficile de participer dans certains mandats, faute de temps.	-	
d) Un soutien des supérieurs à bonifier.	-	+

- Le sentiment que les PAB sont généralement bien soutenus par les supérieurs immédiats (chefs d'unité), qu'ils ont une bonne écoute, mais ceux-ci sont trop éloignés (très occupés le jour et le soir et absents la nuit). - Les gestionnaires n'ont pas nécessairement les moyens de soutenir le personnel qu'ils encadrent. <i>« C'est vrai un moment donné que ça devient lourd parce que [...] la majorité des gens qui viennent nous voir, ils ont des besoins, ils ont des préoccupations, des inquiétudes, des chicanes. [...] Les employés sont épuisés, mais on n'a pas les bonnes réponses [...] Ça aussi, c'est lourd! [...] C'est questionnable comme gestionnaire [...] Il y a beaucoup de remises en question présentement. »</i> (TI, CHSLD du Hameau, Cheffe d'unité)	-	+
La haute gestion est trop éloignée du terrain.	-	
Les gestionnaires immédiats ne sont pas formés adéquatement pour la gestion des ressources humaines (p. ex. : résolution de conflits, incivilités, comportements inappropriés).	-	
En contexte de pandémie, il y a présence accrue du personnel de gestion, ajout d'un responsable de site et de chefs d'unités. <i>« Ça peut juste être positif, on voit qu'il y a quelque chose qui se fait, on est quand même assez surpris, c'est moins maussade [...] C'est bon pour le moral. »</i> (TI-B, CHSLD du Hameau, PAB)		+
e) Une faible autonomie décisionnelle.	-	
Une perte de marge de manœuvre assez généralisée depuis les fusions, et ce, pour tous les groupes professionnels.	-	
En contexte de pandémie, une perte d'autonomie marquée pour les soignants puisque la logique est plutôt celle du « top down ».	-	

Le niveau d'autonomie des PAB varie en fonction des situations (p. ex. on rapporte qu'il y aurait plus d'autonomie le soir et la nuit que le jour).	-	+
Il y a des efforts déployés pour que les PAB participent davantage, mais les préposés ne profitent pas nécessairement de cette place qu'on leur offre. « Les PAB devraient l'animer [le caucus], mais c'est difficile, on veut leur donner de la latitude, quelque chose dans quoi ils vont s'impliquer et agir, mais on dirait que c'est difficile pour eux de prendre le leadership [...] On dirait qu'ils n'osent pas trop. » (TI, CHSLD du Hameau, ASI)		+

Tableau 11. Risques de blessures physiques et risques sécuritaires au CHSLD du Hameau

a) Des risques de blessures physiques (principalement: épaules, coudes, bras, poignets). Facteurs en cause: état des résidents, déplacements nombreux, manque de personnel/manque de soutien (être « seul »); aménagement des lieux. « Mais j'vous dis pas que mes épaules ne sont pas maganées! [...] Beaucoup de déplacements combinés au manque de personnel. [...] Les épaules, forcer tout le temps, éviter des chutes [...]. Le dos, les épaules, c'est vraiment difficile! Et la rétropulsion. » (TI, CHSLD du Hameau, PAB)	-
b) Des risques sécuritaires. Facteurs en cause: troubles du comportement chez des résidents (se faire tirer, recevoir des coups de pied, coups de poing, coups dans le ventre, pincements, morsures, crachats, tirer, se faire pousser, etc.). « C'est dur physiquement et mentalement. On n'est pas payés pour être des boxeurs [...] C'est très fréquent, presque tous les jours. On s'habitue. C'est la partie du travail la plus difficile [coups, blessures]. » (TI, CHSLD du Hameau, PAB)	-

4.1.2.2 CHSLD du Parvis : synthèse des principaux facteurs de risque/protection dégagés

À partir de l'analyse des entrevues réalisées au CHSLD du Parvis en phase I et I-B, différents facteurs de risque et de protection ont été dégagés (Tableaux 12 et 13). Parmi ces facteurs, on retrouve une charge de travail élevée, des enjeux liés au soutien social des collègues et des supérieurs — qui émergent dans un contexte marqué par des relations interpersonnelles souvent tendues — mais, aussi, le manque de reconnaissance à l'égard des préposés aux bénéficiaires et une faible autonomie décisionnelle. Il a aussi été question des risques de blessures et des enjeux sécuritaires auxquels les préposés sont exposés. Ces facteurs sont ici présentés en donnant des exemples de la façon dont ils ont été rapportés et en spécifiant si ceux-ci peuvent être considérés en tant que « protection » (« + ») ou « risque » (« - »).

Tableau 12. Facteurs psychosociaux du travail dégagés en termes de risque (-) ou de protection (+) au CHSLD du Parvis

a) Une charge de travail élevée en quantité et en nature (charge physique et émotionnelle). (Nuance : l'appréciation de la charge varie selon le secteur, le quart de travail, les réalités seraient différentes)	-	
Le manque de temps pour bien faire son travail/la difficulté d'effectuer le travail prescrit dans l'horaire de travail. « Bien, des fois, comme je vous ai dit, il faut courir, courir, courir. Vraiment, on court, on court, on court pour arriver vraiment aux tâches qu'on a [...] On ne leur donne pas le temps qu'il faut [...] De 15 h 30 à 17 h 15, il faut donner le bain, il faut changer le monde et, comme la madame qui part aux dialyses, il faut la changer avant qu'elle parte aux dialyses, il faut lui donner sa collation [...] Il faut courir, courir, courir pour arriver vraiment. » (TI, CHSLD du Parvis, PAB)	-	
Peu de périodes plus calmes et difficulté de prendre des pauses pour arriver à répondre aux besoins des résidents.	-	
En temps de pandémie, l'isolement des résidents a fait en sorte d'accroître l'importance du travail relationnel ; la présence des PAB auprès des résidents a été grandement sollicitée.	-	
Un manque important de ressources humaines.	-	

« Le fait que le personnel n'est jamais régulier, qu'on a de la misère à maintenir notre personnel. Si on met quelque chose en place, c'est beau, mais après un mois, la moitié du monde a changé ! ». (TI, CHSLD du Parvis, PAB)		
Un taux d'absentéisme important qui accentue la charge. « Je sais qu'il y a beaucoup d'absence. C'est incroyable comment il y a de l'absentéisme. C'est incroyable ! Je regarde les listes d'employés, la moitié des équipes régulières sont remplacées [...] SAAQ, CSST, assurance salaire, un mélange de tout là ; des femmes enceintes, etc. C'est une réalité. » (TI, CHSLD du Parvis, Coordonnateur)	-	
- La clientèle s'alourdit, mais les ressources ne suivent pas et il y a conséquemment un écart entre le travail « prescrit » et le travail « réel ». « [...] Le ratio est calculé avec les heures soins, évidemment, mais dans ce calcul-là, toutes les choses que les préposés ont à faire, ce n'est pas inclus et la dégradation n'est pas incluse, alors ils se retrouvent avec des surcharges importantes. » (TI, CHSLD du Parvis, Infirmière) - L'arrivée de résidents ayant des besoins plus intenses, qui nécessitent des installations plus complexes. - Certains résidents qui manifestent beaucoup leurs exigences, ce qui met beaucoup de pression sur les PAB. - Des soins particulièrement lourds sont à donner dans certains secteurs qui accueillent une clientèle dont les besoins sont très intenses.	- - -	
Le fonctionnement propre à l'approche « milieu de vie » contribue à accentuer la charge du personnel et demande beaucoup de flexibilité, car il y a plus d'imprévisibilité.	-	

Des rôles et tâches partagées mal compris/mal définis.	-	
Des heures supplémentaires nécessaires, mais non obligatoires (*en contexte de pandémie : les heures supplémentaires ont été réalisées sur une base volontaire).	-	
L'intégration de personnel supplémentaire (PAB « Legault ») (*en contexte pandémique), mais qui est pour la plupart parti ensuite.	-	+
- Une charge supplémentaire liée à la gestion des cas de la COVID-19 (*en contexte pandémique). - Des stratégies de gestion de cas qui fluctuent constamment.	-	
Une charge émotionnelle élevée. - Le sentiment de ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité, de ne pas pouvoir donner le temps nécessaire aux résidents. <i>« Je la mets au lit et je passe à un autre [...] Ils ont des questions, ils veulent parler, ils veulent placer le pied d'une façon, la main d'une autre façon, ils ont des besoins qu'ils expriment clairement ce qui fait que tu as un temps plus long à passer avec chacun. »</i> (TI, CHSLD du Parvis, Inf. aux.) - L'exposition au décès de résidents avec lesquels des liens s'étaient développés. - L'impression de devoir se battre pour bien représenter le résident, pour témoigner en sa faveur et être entendu (se sentir « responsable » du résident). <i>« Je suis partie en burnout parce que justement, je prends trop à cœur mes résidents et tout le kit. C'est plate de se faire tout le temps sentir menteuse quand tu dis que le résident ne va pas bien, "on pourrait essayer ça." "Non, c'est moi qui décide, c'est moi qui va savoir." Des fois, tu as l'idée, et tu donnes l'idée, mais</i>	- - - -	

<i>ton idée, elle n'est jamais bonne parce que ça n'a pas sorti de l'infirmière. Ça, ça arrive souvent. »</i> (TI, CHSLD du Parvis, PAB)		
b) Un manque de soutien des collègues/d'autres membres de l'équipe.	-	
○ Un contexte peu propice au soutien (manque de temps, tension, fatigue). <i>« Oui [en général le climat est bon]. Comme je vous dis, s'il manque quelqu'un, là, c'est comme si la pression augmente. Là, tout le monde est fâché, tout le monde est stressé, c'est juste ça. Interviewer : C'est là que ça peut créer certains conflits. »</i> (TI, CHSLD du Parvis, Inf. aux.)	-	
○ En contexte de pandémie, il y a eu une perte d'occasions de soutien.	-	
• Le climat est marqué par des tensions entre individus et groupes, notamment par des groupes de préposés qui « font la loi », des « têtes fortes » qui gèrent des problèmes eux-mêmes, en fonction de leur propre intérêt et qui mettent beaucoup de pression sur les autres.	-	
○ Cette réalité a été exacerbée pendant la pandémie, des PAB refusant d'appliquer les bonnes pratiques ou, par exemple, d'aller travailler sur certaines unités.	-	
○ Dans certains cas, il y aurait des manifestations propres à l'incivilité, la violence ou le harcèlement et il semble assez difficile de rapporter ces situations et d'aller chercher du soutien.	-	
• Le niveau d'engagement et de contribution de chacun constitue un des objets de tension dans les équipes.	-	
• Les tensions interculturelles semblent assez importantes notamment la présence de groupes plus fermés, souvent sur une base ethnoculturelle, qui est défavorable au soutien.	-	

○ Les membres de certaines communautés ethnoculturelles se protégeraient entre eux, au détriment d'autres travailleurs qui se sentent mis à l'écart. <i>« Avant, quand j'arrivais ici, pour moi, c'était difficile. C'est un autre pays. C'était une autre culture complètement différente [la personne réfère à la dimension multiethnique]. Puis, j'étais beaucoup blessée. Dans trois années, je me cachais à la toilette pour savoir qu'est-ce que je fais, comment je vais réagir. Ça a été très dur, pendant trois ans. Je pleurais derrière la toilette, toujours, en cachette. »</i> (TI, CHSLD du Parvis, Infirmier)	-	
• Un manque d'esprit d'équipe, de cohésion dans certains groupes, certaines équipes pour aider à accomplir les tâches/manque de collaboration et d'entraide, voire du « chacun pour soi » alors que d'autres équipes sont plus soutenantes. - Certaines équipes sont très serrées et le travail d'équipe est perçu comme une force. <i>« Avoir un bon lien avec son équipe, une équipe agréable, une équipe qui s'entraide. C'est sûr, s'il manque un préposé, deux préposés, une équipe qui s'entend va apprendre rapidement à répartir les tâches, va faire le nécessaire. Une équipe qui s'entend pas bien puis qui a des frictions dedans, vous venez lui ajouter un manque, ça va exploser ! »</i> (TI, CHSLD du Parvis, Infirmière) - Certains membres des équipes prennent des initiatives pour soutenir leurs collègues. <i>« La première fois que c'est arrivé, c'était quelqu'un qui m'a défendu. C'était quelqu'un qui a pris ma défense. Alors j'étais contente de savoir que je comptais pour la personne. Je pensais que personne me remarquait, remarquait cette sorte d'agression psychologique que j'ai subi souvent. Puis c'est quand la personne a agi en ma faveur, je me sentais comme [...] bien, dans le sens de dire "bien, je compte". »</i> (TI, CHSLD du Parvis, PAB)	-	+
		+
		+

- Des tensions interculturelles font en sorte que certaines personnes se sentent mises de côté, laissées à elles-mêmes. Cela se manifeste notamment lorsque des groupes parlent une langue commune, incomprise des autres. <i>« Des fois, je me sens comme une minorité visible. Tu comprends ? Des fois, quand ça parle dans une autre langue que je ne comprends pas du tout, je me sens [...] J'ai déjà parlé aux autres, de dire que ce n'est pas correct de le faire ni devant le résident ni devant moi [...]. Ils ont accepté, mais ils continuent à le faire tous les jours. Des fois, quand tu sens que tu arrives dans un étage et tu es la seule personne qui est, entre guillemets, différente [...] C'est ça aussi un autre problème. »</i> (TI, CHSLD du Parvis, PAB)	-	
• Un manque de collaboration interprofessionnelle. - Ce manque de collaboration interprofessionnelle fluctue selon les équipes. Dans certaines équipes, la collaboration interprofessionnelle est présente alors que dans d'autres équipes, elle est plus difficile à obtenir et cela peut dépendre des personnes en place.	- -	+ +
• La présence d'un psychologue qui peut offrir du soutien afin d'aider dans des situations d'impasses avec des résidents.		+
c) Une faible reconnaissance des préposés aux bénéficiaires.	-	
• Une partie des PAB ne sent généralement pas que leur réalité est considérée, que leur expérience de terrain est reconnue, notamment pour la prise de décisions. Ils sentent plutôt qu'ils sont considérés comme les « derniers », au bas de l'échelle. ○ Le fait que les PAB n'aient pas le droit de prendre connaissance du contenu des dossiers cliniques des résidents constitue, à leur avis, un exemple de la non-reconnaissance des PAB.	-	

• Sur une base « historique », les PAB reçoivent moins de reconnaissance qu'« avant » les fusions de 2015.	-	
• La reconnaissance de la direction est très rare, car celle-ci est trop rarement sur le « plancher » et ne peut constater le travail qui se fait réellement.	-	
• La reconnaissance s'exprime différemment d'un gestionnaire à l'autre, d'une équipe à l'autre. Parfois, elle est jugée adéquate et parfois non.	-	+
• Les activités formelles de reconnaissance sont assez rares, mais il y en a (par exemple, un barbecue) mais peu accessibles à tous (par exemple, pour le personnel de nuit).	-	
• Les préposés reçoivent des manifestations de reconnaissance de la part des résidents, ce qui donne de sens à leur travail, la dimension « relationnelle » du travail.		+
• En général, ils s'estiment consultés, mais pas toujours entendus.		+
○ Par contre, faible intégration du personnel de soir et de nuit.	-	
• La participation des PAB est possible et souhaitée dans l'établissement.		+
○ Les PAB sont invités aux rencontres mi-quarts, aux caucus, sauf ceux de nuit.	-	+
○ Ces rencontres sont généralement des occasions pour partager de l'information, mais ne sont pas habituellement des lieux où les préposés peuvent être entendus sur ce qui les préoccupe (par exemple, tensions interpersonnelles, conflits). Cependant, certaines de ces rencontres d'équipe permettent d'offrir du soutien aux équipes, pour les aider à intervenir auprès de résidents exigeants au plan psychologique.	-	+

○ Il y a une volonté exprimée que les PAB prennent plus de leadership, mais leur prise de parole est inégale.	-	
● Il leur est difficile de participer dans certains mandats, de les libérer suffisamment de leurs fonctions habituelles pour leur permettre de contribuer de façon significative.	-	
d) Un soutien des supérieurs à bonifier.	-	+
● L'évaluation du soutien des supérieurs varie selon les personnes en place, mais, aussi, en fonction d'autres critères comme l'horaire de travail, par exemple. ○ Il y avait autrefois une plus grande présence et plus de disponibilité des supérieurs immédiats (le ratio de chefs d'unité a diminué avec le temps) et la communication était globalement meilleure entre gestionnaires et membres de l'équipe. <i>« On a plus d'outils, plus de techniques, mais comme moins de relations humaines, moins de chaleur humaine, moins de contacts. [...] pour pouvoir vivre et pour pouvoir avancer, on a besoin de la communication et de la chaleur humaine. Un poteau avec un levier dessus, ça ne me donne pas grand chaleur, ça me donne des bras parce que ça me facilite mon travail, j'ai juste à peser sur un piton et le petit monsieur ou la petite madame se ramasse au-dessus de son lit, on le redescend, on l'installe, mais la communication dans tout ça »</i> (TI, CHSLD du Parvis, inf. aux.) ○ Pendant la pandémie, la présence de gestionnaires « sur le terrain » aurait amené certains PAB à découvrir leur côté plus humain. ○ Les chefs d'unité ont un rôle important auprès des employés, ce sont ceux qui sont les plus présents. <i>« Ils [les chefs d'unité] sont là, ils t'écoutent. Si tu as un problème, ils sont là pour t'aider tout de suite. Par exemple, pour des besoins familiaux aussi ils sont là, si tu as besoin d'aide [...] Ils comprennent les situations. [...] C'est grâce à eux que je suis encore là, sinon... »</i> (TI, CHSLD du Parvis, PAB)	-	+

○ Les gestionnaires n'ont pas nécessairement les moyens de soutenir le personnel qu'ils encadrent, considérant l'ampleur des leurs tâches administratives. ○ Une critique récurrente : les cadres ne gèrent pas les situations de préposés problématiques.	-	
• Une certaine subjectivité de l'encadrement associée à des particularités ethnoculturelles. Des rapports d'amitié/de proximité entre infirmières en situation de gestion (ASI, ICE) et certains PAB de même origine, qui provoquent un sentiment d'iniquité.	-	
• Une impression de manque de justice : certains employés se verraient tout permis (par exemple, retards, mauvaises pratiques) alors que d'autres redoubleraient d'ardeur pour compenser. <i>« Si dans tes 10 ou 20 employés que tu vois qu'il y en a deux qui sont pas bons du tout, tu vas les changer, non ? Parce que tu dis : ça va ralentir la production, la production a pas l'air très bonne. Tu vas le faire, mais ici, c'est pas le cas, la façon. On va donner la surcharge aux huit autres pour que ça fonctionne, pendant que ces deux-là... C'est ça que je te parle par rapport au contrôle. »</i> (TI, CHSLD du Parvis, PAB)	-	
• La haute gestion est trop éloignée du terrain, apparemment insensible aux enjeux qui influencent leur SST.	-	
• En période pandémique, le manque de relations entre PAB et gestionnaires aurait été accentué en raison du contexte de crise.	-	
• Les gestionnaires immédiats semblent impuissants ou insensibles à l'égard de comportements incivils ou non-professionnels (par exemple, intimidation, retards récurrents, etc.). ○ Ils n'arrivent pas à soutenir adéquatement les employés qui portent plainte ou qui signalent les situations. ○ Plusieurs ont le sentiment qu'ils laissent aller les situations problématiques, qu'ils ne gèrent pas les conflits, que les	- - -	 +

personnes fautives ne sont pas sanctionnées. Certains gestionnaires agiraient par ailleurs pour gérer les conflits. <i>« Gérer un conflit rapidement avec des résultats qui satisfont les deux partis, c'est déjà éliminer les stress pour les préposés aux bénéficiaires. [...] Moins de conflits possibles non réglés, parce que des conflits, il y en a toujours, mais il faut offrir les mesures de les régler. Permettre aux gens, vraiment, de se déployer, de donner leur plein potentiel. »</i> (TI, CHSLD du Hameau, Infirmier)		
e) Une faible autonomie décisionnelle.	-	
Une perte de marge de manœuvre assez généralisée avec les nouvelles modalités de gestion par « normes » et en raison de la résistance du milieu. <i>« [...] Pour demander à un employé de faire valoir ses qualités humaines dans son travail, je pense qu'il faut laisser une certaine latitude à la fois à cet employé-là, à la fois à celui qui demande d'avoir cette latitude-là, latitude que nous n'avons plus, latitude qui n'existe plus. De toute façon, dans un contexte aussi de gestion par résultats, ça devient difficile d'aller chercher la mesure sur ces éléments-là. [...]. C'est moins propre aussi au milieu des soins infirmiers. Il y aurait, possiblement, une certaine résistance »</i> (TI, CHSLD du Hameau, Coordonnateur).	-	
En contexte de pandémie: perte d'autonomie marquée pour les soignants puisque la logique est plutôt celle du « top down ».	-	
Le niveau d'autonomie des PAB varie en fonction des situations (p. ex. on rapporte qu'il y aurait plus d'autonomie le soir et la nuit que le jour).	-	+
Peu de consultation des préposés aux bénéficiaires ou peu de prise en considération de ce qu'ils partagent. <i>« [...] On est comme une balle de ping-pong. Tu sais plus par où aller. Comment faire ? Personne te consulte : pourquoi, comment le faire, pourquoi c'est arrivé comme ça ? Ça se peut qu'ils ont raison,</i>	-	

<i>mais pourquoi ils se mettent pas d'accord avant de rechanger, de changer puis rechanger après ? »</i> (TI, CHSLD du Parvis, Professionnel de réadaptation)		
---	--	--

Tableau 13. Risques de blessures physiques et risques sécuritaires au CHSLD du Parvis

a) Risques de blessures physiques (principalement le dos). Facteurs en cause: contraintes physiques liées à la mobilisation des résidents, devoir faire « seul » (manque de personnel/manque de collaboration) ou choisir de faire « seul » alors qu'on devrait être deux pour certaines tâches ; aménagement des lieux selon la volonté des résidents [orientation « milieu de vie »]. <i>« Avant [...] on plaçait la chambre selon qu'est-ce que notre travail nous permettait, ça fait qu'il y avait beaucoup moins de blessures aussi. Là, maintenant, oubliez ça, la personne entre et c'est embourbé de boîtes, embourbé de toutes choses et on ne peut plus tasser [...] On n'a plus un mot à dire là-dedans parce que le résident a raison, nous, on n'a pas raison. Si on a à se blesser, pour eux, ce n'est pas leur problème, c'est notre problème. »</i> (TI, CHSLD du Parvis, PAB) <i>« Quand tu as besoin d'être deux personnes et que la personne n'est pas là [...] ça dépend des gens, il y en a qui vont dire : "Bien moi, je vais le faire tout seul." Ils peuvent se mettre à risque parce que clairement, ils devraient être deux. Il y en a d'autres qui vont attendre, mais quand ils arrivent, le patient n'est pas content, ils le font à deux et parfois, ils le font plus vite [...] [et se mettent à risque d'une autre façon]. »</i> (TI, CHSLD du Parvis, PAB)		
b) Risques sécuritaires Facteurs en cause: agressions principalement verbales, à répétition, mais aussi des agressions physiques par des résidents (en lien avec des troubles comportementaux, relationnels, neurologiques, etc.). <i>« Ça, ça gruge au niveau psychologique, c'est sûr. Et comme je le disais tantôt, bien ça revient souvent à des insultes de toutes sortes. Par</i>	 	

<i>moment, on a déjà eu des agressions physiques, des crachats, des choses comme ça. »</i> (TI, CHSLD du Parvis, Chef d'unité) ○ Le sentiment que ces risques sont sous-estimés par les gestionnaires.		
--	--	--

4.1.2.3 CHSLD de l'Étang : synthèse des principaux facteurs de risque/protection dégagés

L'identification de facteurs de risque et de protection a aussi été rendue possible au CHSLD de l'Étang. Ils seront ici présentés de façon synthétique compte tenu du retrait de l'établissement. Cela dit, ces risques sont très similaires à ceux identifiés dans les deux autres établissements, comme on peut ici les constater pour les **risques psychosociaux du travail** :

- f) **Une charge de travail élevée** en quantité et en nature (charge physique et émotionnelle).
 - L'alourdissement du profil clinique de la clientèle combiné à la pénurie de personnel crée une charge de travail accrue (physique, psychologique et émotionnelle) pour le personnel en place.
 - Cette situation crée une charge émotionnelle élevée, surtout dans des situations récurrentes en contexte de manque de main-d'œuvre où des solutions de courts termes doivent être résolues en peu de temps (p. ex. : réduire le temps d'un bain, reculer le moment d'une douche, retarder le lever d'un résident), par le manque de temps pour réaliser le travail prescrit, et un sentiment, au final, de réaliser un travail de moindre qualité.
 - Certaines formes de tensions éthiques chez les PAB sont aussi rapportées, qui doivent parfois travailler d'une façon qui contrevient à leurs valeurs personnelles et professionnelles.
 - Ce sentiment d'un alourdissement de la charge de travail s'est accru également durant la pandémie, du fait même du manque de main-d'œuvre, mais aussi des exigences en termes de prévention des infections.
- « Je me dis que si je fais tout ce que je suis supposé de faire, je ne suis juste pas capable d'arriver [...] Il faut même couper court aussi, parfois les gens ont besoin d'être plus écoutés, mais tu n'as pas le temps, il faut que je coupe pareil [...] Tu sais, le temps, il en manque tellement en CHSLD du temps, il manquerait des préposés de plus sur le plancher, selon moi, mais ils n'ont pas de budget pour ça [...] Le temps, le stress d'arriver dans le temps, moi c'est ça,*

la surcharge [...] Si j'avais quelque chose à changer, ce serait ça, d'avoir plus de temps de toilette, puis le stress d'arriver à l'heure [...]. Puis de combler mes collègues de travail que tout le monde soit content. »

(TI-B, CHSLD de l'Étang, PAB)

- Le sentiment d'une répartition inégale de la charge de travail en raison des vocations distinctes des unités, ce qui provoque chez certains PAB un sentiment d'injustice ou d'iniquité.
- g) Un manque de soutien des collègues/d'autres membres de l'équipe.
 - Le manque de soutien de la hiérarchie infirmière est particulièrement présent.
 - Des tensions entre secteurs sont aussi très présentes, ce qui rend la collaboration difficile.
- h) Une faible reconnaissance des préposés aux bénéficiaires.
 - Un sentiment de très faible valorisation du métier de PAB.
 - Un sentiment d'être très bien reconnu par le coordonnateur de l'établissement, fortement apprécié, mais un sentiment de manque de reconnaissance de la haute administration, c'est-à-dire des gestionnaires hors du CHSLD.
 - Dans certaines situations, un manque de reconnaissance de certaines familles.
- i) Un soutien des supérieurs à bonifier.
 - Le soutien apprécié du coordonnateur local, très attentif, ouvert et dynamique.
 - L'absence de soutien des supérieurs hiérarchiques hors de l'établissement.
- j) Une faible autonomie décisionnelle.
 - La participation des PAB aux décisions organisationnelles semble très variable du fait des dynamiques organisationnelles internes, mais aussi de la volonté et de la capacité des PAB de prendre la parole.
 - Les rencontres hebdomadaires impliquent systématiquement les PAB (note : mises en pause pendant la pandémie).
 - Les PAB réguliers ont un rôle de PAB-accompagnateur, mais ce rôle est assumé différemment d'une personne à l'autre.
 - Certains PAB ne souhaitent pas participer, ils ne répondent pas « présent » lorsqu'on les interpelle.
 - Le personnel des quarts de soir et de nuit semble peu consulté.
 - Un sentiment de faible autonomie décisionnelle chez les PAB, surtout en contexte de pandémie, avec des directives de travail « top-down » récurrentes.

Du côté des **risques de blessures physiques et des risques sécuritaires**, la situation est également assez semblable à celle décrite dans les deux autres établissements. En termes de risques physiques, on retrouve des risques de blessures (troubles musculosquelettiques, comme hernie, maux de dos, etc.) attribuables à plusieurs facteurs : conditions physiques et cognitives des résidents (comportements agressifs et poids), manipulations ou transferts complexes, manque de personnel qui empêche la mise en œuvre de manœuvres sécuritaires adéquates, le manque d'outils et d'équipement, ou leur mauvais état. On observe à cet égard des différences notables entre les deux unités puisque l'une accueille des résidents plus lourds, ce qui génère à la fois des risques de blessures, mais, aussi, des risques sécuritaires compte tenu des agressions potentielles de certains résidents.

« [L'unité A], c'est plus lourd. [L'unité B], il y a plus des gens à troubles cognitifs, mais moins physiques. Donc notre charge de travail est comme allégée sur le plan physique, on force un peu moins, c'est plus moralement [...] Ce sont plus des gens qui marchent, qui vont être autonomes sur la marche, mais qui vont être mêlés, donc c'est plus dur psychologiquement. »

(TI, CHSLD de l'Étang, PAB)

4.1.3 Pistes d'action

L'analyse des entretiens réalisés en phase I et I-B a permis de dégager plusieurs pistes d'action soulevées par les participants. Certaines de ces pistes dépendent de contraintes ministérielles hors des capacités effectives des milieux eux-mêmes : réduire la charge de travail par l'introduction de nouveau personnel, accroître la valorisation par les salaires, etc. Mais d'autres solutions peuvent être développées dans les organisations, avec l'appui des gestionnaires de proximité et de l'équipe de soin, et reprennent les risques psychosociaux évoqués plus haut : réduire l'exposition aux blessures et aux risques psychosociaux, améliorer la formation (notamment PDSP et SCPD), favoriser l'autonomie décisionnelle des PAB, améliorer les relations interpersonnelles (modes de communication, climat de travail, réduction des conflits). Les pistes les plus fréquemment dégagées sont présentées ici de façon synthétique pour chacun des trois CHSLD participants. Celles-ci ont été présentées aux membres des deux GSI qui devaient concevoir un plan d'action et, pour le CHSLD de l'Étang, au coordonnateur responsable de l'établissement.

4.1.3.1 Pistes d'action soulevées au CHSLD du Hameau

Au CHSLD du Hameau, de nombreuses pistes proposées par les participants touchent l'organisation du travail, notamment la réduction de la charge de travail et une meilleure organisation du travail. Par ailleurs, il a été très fréquemment question de mettre en place des actions permettant de travailler sur les enjeux interpersonnels, très souvent rapportés

dans cet établissement. Le tableau 14 présente des pistes d'action les plus fréquemment proposées dans ce CHSLD par ceux ayant participé aux entretiens aux temps I et I-B.

Tableau 14. Pistes d'action dégagées : CHSLD du Hameau

ORGANISATION DU TRAVAIL	
	Réduire la charge de travail
	Ajouter du personnel
	Stabiliser les équipes
	Reconnaître et agir sur la charge émotionnelle
	Équilibrer les équipes en fonction des enjeux propres aux secteurs (lourdeur)
	Bonifier l'organisation du travail
	Revoir les plans de travail
	Rapprocher la haute gestion du terrain
CLIMAT DE TRAVAIL/RELATIONS INTERPERSONNELLES	
	Travailler sur les enjeux relationnels

4.1.3.2 Pistes d'action soulevées lors des entretiens au CHSLD du Parvis

Le tableau 15 présente des pistes d'action les plus fréquemment proposées dans le CHSLD du Parvis par ceux ayant participé aux entretiens aux temps I et I-B.

Tableau 15. Pistes d'action dégagées : CHSLD du Parvis

HORAIRES ET REMPLACEMENTS	
	Revoir les procédures d'élaboration des horaires et des remplacements
	Respecter davantage les besoins et capacités des employés
	Permettre des périodes de répit
ORGANISATION DU TRAVAIL	
	Favoriser un meilleur travail/esprit d'équipe
	Assurer une contribution juste/équitable de tous
	Éviter que les tensions/frustrations s'accumulent
APPROCHE DE GESTION	
	Gestion de proximité
	Présence sur les trois quarts de travail
	Ouverture aux idées, relations d'égal à égal
	Mieux gérer les changements qui concernent les PAB
	Prioriser les PAB, respecter les PAB
	Respecter davantage les besoins et capacités des employés

4.1.3.3 Pistes d'action soulevées lors des entretiens au CHSLD de l'Étang

Du côté du CHSLD de l'Étang, les propositions de modifications portent surtout la bonification des outils de communication (avec reprise souhaitée des réunions hebdomadaires), l'implication des PAB dans les rencontres régulières, le développement

d'un plan d'action local pour agir sur les conflits interpersonnels, et le déploiement de mesures favorisant une meilleure collaboration entre infirmières et PAB (Tableau 16).

Tableau 16. Pistes d'action dégagées : CHSLD de l'Étang

CLIMAT DE TRAVAIL/RELATIONS INTERPERSONNELLES	
	Améliorer les processus de communication (à différents niveaux)
	Intervenir sur les situations tendues/les conflits (entre personnes, groupes, équipes, etc.)
	Favoriser la présence accrue de la gestion
ORGANISATION DU TRAVAIL	
	Impliquer/mobiliser davantage les PAB (viser leur engagement, leur prise de parole)
	Aplanir la hiérarchie à l'intérieur de certaines équipes
	Intégrer des « super-préposés » (par exemple, coachs-PDSP)
	Favoriser une présence accrue de la gestion
RISQUES SÉCURITAIRES ET TMS	
	Réduire l'exposition aux risques de blessures (physiques et psychologiques) et aux risques sécuritaires
	Améliorer la formation/mettre à jour/compléter (entre autres au niveau des troubles de comportement chez les résidents)

4.2 Résultats de la phase II : Développement et implantation de la démarche

À la suite de l'analyse des données recueillies lors des entretiens auprès d'informateurs clés, des **groupes de soutien à l'intervention** (GSI) ont été constitués. Ce sont ces groupes qui, à partir des données colligées lors de la première prise de mesures ainsi que

celles recueillies en phase exploratoire, ont été responsables de cibler les besoins les plus importants et de prioriser les pistes d'intervention et, conséquemment, de déterminer quels seraient, le cas échéant, les groupes ou les unités qui seraient touchés par les projets initiés.

Le mandat de ces GSI était plus précisément :

1. D'identifier les facteurs de risque et de protection et déterminer des cibles d'action prioritaires ;
2. D'élaborer et présenter à la direction de l'établissement un plan d'action en identifiant les mécanismes d'évaluation et de suivi ;
3. D'effectuer le suivi de l'implantation des mesures du plan d'action tout en informant l'ensemble du personnel des travaux entrepris ;
4. D'assurer une planification des travaux entrepris dans le cadre de cette démarche avec ceux de tout autre comité pertinent ;
5. De voir à ce que les mesures mises de l'avant soient appliquées à moyen et long terme (pérennisation).

Deux groupes ont donc dû être constitués : un pour le CHSLD du Hameau et l'autre pour le CHSLD du Parvis. La composition initiale du GSI a été déterminée en collaboration avec les membres du comité consultatif, selon les paramètres suivants :

- Chaque GSI devait rassembler des représentants des travailleurs des principaux groupes professionnels présents au sein des unités des soins, y compris un représentant de la gestion.
- Les préposés aux bénéficiaires devaient être représentés en proportion plus importante que ceux des autres groupes, car ils constituent le groupe principalement visé par la recherche-action.
- La participation au GSI devait se faire sur une base volontaire et le recrutement allait se faire via un appel à tous.

Puisque les parcours des GSI des établissements A et B sont différents, ils seront présentés de façon distincte afin de mieux faire état des processus de chacun, des défis rencontrés ainsi que des leçons tirées.

4.2.1 Processus de développement et d'implantation du GSI dans le CHSLD du Hameau

Le GSI de le CHSLD du Hameau a été formé à la suite d'un appel à tous (Annexe B) lancé au sein de l'établissement. Peu de personnes se sont cependant portées spontanément volontaires. Conséquemment, certains chefs d'unité ont donc dû faire des approches individuelles auprès du personnel afin de leur présenter le projet et de faciliter le recrutement.

Dix personnes ont été recrutées pour faire partie du groupe. La plupart des membres travaillaient de jour et aucune personne de nuit n'a pu être recrutée, malgré plusieurs tentatives. Entre janvier et septembre 2023, il n'y a eu aucun roulement au sein du GSI, constitué de :

- 6 préposés aux bénéficiaires (de jour, de soir) ;
- 1 aide de service ;
- 1 infirmière ;
- 1 infirmière auxiliaire ;
- 1 chef d'unité.

4.2.1.1 Calendrier des rencontres et organisation des temps octroyés au GSI

Comme convenu avec l'équipe de recherche, une banque de cinquante heures par membre du GSI avait été accordée initialement par la direction de l'établissement. Cette banque a été autorisée par la direction afin 1) de permettre aux membres de participer aux rencontres du comité et 2) de bénéficier d'heures, en marge du comité, pour travailler au développement des initiatives proposées. Pour faciliter la libération du personnel, ce sont des journées complètes qui ont été octroyées afin de planifier des rencontres du comité (généralement, en début de journée) et, par la suite, de travailler sur les projets proposés. La libération en dehors de ces journées fixes n'était pas une option possible, sauf de façon exceptionnelle, en raison des enjeux de remplacement liés au manque récurrent de personnel.

Toutes les rencontres ont été animées par l'équipe de recherche, qui a aussi pris en charge la préparation des ordres du jour et des comptes rendus. Une première partie de chaque journée de libération a été réservée aux rencontres en grand groupe et le reste de la journée a été consacré au développement des différents projets proposés et à la consultation des autres membres des équipes de soins. Lors de la toute première rencontre en février, l'équipe de recherche a présenté le portrait des risques dégagés à partir de la collecte de données. Ce portrait a ensuite été discuté et validé par les membres du GSI, séance tenante. C'est à partir de ces risques que le GSI a déterminé les priorités d'action (risques prioritaires), puis développé des mesures spécifiques. La majorité du temps octroyé aux membres du GSI a été utilisé pour développer les mesures retenues.

Sept rencontres du GSI ont été tenues entre le 1er février et la fin juin 2023, permettant d'utiliser complètement le solde d'heures prévu pour le projet. Devant l'intérêt de poursuivre les activités du GSI, des heures supplémentaires ont été octroyées par la direction de l'établissement permettant une rencontre en septembre 2023 et d'autres qui suivront ensuite.

Les rencontres du GSI auraient dû être amorcées à la fin de l'automne 2022, mais l'établissement n'avait pas, durant cette période, la capacité de démarrer les activités avant le 1^{er} février. La durée du projet a donc été considérablement limitée, en comparaison à ce qui devait initialement être réalisé. Conséquemment, le projet de recherche se termine alors que les activités développées sont elles-mêmes en phase d'implantation, ce qui fait en sorte que l'évaluation des effets des mesures développées par le GSI ne peut être réalisée, seule l'évaluation du processus d'implantation étant possible.

4.2.1.2 Principales étapes de la démarche

Le processus de développement des projets s'est amorcé dès la première rencontre du comité et s'est étalé sur environ huit mois. La réflexion autour de mesures à développer a été amorcée à partir du portrait dégagé tant par les données qualitatives recueillies préalablement en phases I et I-B que par les données colligées via l'administration d'un questionnaire (données non présentées). Dès cette rencontre initiale, des priorités d'action ont été ciblées par le groupe. À la suite de délibérations au sein du GSI, des mesures ont été proposées et certaines d'entre elles ont été privilégiées. Celles-ci ont ensuite été élaborées par les membres qui se sont regroupés en plus petites équipes, selon leurs intérêts et leurs rôles respectifs, afin de travailler au développement des projets prioritaires. Un membre a finalement porté son projet seul, tout en travaillant de pair avec une équipe qui travaillait sur un autre projet lié au sien.

Le processus de développement des mesures prioritaires a laissé place à l'engagement et à la créativité des membres du GSI. La plupart des membres du groupe se sont par ailleurs impliqués, à géométrie variable, dans les activités de consultation et de communication faites au sein des différentes unités du CHSLD. Certains ont dû apprendre à cheminer dans les processus internes de leur institution pour trouver la bonne façon d'attacher la mise en place des mesures proposées à travers des processus administratifs existants. Chacune des équipes a par ailleurs obtenu le soutien de la cheffe d'unité membre du GSI qui s'est impliquée, selon les besoins, dans chacune des initiatives.

Le contexte entourant la réalisation du projet de recherche-action a été marqué, d'une part, par la crise pandémique, mais, aussi, par la pénurie fréquente de personnel qui a contraint, par exemple, à retarder le début du projet, à reporter certaines rencontres prévues à l'horaire ou à tenir certaines rencontres malgré l'absence de certains membres. Chacun des projets s'est globalement déroulé sur une période plus longue que celle qui avait initialement été anticipée. Au moment de rédiger ce rapport, tous les projets étaient encore soit en début d'implantation, soit à l'étape finale de l'élaboration de la mesure.

Le tableau 17 résume les principales étapes de la démarche au CHSLD du Hameau. On peut y constater que la partie la plus importante du temps a été consacrée à l'élaboration des mesures à partir des risques prioritaires dès mars 2023.

Tableau 17. Synthèse des activités liées au plan d'action et échéancier : CHSLD du Hameau

Création d'un groupe de soutien à l'intervention (GSI) afin d'actualiser la démarche d'intervention participative*	1 ^{er} février 2023
Priorisation des risques et des pistes de solution (à la suite des étapes diagnostiques de la phase I et I-B)	1 ^{er} mars 2023
Élaboration d'un plan d'action : Élaboration des mesures retenues	À partir du 1 ^{er} mars 2023
Élaboration d'une stratégie de communication tout au long de la démarche et création des outils qui seront utilisés à cet effet (Info-GSI, prise de parole dans les réunions hebdomadaires pour les PAB, partage de l'information pertinente par la CU aux instances de gestion concernées)	À partir du 1 ^{er} mars jusqu'à l'automne 2023
Présentation à la direction de l'établissement et aux employés (p. ex. via Info-GSI)	En continu, depuis mai 2023
Implantation des mesures retenues dans le plan d'action	Amorcé octobre 2023
Suivi périodique à court, moyen et long terme	En continu
Consultations ponctuelles et diffusion du suivi du plan d'action dans l'ensemble de l'organisation (p. ex. : via boîtes à suggestions, Info-GSI, consultations ponctuelles au sein des unités par les membres du GSI)	À partir de mai 2023
Démarche de réflexion globale (bilan) sur l'ensemble du processus à la fin de l'année	Automne 2023

Des outils permettant de suivre le développement et l'implantation de la démarche ont été proposés au GSI par l'équipe de recherche qui s'est inspirée d'un projet réalisé précédemment (<http://www.irsst.qc.ca/prevention-violence/trousse-a-outils.html>).

4.2.1.3 Arrimage de la démarche dans le milieu

4.2.1.3.1 Modalités de communication instaurées pour rejoindre les autres membres des équipes de soins.

Plusieurs modalités de communication ont été mises en place dans le cadre des travaux du GSI du Hameau, afin 1) de garder des traces de l'évolution des travaux, 2) de tenir informés les autres travailleurs de la progression du projet et, aussi, 3) de tester, réajuster et valider les mesures proposées tout au long de leur élaboration :

- Un compte rendu a été produit par l'équipe de recherche à la fin de chaque réunion et partagé avec tous les membres pour commentaires et approbation.
- Les membres du GSI se sont donné une structure pour faire part de l'avancement du projet au sein de leur rencontre hebdomadaire d'équipe (partage des équipes entre les membres) ; de son côté, la cheffe d'unité a fait circuler l'information au sein de l'équipe de gestion.
- Un bulletin Info-GSI (Annexe C) a été élaboré et sept numéros ont été publiés jusqu'ici. Chaque bulletin a été affiché dans les postes infirmiers et présenté aux membres des équipes par les membres du GSI lors de réunions hebdomadaires.
- Les membres du GSI ont aussi institué un système de consultation fréquent (aller-retour) auprès des autres travailleurs pour aller les informer et recueillir des commentaires (mise en place de boîtes à suggestions/recueil de commentaires lors d'interactions avec des collègues).
- Un répertoire des suggestions recueillies (Annexe D) a été créé afin :
 - De catégoriser les commentaires et suggestions recueillis en fonction principalement des catégories suivantes : organisation du travail, entraide et collaboration, accès à des ressources, amélioration de l'environnement de travail (logistique et bien-être).
 - De résumer le contenu des échanges portant sur les différentes suggestions recueillies.
 - De cerner, le cas échéant, l'arrimage potentiel avec les mesures déjà privilégiées.
 - De documenter les actions à prendre ou les avenues envisageables.
 - De garder la trace des suggestions recueillies de toutes parts afin de rassembler l'ensemble des idées proposées.

4.2.1.3.2 Arrimage avec les instances administratives

Des efforts ont été consentis par la cheffe d'unité siégeant au GSI afin de tenir la direction informée de l'évolution des activités du comité. Celle-ci a d'ailleurs joué un rôle central, agissant en tant que personne pivot entre les membres du comité, la direction et des responsables d'autres secteurs de l'institution. Elle a, sur une base régulière, tenu la direction et ses collègues gestionnaires informés des orientations proposées au GSI afin d'aller, d'une part, chercher des informations pertinentes au développement des mesures ou, d'autre part, obtenir certaines validations. Elle a également invité la direction à venir rencontrer les membres du comité lors d'une réunion⁷. À certaines occasions, certains autres membres du GSI ont également pris l'initiative d'aller vérifier certaines informations auprès de personnes clés dans l'organisation.

Peu à peu, la direction a été interpellée dès le printemps afin d'étudier la possibilité de pérenniser le processus mis en place afin de pouvoir poursuivre les projets en cours, mais, aussi, de voir au développer de nouvelles mesures. Le GSI a obtenu l'aval de la nouvelle directrice et a pu poursuivre ses activités au-delà de la période prévue et l'administration évaluée, avec les membres du comité actuel, quelles seraient les meilleures modalités pour la suite.

4.2.1.4 Élaboration du plan d'action

4.2.1.4.1 Facteurs de risque priorisés

Afin de concevoir le plan d'action et s'assurer de travailler, en amont, sur les risques prioritaires pour le milieu, les membres du groupe de soutien à l'intervention ont travaillé à identifier, à partir de la liste des facteurs dégagés du diagnostic, un certain nombre de facteurs à prioriser parmi ceux ayant été jugés prioritaires :

- La charge de travail particulièrement élevée ;
- La charge émotionnelle (incluant le sentiment de travailler à l'encontre de son éthique professionnelle/de ses valeurs) ;
- Les enjeux de soutien social entre collègues (p. ex. manque d'entraide et de collaboration) ;
- Les tensions/les conflits (entre les personnes/les groupes professionnels/les équipes, etc.) et les enjeux de communication ;
- Les enjeux de reconnaissance.

⁷ Deux personnes ont assumé la direction du CHSLD depuis le début la mise en place du GSI et ces deux personnes sont venues visiter le comité.

À la suite d'un exercice réalisé au sein du GSI, deux risques ont été priorisés par les membres du GSI :

1. La charge de travail élevée (incluant la charge émotionnelle) ;
2. Le faible soutien des collègues ;

Ces deux risques prioritaires ont donc été placés au cœur des mesures envisagées par le GSI.

4.2.1.4.2 Mesures retenues

Dès la seconde rencontre du comité, quatre mesures (portées par quatre équipes distinctes) ont retenu l'intérêt du comité (Figure 3) et ont donc été priorisées⁸. Trois d'entre elles (« A », « B » et « C »), reliées les unes aux autres, ont pour objectifs communs de viser à réduire la charge de travail et de bonifier le soutien des collègues, via une réorganisation du travail. La quatrième mesure vise également une réduction de la charge de travail, notamment de la charge émotionnelle, mais cette fois via un projet visant un rapprochement des familles. De façon transversale, plusieurs de ces projets touchent également, plus largement, la bonification des rapports sociaux au travail. Voici, donc, les quatre mesures retenues par le GSI :

1. Procéder à un exercice de clarification des rôles, des tâches partagées ;
2. Réviser les plans de travail existants : Planifier un plan de travail « standard » dans les unités ainsi qu'un plan « B », lorsque les équipes sont en « moins » ;
3. Préparer un plan de travail « simplifié » (qu'on peut mettre dans une poche) pour les nouveaux ou les remplaçants qui arrivent dans un secteur afin qu'ils sachent d'emblée ce qui est attendu d'eux, ce qu'ils doivent savoir ;
4. Élaborer une brochure pour les familles afin de sensibiliser celles-ci à la place qu'elles peuvent occuper auprès de leurs proches.

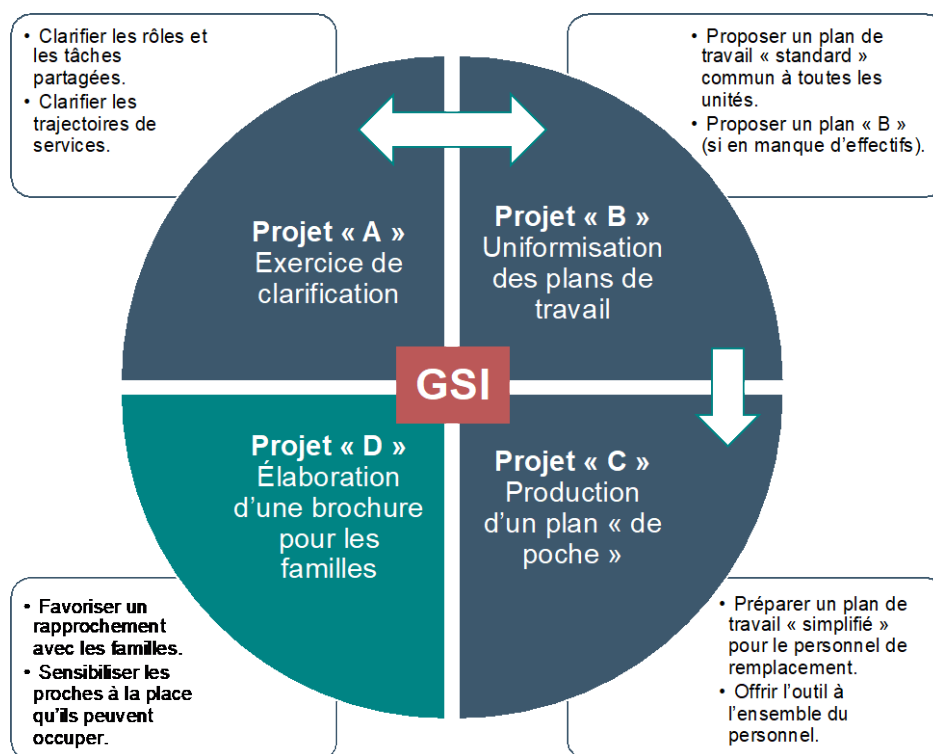
Ces quatre mesures visent, a priori, comme public cible les préposés aux bénéficiaires de l'établissement, mais comme elles touchent aussi les autres membres des équipes de soins, ceux-ci seront également touchés directement ou indirectement par certaines mesures.

Au fil des semaines, les projets ont évolué et un certain arrimage entre trois des quatre projets a été réalisé et les équipes « A » et « B » se sont fusionnées pour présenter un projet unique. En effet, l'exercice permettant de clarifier les rôles, les tâches partagées et les trajectoires de services (« A ») et celui de revoir le plan de travail « standard » dans

⁸ D'autres propositions de mesures ont également été faites au cours du processus et seront possiblement reprises ou adaptées dans le cadre du processus de pérennisation de la démarche qui est souhaitée par l'établissement.

les unités ainsi qu'un plan « B » (en contingence) devait se faire de façon simultanée pour produire les plans souhaités. La présentation sera donc intégrée.

Figure 3. Synthèse des mesures retenues.



Les tableaux 18, 19 et 20 présentent les principaux aspects des projets développés par le GSI du Hameau: à qui chaque projet s'adresse, quels objectifs étaient poursuivis, quelles étapes ont été franchies et quel était l'état d'avancement au moment du dépôt du rapport.

Tableau 18. Exercice de clarification des rôles et des tâches et de révision des plans de travail existants

Cible :
• Tous les préposés aux bénéficiaires et autres membres des équipes de soins.
Objectifs poursuivis :
• Clarifier les rôles et les tâches de chacun et préciser de nouveau les tâches partagées. • Prévoir le temps nécessaire pour effectuer les tâches à réaliser. • Équilibrer la charge de travail entre les membres des équipes de soins. • Favoriser l'entraide et la collaboration.
Description :
• Un exercice a été réalisé pour faire le point sur les tâches et rôles partagés et a été intégré à la démarche de révision des plans de travail. • Un travail de mise à plat des plans de travail a été fait pour l'ensemble des secteurs et des quarts de travail. • Des propositions de modifications aux plans existants ont été faites et ont été commentées dans chaque unité puis révisées en fonction des commentaires reçus par les PAB et les autres membres des équipes (en temps « normal » et en « contingence »). • L'intégration des nouveaux plans se fera par étapes : des unités pour amorcer la transition ont été sélectionnées pour agir à titre de « projets pilotes » puis, lorsque le processus sera au point, l'application des plans renouvelés fera ensuite graduellement dans toutes les unités.
État d'avancement :
• Une première unité « pilote » a débuté l'utilisation du nouveau plan en octobre 2023 et les autres unités seront graduellement intégrées au processus, après des ajustements, si nécessaire.

Tableau 19. Proposition d'un plan de travail « simplifié » de « poche » pour les nouveaux

Cible :
• Tous les préposés aux bénéficiaires, particulièrement les nouveaux ou les remplaçants.
Objectifs poursuivis :
• Faciliter une meilleure organisation du travail lors de l'accueil de nouveau personnel. • Favoriser l'entraide et la collaboration. • Réduire les tensions entre le personnel régulier et le personnel temporaire ou nouveau. • Faciliter l'intégration du personnel non régulier.
Description :
• En synthétisant le plan de travail renouvelé pour retenir les éléments clés du plan de travail, l'équipe a produit un plan synthétique (à insérer dans une pochette de type « cocarde »). • Ce plan sera offert de façon systématique à toutes les personnes nouvelles/en remplacement. ○ Les personnes régulières ont aussi manifesté leur intérêt à avoir également ce plan de poche. • L'intégration des nouveaux plans de poche se fera par étapes, de pair avec l'introduction des plans de travail renouvelés (projet « B »). • L'intégration se fera ensuite graduellement dans toutes les unités.
État d'avancement :
• Une première unité « pilote » a débuté l'utilisation du plan de poche en octobre 2023 et les autres unités seront graduellement intégrées au processus, après des ajustements si nécessaire.

Tableau 20. Élaboration d'une brochure pour les familles

Cible :
• Tous les préposés aux bénéficiaires.
Objectifs poursuivis :
• Réduire la charge de travail des préposés, incluant la charge émotionnelle, grâce à une participation plus active des proches (la présence plus active de certaines familles pouvant contribuer à réduire la pression sur les PAB qui n'ont pas la capacité de donner autant de temps qu'ils le souhaiteraient aux résidents).
Description :
• L'équipe a conçu une brochure destinée aux familles qui sera remise aux proches par les PAB-accompagnateurs lors de la rencontre post-admission, c'est-à-dire entre 4 et 6 semaines après l'arrivée d'un nouveau résident. • Le projet a été présenté au comité des usagers et a été fort bien accueilli. Sa publication est attendue par celui-ci. • La direction du CHSLD du Parvis considère l'initiative très pertinente et suggère que ce document pourrait aussi être éventuellement partagé avec d'autres CHSLD qui n'ont pas ce genre d'outils.
État d'avancement :
• Le document final devra être soumis sous forme de devis au cours du mois de novembre. • En attente d'approbation.

4.2.2 Processus de développement et d'implantation du GSI dans le CHSLD du Parvis

Le GSI du CHSLD du Parvis a été créé à la suite de la sollicitation de volontaires qui s'est faite en deux temps. Des activités ont d'abord été menées par les gestionnaires du CHSLD : rédaction et transmission d'un communiqué, sollicitation de PAB lors de l'animation de « stations visuelles », etc. Ces activités n'ont malheureusement pas permis de recruter de PAB. Dans un second temps, deux sessions de présentation des résultats de la phase diagnostique (une pour les PAB de nuit et une pour les PAB de jour et de soir) ont été organisées par une cheffe d'unité et animées par un membre de l'équipe de recherche. Lors de ces sessions, plusieurs PAB se sont portés volontaires pour représenter leurs collègues et devenir membre du GSI. Ces volontaires ont ensuite été

rencontrés par une cheffe d'unité pour formaliser leur participation. Le GSI du CHSLD du Parvis a été ainsi composé de :

- 2 PAB de jour ;
- 2 PAB de soir ;
- 1 PAB de nuit ;
- 1 infirmière ;
- 1 chef d'unité ;
- 1 gestionnaire responsable de site ;
- 2 membres de l'équipe de recherche.

4.2.2.1 Calendrier des rencontres et organisation des temps octroyés au GSI

Six rencontres du GSI ont été tenues entre le 20 décembre 2022 et le 25 septembre 2023. Les membres de l'équipe de recherche, la cheffe d'unité ainsi que quatre des PAB ont participé à chacune des rencontres. Une PAB ayant participé à la première rencontre du GSI n'a pas participé aux autres rencontres comme elle a débuté ensuite une période d'arrêt de travail pour des raisons de santé.

Des sessions de travail de 60 minutes ont été tenues pendant les heures de travail. La proposition de l'équipe de recherche de tenir des rencontres de travail de 90 minutes n'a pas été retenue par la gestionnaire responsable considérant le manque de ressources pour remplacer les PAB siégeant sur le GSI. Deux sessions de travail de 120 minutes ont toutefois été rendues possibles, en remplaçant cette fois les membres du GSI. Celles-ci étaient plus spécifiquement destinées à élaborer des solutions à la priorité d'action retenue.

Ces sessions de travail ont été organisées par la cheffe d'unité, mais animées par les membres de l'équipe de recherche. Ceux-ci ont aussi veillé à la préparation des ordres du jour, des documents de travail ainsi qu'à la production de comptes rendus.

4.2.2.2 Principales étapes de la démarche

Le tableau 21 présente les principales étapes du travail du GSI du CHSLD du Parvis. Celui-ci permet de constater que la démarche du CHSLD du Parvis s'est échelonnée sur une période d'une année, soit de septembre 2022 à septembre 2023 et qu'elle a été marquée par deux étapes d'activité et trois étapes d'inactivité.

Les deux étapes d'activité ont permis d'identifier une première priorité d'action (tensions et insatisfactions liées aux horaires et aux assignations des PAB disponibles), d'élaborer un plan de communication, d'identifier une nouvelle priorité d'action considérant que la première ne fût pas acceptée par l'équipe de direction, d'élaborer des solutions pour

répondre à la nouvelle priorité d'action (plans de contingence pour l'organisation et les équipes), de présenter les solutions élaborées à l'équipe de gestion du CHSLD et à des membres d'une unité pilote, d'adapter les solutions élaborées à la lumière des commentaires de l'équipe de gestion et des membres de l'unité pilote ainsi que de démarrer l'élaboration d'une stratégie d'implantation des solutions élaborées. Bien que définies comme « actives » ces étapes ont été parsemées d'obstacles à l'avancement fluide du travail du GSI : la préparation d'une visite d'Agrément Canada, le manque de personnel, l'indisponibilité des membres du GSI, les périodes de vacances des gestionnaires, etc.

Les trois périodes d'inactivité (au démarrage du projet, après l'identification d'une priorité d'action jugée irrecevable par l'équipe de direction et avant le démarrage souhaité du projet pilote) ont grandement nuit à la capacité du GSI de transformer ces intentions en actions. La première période d'inactivité a duré environ deux mois. Elle a été causée par les hésitations et craintes initiales de la gestionnaire responsable décrites précédemment.

La seconde étape d'inactivité s'est échelonnée sur une période de deux mois. Elle a été engendrée par la réaction de l'équipe de direction à la priorité d'action sélectionnée par le GSI. La gestionnaire responsable ainsi qu'une directrice ont alors communiqué aux membres de l'équipe de recherche qu'elles réfléchissaient à la possibilité de mettre fin aux travaux du GSI ainsi qu'au projet de recherche évoquant que :

- Les membres du GSI n'avaient pas la capacité de comprendre et d'influencer les mécanismes liés à l'organisation des horaires et à l'assignation des PAB ;
- La disposition des PAB à vouloir régler des problèmes hors de leur contrôle plutôt que des problèmes qui les forceraient à se « regarder dans le miroir » ;
- Le projet n'est plus une priorité organisationnelle ainsi que les autres services devant contribuer au projet (p. ex. : direction des ressources humaines, liste de rappel) ne pourraient le faire ;
- Les TMS seraient une cible d'intervention plus pertinente considérant que des mécanismes existants pourraient simplement être améliorés ;
- Les données diagnostiques ne seraient plus représentatives de la réalité comme elles auraient été colligées avant la pandémie ;
- Les potentiels insuccès du projet pourraient démobiliser les membres du GSI et les autres employés du CHSLD du Parvis considérant leur fragilité ;
- Des solutions à la priorité d'action identifiée par le GSI étaient à être élaborées à d'autres niveaux.

À la suite des interventions des membres de l'équipe de recherche, qui ont mis en lumière l'engagement de l'organisation à participer au projet de recherche, les effets potentiellement démobilisateurs de l'arrêt d'un projet déjà démarré sur les PAB, la valeur de l'accompagnement offert par l'équipe de recherche ainsi que la bonne volonté démontrée par les membres du GSI, une décision de poursuivre le projet a été prise, en

accord avec les membres du GSI. Les membres du GSI ont accepté de travailler sur une nouvelle priorité d'action, mais avec un certain degré d'amertume. Cette nouvelle proposition n'exigerait pas la contribution d'autres services et se situerait cette fois, dans la perspective de la direction, dans leur champ possible d'intervention.

La troisième étape d'inactivité s'est échelonnée sur une période de cinq mois. Elle a été causée par de multiples obstacles au démarrage d'un projet pilote : vacances des gestionnaires, efforts requis pour trouver du personnel, résistance anticipée des infirmières à des solutions surtout élaborées par des PAB, efforts requis pour planifier d'autres projets, incapacité des autres services à contribuer au projet, etc. Cette dernière période d'inactivité s'est conclue par l'organisation d'une rencontre de clôture du GSI pendant laquelle la gestionnaire responsable a présenté un plan d'action qui proposait que les solutions élaborées par le GSI soient intégrées à un plan d'action qu'elle porterait de son côté. Par ailleurs, selon la cheffe d'unité ayant participé aux travaux du GSI, le problème de manque de main-d'œuvre, et, conséquemment, les situations de « travail en moins » qui exigent la mise en œuvre de plans de contingence auraient grandement diminué, ce qui remettait en question la priorité d'action. Enfin, la gestionnaire responsable a annoncé que le GSI serait transformé en comité de « bien-être au travail » qui intégrerait davantage de représentants d'autres titres d'emploi. Ce comité a été présenté comme un comité qui aurait un mandat plutôt « préventif » que « curatif », qui s'incarnerait notamment par la recherche de solutions pour les PAB qui vivent des problèmes à l'extérieur de leur milieu de travail ainsi que par la création d'un slogan qui favoriserait un sentiment d'appartenance au CHSLD du Parvis. Cette proposition a été reçue avec scepticisme, mais avec espoir par les membres du GSI.

Tableau 21. Synthèse des activités liées au plan d'action et échéancier : CHSLD du Parvis

Étape d'inactivité 1 : Négociation avec la gestionnaire responsable du CHSLD pour créer un GSI majoritairement composé de PAB et qui aura l'autonomie d'identifier des priorités d'action qui ne concernent pas que les TMS.	Septembre – octobre 2022
Étape d'activité 1 : Activités de lancement du GSI et recrutement de membres.	Novembre 2022
Deux premières sessions de travail du GSI : Priorisation des risques et des pistes de solution (à la suite des étapes diagnostiques de la phase I et I-B).	Décembre 2022 et janvier 2023

Étape d'inactivité 2 : Mise en arrêt des travaux du GSI par l'équipe de direction du CHSLD pour de multiples raisons.	Février et mars 2023
Négociation avec l'équipe de direction du CHSLD pour relancer les travaux du GSI et poursuivre le projet de recherche.	Mars 2023
Étape d'activité 2 : Relance des travaux du GSI par l'identification d'une nouvelle priorité d'action.	Avril et mai 2023
Étape d'inactivité 3 : Attente d'approbation de la gestionnaire responsable du CHSLD pour implanter les solutions élaborées sur une unité pilote (échanges téléphoniques, courriel, etc.).	Mai à septembre 2023
Clôture du projet : Proposition de la gestionnaire responsable du CHSLD d'intégrer les solutions élaborées par le GSI dans un plan d'action porté par la gestionnaire.	Septembre 2023
Rencontre de clôture du projet de recherche avec des membres du GSI et la gestionnaire responsable : engagement à implanter les solutions proposées dans les mois à venir.	Fin septembre 2023

Des outils permettant de suivre le développement et l'implantation de la démarche ont été proposés au GSI par l'équipe de recherche qui s'est inspirée d'un projet réalisé précédemment (<http://www.irsst.qc.ca/prevention-violence/trousse-a-outils.html>).

4.2.2.3 Arrimage de la démarche dans le milieu

L'arrimage, voire l'enracinement, de la démarche du GSI au sein du CHSLD du Parvis a été marqué par différents facteurs. Dans un premier temps, l'élaboration d'un plan de communication visant à assurer la diffusion des avancements réalisés par le GSI dans le CHSLD et plus spécifiquement auprès des membres de l'unité pilote identifiée lors de la première rencontre, a permis de faire vivre la démarche au-delà du GSI. Toutefois, les nombreuses périodes d'arrêt, incluant les deux années d'arrêt contraintes par la pandémie, ont engendré de fortes discontinuités et une impression fréquemment partagée que les démarches avaient été annulées.

Après l'élaboration des solutions, des modalités de consultation des membres du personnel ont été mises en œuvre pour permettre aux autres membres de l'unité pilote d'influencer l'opérationnalisation des solutions qui devaient être mises à l'essai. Des modalités plus formelles menées par la cheffe d'unité et des modalités plus informelles menées par les membres du GSI ont permis de stimuler la réceptivité aux changements à venir.

4.2.2.3.1 Arrimage avec les instances administratives

Du 8 avril 2022 jusqu'à la clôture du projet en septembre 2023, plusieurs modalités d'arrimage des démarches du GSI avec le travail des gestionnaires du CHSLD du Parvis ont été utilisées : une rencontre de présentation de la méthodologie, une session de réflexivité pour valider les résultats de la phase diagnostique, la participation de la gestionnaire responsable de site à la première rencontre du GSI, la présentation des solutions élaborées par le GSI aux membres du comité de gestion, etc. Des échanges par téléphone, par courriel et par visioconférence ont également été réalisés à des fins de clarification, de coordination et de négociation entre la gestionnaire responsable de site ainsi que les membres de l'équipe de recherche. Malgré ces activités visant à favoriser l'engagement et l'appui de l'équipe de direction à la démarche du GSI, de multiples sources de données ont mis en lumière la faible adhésion de l'équipe de direction. La démarche d'élaboration de modalités préventives de problèmes de SST des PAB a été portée beaucoup plus par l'équipe de recherche et les membres du GSI que par la gestionnaire responsable de site et la direction du CHSLD du Parvis.

4.2.2.4 Élaboration du plan d'action

4.2.2.4.1 Facteurs de risque priorités

Conformément à la méthodologie adoptée, l'élaboration du plan d'action par le GSI du CHSLD du Parvis débuta par l'identification des risques à tenter de diminuer en priorité. L'élaboration et l'utilisation d'une grille d'évaluation de la gravité des risques ont été proposées par des membres du GSI lors de la première session de travail. Chaque membre du GSI a été invité à utiliser cette grille pour identifier le niveau de priorité (élevé, moyenne, faible) des risques identifiés pendant la phase diagnostique. Trois risques se sont démarqués des autres après l'analyse de ces grilles :

1. La charge de travail trop élevée, qui force à travailler de façon trop rapide et inattentive ;
2. Les difficultés de collaboration entre les collègues et les conflits de travail qui en découlent ;
3. La tolérance à l'égard des comportements et attitudes non professionnels de la part du personnel d'encadrement (chefs d'équipe, chefs d'unité, etc.).

L'analyse de cette liste de priorités par les membres du GSI les a menés à exprimer leur impression que leur charge de travail trop élevée et les conflits qui en découlent pourraient être atténués par une meilleure « gestion des employés disponibles », c'est-à-dire par de meilleures pratiques d'élaboration des horaires et d'assignation du personnel disponible sur les différents étages du CHSLD. Il s'agit donc de la priorité initialement retenue par le GSI. Comme expliqué dans les sections précédentes, celle-ci n'a pas été reçue favorablement par l'équipe de direction du CHSLD du Parvis. Une priorité alternative a donc été dégagée et, ainsi, la décision de concentrer les efforts du GSI à

améliorer les plans de contingence utilisés pour se réorganiser lors de situations de « travail en moins » a été retenue. Quatre enjeux principaux liés aux plans de contingence ont plus spécifiquement été identifiés :

1. Des problèmes de communication en début de quart de travail (par exemple, listes de présence erronées, manque de transparence des équipes en situation de surplus, manque de communication des retards, etc.) ;
2. Le manque de procédures claires pour réorganiser le travail dans le CHSLD en entier (par exemple, situation qui exige de déplacer un PAB d'un étage à un autre, critères de priorisation des étages, etc.) ;
3. Le manque de procédures claires pour réorganiser le travail sur les unités de soins (par exemple, critères pour réorganiser les « sections » en situation de travail en moins, soins et services à prioriser versus à reporter, etc.) ;
4. Le manque de mesures claires pour contraindre les employés à suivre les procédures entérinées (par exemple, modalités de supervision de l'application des procédures adoptées, modalités disciplinaires pour les employés récalcitrants, etc.).

Ces enjeux ont été analysés un à un afin d'identifier des solutions à intégrer à un nouveau « plan de contingence ». Les solutions identifiées et élaborées sommairement sont présentées dans la section qui suit.

4.2.2.4.2 Mesures retenues

Les tableaux 22, 23, 24 et 25 présentent les principaux aspects des projets développés par le GSI du Parvis: à qui chaque projet s'adresse, quels objectifs étaient poursuivis, quelles étapes ont été franchies et quel était l'état d'avancement au moment du dépôt du rapport.

Tableau 22. Tenue d'une rencontre de coordination à chaque début de quart de travail

Cible :
• Tous les préposés aux bénéficiaires et autres membres des équipes de soins.
Objectifs poursuivis :
• Mieux partager les informations et prendre des décisions qui touchent la répartition du personnel et des tâches.

Description :
• La mesure implique tout particulièrement les chefs d'activités et les infirmières qui doivent participer à cette rencontre. • Modalités proposées : par visioconférence. • Quand: pendant 15 minutes (7 h 30-7 h 45, 15 h 30-15 h 45, 23 h 30-23 h 45).
État d'avancement :
• Intégrée à un plan d'action dont la réalisation doit être portée par la direction.

Tableau 23. Élaboration d'un plan de contingence pour le CHSLD

Cible :
• Tous les préposés aux bénéficiaires et autres membres des équipes de soins du CHSLD.
Objectifs poursuivis :
• Avoir un plan permettant d'être en mesure de réorganiser rapidement les équipes lors des nombreuses situations de manque de PAB sur certains étages.
Description :
• Le projet vise à mieux gérer les employés en surplus pour combler les manques sur les étages et pour les accompagnements. • La formation d'un comité de coordination est proposée, qui sera en mesure d'identifier les surplus et de les attribuer aux étages où il y a des manques selon des règles préétablies.
État d'avancement :
• Intégrée à un plan d'action dont la réalisation doit être portée par la direction.

Tableau 24. Élaboration d'un plan de contingence sur les unités

Cible :
Tous les préposés aux bénéficiaires et autres membres des équipes de soins qui travaillent sur un même étage, pendant un quart de travail donné.
Objectifs poursuivis :
Avoir un plan permettant d'être en mesure de réorganiser rapidement les équipes lors des nombreuses situations de « travail en moins ».
Description :
- La réorganisation doit se faire en début de quart de travail. - Lorsqu'il manque un PAB, ajout d'un résident de plus sur chacun des plans de travail. Lorsqu'il manque deux PAB, ajout de résidents de plus sur chacun des plans de travail. Modalités proposées pour y parvenir : - Définir une liste des tâches à conserver et des tâches à ne pas conserver en situation de manque : - Aucune douche, un bain partiel est donné. - Les résidents qui acceptent peuvent demeurer en jaquette. - Les lits peuvent être faits en fin de quart. - Établir une liste des résidents qui doivent être absolument levés et de ceux qui peuvent manger au lit. - Définir une liste des tâches à conserver et des tâches à faire pendant le prochain quart de travail en situation de manque.
État d'avancement :
Intégrée à un plan d'action dont la réalisation doit être portée par la direction.

Tableau 25. Élaboration d'une procédure d'encadrement des retards et des absences pour les membres du personnel qui résistent à l'application des plans adoptés

Cible :
• Tous les préposés aux bénéficiaires et autres membres des équipes de soins.
Objectifs poursuivis :
• Faire en sorte que les comportements d'individus ne viennent pas diminuer la qualité de soins donnés aux résidents, détériorer le climat de travail et empêcher la mise en œuvre pérenne des autres solutions proposées (réunions de coordination et plans de contingence).
Description :
• Qui: les ressources humaines et le syndicat doivent élaborer une politique d'encadrement pour les retards et absences et les chefs d'unité et les infirmières sont légitimes pour faire le suivi des retards*. • Comment: les retardataires doivent être encadrés par l'organisation. Si les retards sont fréquents, des mesures disciplinaires doivent être appliquées.
État d'avancement :
• Une première unité « pilote » a débuté l'utilisation du nouveau plan en octobre 2023 et les autres unités seront graduellement intégrées au processus, après des ajustements, si nécessaire.

4.3 Résultats de la phase III : Analyse du processus de développement et d'implantation des interventions et des effets anticipés

L'analyse du processus de développement et d'implantation de l'intervention a été réalisée en croisant les données qualitatives recueillies tout au long de la démarche de développement et d'implantation des mesures déployées par le GSI. Ces données sont issues principalement de deux sources, soit les entretiens réalisés auprès d'informateurs clés et le matériel recueilli grâce à de l'observation participante.

Pour des fins d'analyse, les éléments dégagés ont été regroupés en deux thèmes distincts : les principales conditions gagnantes ayant permis au projet de prendre forme et les défis de contexte et de processus rencontrés. De façon succincte, chacun des thèmes et les principales manifestations qui se dégagent de l'analyse seront présentés. Quelques

extraits d'entrevues viendront accompagner le texte. Ceux-ci ont été sélectionnés parce qu'ils représentent avec justesse la nature de la majorité des propos recueillis.

Puisque les démarches réalisées par les CHSLD du Hameau et du Parvis diffèrent de façon assez importante, les éléments propres à chacun seront présentés de façon distincte, afin de mieux faire état des processus respectifs. Une synthèse croisée des facteurs dégagés sera par ailleurs intégrée à la discussion.

4.3.1 CHSLD du Hameau : Bilan de l'analyse du processus de développement et d'implantation

Un rappel des grandes lignes de l'évolution du projet entrepris au CHSLD du Hameau est présenté dans la section qui suit. On y fait état de façon synthétique de ce qui s'est passé avant le démarrage du projet de recherche, au moment de l'amorce de celui-ci (avant la pandémie) ainsi que lors de sa reprise, alors que la crise sanitaire était toujours active.

4.3.1.1 Conditions gagnantes (CHSLD du Hameau)

Quatre conditions gagnantes ont tout particulièrement émergé de l'analyse pour le CHSLD du Hameau. Trois de ces quatre conditions, qui sont présentées ici, relèvent de l'implication active de ce CHSLD dans la démarche de recherche-action et des moyens mis en place pour favoriser sa réussite.

1. L'engagement initial du milieu.

Le projet avait, à l'origine, été porté par ce centre de santé et de services sociaux. Malgré le décalage entre l'élaboration du projet de recherche-action et son actualisation, les besoins ciblés initialement étaient toujours actuels, voire plus importants encore. La volonté de la haute direction a donc favorisé la mise en œuvre du projet dans un de ses CHSLD et a soutenu sa réalisation.

2. L'identification, par l'organisation, de personnes pivots à différentes étapes du projet :

- Pour aider à l'organisation de la collecte de données (temps I et I-B),
- Pour siéger au groupe de soutien à l'intervention, permettant de faciliter l'arrimage de la démarche entre l'équipe de recherche et les membres du GSI, de faire le suivi de l'évolution des mesures en dehors des rencontres, d'organiser les agendas en veillant à la libération du personnel, de tenir les autres instances de gestion informées de l'évolution des travaux du comité, de faire le suivi avec l'équipe de recherche, etc.

3. Le dégagement des membres du GSI pour un nombre d'heures prédéterminé.
 - L'entente a été respectée et des heures ont été ajoutées pour faciliter la poursuite du projet au-delà de la période prescrite.
4. **Une grande flexibilité de l'équipe de recherche lui permettant de s'adapter à tous les changements** à court, moyen et long terme, sa capacité de « rebondir » et à réajuster très fréquemment la planification initiale.

4.3.1.2 Principaux défis rencontrés (CHSLD du Hameau)

Au-delà des conditions gagnantes en place, plusieurs défis ont été rencontrés dans le cadre du projet mené dans ce CHSLD. Bien sûr, la crise pandémique fait partie de ces défis, mais d'autres enjeux ont aussi été particulièrement importants, comme le roulement fréquent au sein de l'équipe de gestion, le manque récurrent de personnel et, conséquemment, la difficulté à rassembler les membres du GSI ou, encore, un certain scepticisme face à toute démarche visant une transformation du travail. Voici donc ce qui a été dégagé des entretiens :

- Le décalage causé par la pandémie et la perte d'engagement de certains acteurs qui en découle.
 - Plus le projet avance, plus la direction du CHSLD adhère au processus de recherche-action en cours. Cela dit, le directeur doute de certains choix des membres du comité qui ne vont pas dans le sens de ce qu'il aurait souhaité être priorisé (p. ex. il aurait souhaité des transformations qui misent plus sur le milieu de vie et non sur le fait de réorganiser le travail). Il n'a toutefois pas influencé la direction prise par le GSI.
- La reprise du projet en temps de pandémie n'a pas permis d'interpeller comme prévu les instances syndicales qui étaient elles aussi lourdement interpellées par la situation de crise. Elles n'ont donc pas été incluses au processus étant donné la complexité engendrée par le contexte.
- Des changements fréquents au niveau de l'équipe de gestion.
- Une grande difficulté à rejoindre les responsables (surtout dans le contexte pandémique) et à obtenir des réponses claires et des engagements conséquents.
 - Devant ces enjeux majeurs, il a même été envisagé de ne pas poursuivre le projet dans cet établissement.
- L'organisation complexe de la collecte de données (entretiens et questionnaires).
 - Plusieurs ajustements d'horaire en raison des difficultés de libération ou des absences, mais prise en charge de l'organisation par une CU.

- La lenteur pour en arriver à la constitution du GSI.
 - Difficulté à démarrer les GSI (délais réponses aux courriels, recrutement, organisation).
- Un certain scepticisme, en amont, de certains membres du GSI face à la démarche et à la capacité d'implanter des changements (ce scepticisme prenant essentiellement appui sur d'autres démarches antérieures qui ont avorté ou qui n'ont pas engendré les effets attendus).
- L'élaboration du plan d'action qui doit cheminer, malgré des obstacles.
 - Le processus du GSI, participatif, ne correspond pas aux modèles de transformations connus par les membres et, au départ, certains peinent à s'y retrouver (pour la majorité, cela s'estompe avec le temps) et à prendre l'espace qui leur est proposé.
- La difficulté à rejoindre le personnel de nuit, tant pour la cueillette de données que pour la participation au GSI et la consultation par les pairs.
 - Certaines personnes ne participent pas activement, et ce, jusqu'à la fin.
 - Il y a des groupes (secteurs) et des personnes particulièrement réfractaires/critiques face aux mesures proposées par le GSI.
 - Cela fait en sorte que les membres du GSI doivent trouver des modalités pour bien communiquer l'information pertinente et, parfois, affiner leur stratégie de communication.
- Certains secteurs n'ont pas de représentant au sein du GSI, rendant le partage d'informations ardu et facilitant la propagation de rumeurs au sein de ceux-ci.
- La difficulté à libérer le personnel de façon plus « souple », selon les besoins.
 - En raison des difficultés à libérer les membres du GSI autrement que pour des journées entières, des temps morts sont apparus au moment où les projets ont été avancés.
- La pérennisation à assurer.
 - Le retrait de l'équipe de recherche annonce une fragilisation de la poursuite de la démarche pour les personnes impliquées, même si des mesures de pérennisation sont concrètement envisagées.

4.3.2 CHSLD du Parvis : Bilan de l'analyse du processus de développement et d'implantation

4.3.2.1 Conditions gagnantes

- **Légitimité de l'objet d'intervention** : autant les gestionnaires que les membres du personnel soignant qui ont participé de près ou de loin au projet de recherche-action, et plus particulièrement à la démarche du GSI, ont reconnu la pertinence de démarrer un projet qui visait à tenter de diminuer les problèmes de SST des PAB.

- L'ampleur des problèmes de SST des PAB, la pénurie de main-d'œuvre et les difficultés vécues pendant la pandémie auraient contribué à stimuler cette légitimité.

« Ce projet cherchait à améliorer le côté santé et sécurité au travail des préposés, qui sont très impliqués dans la production des services et des soins de santé en CHSLD. Ils ont (PAB) pas mal toute la charge sur le dos...ce qui fait en sorte que les préposés arrivent souvent en maladie PAB. »

(TII, directrice, CHSLD du Parvis)

« Avec la COVID qui est arrivée, on a bien vu que tout allait de travers, c'est comme la poussée de plus pour un projet comme ça. »

(TII, PAB, CHSLD du Parvis)

- **Originalité et pertinence de la méthodologie** : la disposition des PAB à participer et collaborer au projet de recherche et à la démarche du GSI a été favorablement influencée par la méthodologie proposée, c'est-à-dire par la proposition de créer un comité de travail principalement composé de PAB.
- Les opportunités de se faire entendre et d'influencer leurs conditions de travail seraient rares selon les PAB.

« De prime abord, je crois que c'était une démarche très loyale et on a pensé faire participer les PAB dans une recherche, ça ne ce n'était jamais passé ainsi. »

(TII, PAB, CHSLD du Parvis)

- **Présence et contribution d'une équipe de recherche** : certains membres du GSI ont exprimé que la présence et le travail de l'équipe de recherche ont accordé de la crédibilité à la démarche. Certains ont exprimé que sans le travail de l'équipe de recherche, le projet aurait tout simplement été arrêté.

- Les contributions de l'équipe de recherche ont permis d'organiser les doléances des PAB et de les transformer en un projet d'intervention ciblé.

« On avait des chercheurs avec nous, vous venez de l'extérieur. On a l'impression qu'on a une oreille qui écoute, mais qui n'est pas d'ici. »

(TII, PAB, CHSLD du Parvis)

« Vous étiez présents, il y avait du sérieux dans la chose. »

(TII, PAB, CHSLD du Parvis)

4.3.2.2 Principaux défis rencontrés

- **Faible priorité accordée à la démarche du GSI** : un défi significatif rencontré par le GSI a été le faible degré de priorité lui étant accordé par des représentants de la direction du CHSLD. Les multiples raisons énoncées par la direction pour expliquer cette faible priorité (par exemple, projet autorisé par une autre direction avant la pandémie, ampleur réduite des problèmes de SST, etc.) ont nui à la démarche.
 - Cette faible priorisation aurait rendu impossible la participation d'autres services (par exemple, ressources humaines) à la démarche du GSI ;
 - Cette faible priorisation aurait nui à l'engagement de la direction à soutenir la démarche du GSI ; le projet de recherche et la démarche de la GSI n'auraient pas été « sur le radar » de la direction ;
 - D'autres projets, ayant des objectifs plus ou moins associés à la problématique de la SST des PAB, démarrés à d'autres niveaux hiérarchiques ou par d'autres directions, auraient accaparé la capacité de gestion de projet de l'organisation.
- **Manque de disponibilité des membres du GSI** : une variété de situations a réduit la disponibilité des membres du GSI, autant les gestionnaires que les membres du personnel soignant, pour travailler et pour faire progresser la démarche.
 - L'incapacité générale de l'organisation à « libérer » les PAB de leurs tâches habituelles pour contribuer aux travaux du GSI a réduit le temps qu'ils ont dédié au projet ;
 - Les périodes de vacances des gestionnaires ont freiné l'avancement du projet considérant que, pendant leurs absences, les validations et les approbations qui devaient être obtenues par le GSI pour poursuivre son travail étaient impossibles.

- Les efforts requis pour préparer la visite de l'Agrément ont diminué la capacité des gestionnaires à coordonner les activités du GSI et ainsi appuyer sa démarche.
- **Scepticisme à l'égard de projets d'amélioration** : la disposition des membres du personnel soignant, notamment les PAB, à participer et à s'engager dans l'ensemble du projet de recherche-action a été marquée par leur attitude sceptique.
 - Cette attitude sceptique serait le produit des projets vécus dans le passé et plus particulièrement des déceptions qui en auraient découlées ;
 - Les membres du personnel soignant ont ainsi adopté une « posture attentiste » à l'égard du projet, une posture hésitante qui expliquerait les difficultés initiales de recrutement et de participation ;
 - La présence continue de l'équipe de recherche et les avancements permis pendant les périodes d'activité ont toutefois stimulé un sentiment d'espoir, un sentiment que des améliorations réelles seraient possibles cette fois-ci.

« Au départ, tout le monde est content, car ils pensent que ça va apporter une amélioration. Mais, malheureusement, il y a eu beaucoup de projets qui sont tombés à l'eau, on ne sait plus où ils sont passés. »

(TII, gestionnaire, CHSLD du Parvis)

« Les gens qui sont sur le plancher, on suit le courant...On appelle ça la théorie des 3 mois. C'est quelque chose qui arrive après on n'en entend plus parler. »

(TII, PAB, CHSLD du Parvis)

« Mais là, vous êtes revenu avec un suivi, donc je me suis dit, OK, voyons voir ! »

(TII, PAB, CHSLD du Parvis)

- **Scepticisme quant à la volonté d'amélioration de la direction** : des membres du personnel soignant ont exprimé, à différents moments et à différents degrés, des doutes à propos du désir des gestionnaires en place de réellement améliorer les conditions de travail des PAB.
 - Plus spécifiquement, ce scepticisme est dirigé à la fois vers la volonté d'amélioration de la direction, mais aussi vers la volonté de travailler en collaboration avec les PAB pour élaborer et implanter des solutions.

« Nous sommes dans un milieu et il faut faire semblant que nous apportons des améliorations... c'est de la poudre aux yeux. »

(TII, PAB, CHSLD du Parvis)

« On est en train de nous utiliser...La direction arrive avec une décision qui est déjà prise: "Voici où on veut aller et c'est à prendre ou à laisser". »

(TII, PAB, CHSLD du Parvis)

- **Conceptions différenciées des sources des problèmes de SST des PAB :** la conception que les problèmes de SST des PAB auraient comme source principale les TMS, tenue par des membres de la direction, a influencé la démarche du GSI.
 - Bien qu'appuyée par les données statistiques collectées par l'organisation, cette conception allait à l'encontre de la volonté des membres du GSI de travailler à diminuer, en priorité, des risques à leur santé psychosociale ;
 - Sans les efforts de l'équipe de recherche pour « protéger l'essence du projet de recherche », c'est-à-dire d'analyser le processus et les effets d'un projet mené « pour et par des PAB », il est possible d'imaginer que la démarche du GSI aurait été réorientée vers l'objectif de diminuer les TMS.

4.3.3 Analyse des effets anticipés ou rapportés au CHSLD du Hameau

4.3.3.1 Des effets dégagés de l'analyse qualitative

Cette dernière section prend appui sur les résultats de l'analyse de l'ensemble du corpus de données qualitatives colligées depuis le début de la phase d'intervention : notes de terrain, observation participante, entretiens auprès d'informateurs clés. L'intérêt est ici de cerner quels effets, avérés ou anticipés, ont pu être dégagés de l'analyse des témoignages de personnes ayant été impliquées dans la démarche déployée, principalement parce qu'ils ont été des membres actifs du GSI ou qu'ils ont été impliqués dans sa mise en place. Eux seuls, à cette étape du projet, étaient en mesure de participer à cette cueillette de données, les mesures développées n'ayant pas encore été déployées sur le terrain.

Voici donc ce que l'analyse qualitative révèle sur le plan, surtout, des effets anticipés — mais parfois aussi des effets déjà tangibles — de la démarche entreprise au CHSLD du Hameau et de ce qui a pu, ou pourra, jouer sur ces effets dans les mois qui suivront. Certains des effets touchent plus spécifiquement les mesures proposées par le GSI alors que d'autres concernent plus spécifiquement la démarche participative dans son ensemble. Des conditions entourant le processus et le contexte en place qui pourraient entraver ces effets ont également été dégagées. Ceux-ci permettent d'une part de revoir

les modalités à mettre en place, au sein de l'établissement, pour éviter les conséquences appréhendées.

4.3.3.1.1 Les effets touchant le processus lui-même

La plupart de ceux qui se sont impliqués dans la démarche, peu importe leur fonction, ont souligné avoir apprécié la possibilité de participer et de se sentir écoutés par les autres membres du GSI lors des rencontres. Ils ont aimé avoir la capacité de proposer des initiatives qui ont été retenues puis échanger ensemble sur le développement des mesures, les difficultés et les moyens pour résoudre ces difficultés. On constate que certaines personnes, habituellement peu impliquées dans les projets initiés au CHSLD, ont, cette fois, accepté de s'impliquer, ce qui leur a permis de poser des actions qui dépassent le cadre de leurs tâches habituelles, ce qui est considéré comme stimulant et valorisant pour certains. Pour quelques membres du GSI, il a été plus difficile de sortir du cadre habituel et de s'engager pleinement, par exemple d'aller chercher les ressources nécessaires ou d'entrer en interaction avec leurs collègues, sur les étages, pour les informer de l'avancée des travaux ou pour les consulter, ce qui faisait partie de leur mandat. Cela semble particulièrement vrai pour certains préposés aux bénéficiaires qui se sont assez peu engagés, malgré la place qui leur était offerte. Ce qui n'est pas sans avoir eu d'impacts sur l'accueil de la démarche dans certains secteurs qui n'ont pas reçu les informations qui devaient être délivrées par ces personnes. D'autres membres, plus engagés, ont contribué à compenser le manque d'engagement de ces collègues.

« Ils [les PAB de ces secteurs] disaient qu'ils n'avaient jamais vu notre représentant, qu'ils n'avaient jamais entendu parler de rien. Donc, ils ne se sentaient pas défendus ni écoutés. Ce qu'ils entendaient, c'était par rapport à ce que les autres disaient, donc l'information arrivait tout croche. Ils étaient déjà en train de monter aux barricades. »

(TII-III, CHSLD du Hameau, PAB)

« C'est la peur de l'inconnu et... Eux [ceux qui ne participent pas au GSI et qui n'ont pas été informés par le PAB responsable], au fond, ils savent pas trop qu'est-ce qu'il y a dans le nouveau plan de travail parce qu'ils n'ont pas vu. Ça n'a pas été présenté. Ils ne savent pas que le caucus va commencer à 13 h 30. Il n'y a pas la feuille comme on avait décortiqué au (Nom du secteur) et qu'on avait présenté. »

(TII-III, CHSLD du Hameau, Inf. aux.)

La présence de ressources externes (l'équipe de recherche) qui a proposé la formation d'un GSI et qui a assuré un accompagnement pendant la durée du projet a eu un effet positif sur la démarche. Le fait que l'équipe soit externe à l'institution a participé au fait que les personnes ont participé et adhéré à la démarche et, donc, aux effets perçus et attendus. Les membres du GSI disent s'être sentis plus libres de partager leurs idées, autorisés à proposer des solutions qui n'étaient pas « bloquées » ou, à tout le moins, orientées par l'institution.

« On aurait pu faire ça à l'interne avec des points précis, mais, tu sais... quand ça vient de l'interne, de la gestion, je pense que ça a plus un regard de "top-down", d'imposer, mettons. Versus de l'extérieur, même moi je savais pas dans quoi je m'embarquais. J'avais l'impression qu'eux avaient l'impression qu'on était tous sur le même pied d'égalité. C'est peut-être ça qui a été très bénéfique dans l'expérience. »

(TII-III, CHSLD du Hameau, Cheffe d'unité)

« C'est sûr que vous nous disiez pas quoi faire. Peut-être que quelqu'un qui aurait été un employé du CIUSSS, vous nous auriez dit qu'on ne peut pas faire ça de même puis que ce qu'on veut, c'est que ça donne ce résultat-là. Fait que, enlignez vos affaires pour que ça donne ça. (...) Vous nous laissiez aller. On s'est sentis vraiment libres et vous étiez là pour nous appuyer. »

(TII-III, CHSLD du Hameau, PAB)

La tenue de rencontres statutaires du GSI, sur une base régulière, a jusqu'à un certain point assuré une forme de reddition de comptes, les membres y partageant les avancées faites au sein de leur sous-comité depuis la rencontre précédente. Elle a aussi permis un échange continu entre les membres du groupe. L'équipe de recherche facilitait la tenue de ces rencontres en les planifiant, avec la collaboration nécessaire de la cheffe d'unité membre du GSI, et en s'assurant de la prise de notes. Cela dit, la question du retrait éventuel de l'équipe de recherche est omniprésente. Les membres du GSI ont témoigné tant dans les entretiens que lors des plus récentes rencontres du groupe qu'ils appréhendent d'ailleurs la fin de l'accompagnement par l'équipe de recherche, bien que l'intention de la direction de pérenniser une formule similaire ait été annoncée. Ils manifestent également la crainte de voir le projet, sans la présence de l'équipe de recherche, prendre le chemin d'une gestion recentrée autour de chaque unité, alors que la démarche du GSI avait, intrinsèquement, favorisé une vision collective, plus propice à une implantation uniforme des mesures proposées. Les intervenants craignent également ne pas avoir les ressources nécessaires pour les accompagner s'ils rencontrent, par la suite, des difficultés. Un accompagnement est important. Suite au retrait de celle-ci, les intervenants ne savent pas qui prendra l'initiative de le faire et plusieurs craignent que le projet s'éteigne alors qu'ils apprécient travailler dans un tel cadre, échanger avec des collègues sur les enjeux rencontrés et les pistes de solution. Les gestionnaires, de leur côté, anticipent que la survie du projet sera mise entre leurs mains et ils songent à trouver les modalités nécessaires pour assurer la survie du comité.

« Faut remettre le projet en décembre. Ça, c'est clair qu'il faut qu'il soit prêt. Mais on va être encore là après, tu sais. Ça continue dans le fond parce que le projet va commencer, mais j'imagine que ça va prendre du temps. Il va falloir qu'on [...]. Tu sais, si on veut pas que ça meure dans l'œuf comme beaucoup d'autres projets, je vais être honnête, là. Bien, il faut faire le suivi. »

(TII-III, CHSLD du Hameau, PAB)

« On va-tu pouvoir garder le même droit chemin ? Je sais pas. J'aimerais ça aussi qu'un autre chef vienne avec moi quelques rencontres [...]. J'aimerais ça qu'il n'y ait pas juste moi. Je peux tomber malade, je peux [...] n'importe quoi puis ça ferait en sorte que ça tomberait à l'eau. Je trouverais ça triste. »

(TII-III, CHSLD du Hameau, Cheffe d'unité)

La question de la pérennisation du projet est au cœur des préoccupations partagées par l'ensemble des intervenants qui ont participé aux entretiens, mais elle avait aussi été clairement nommée lors des réunions du GSI. Les membres sont préoccupés par le fait qu'ils devront investir du temps pour assurer le suivi alors que le soutien de l'équipe de recherche ne sera plus possible.

« Je sens comme qu'on est sur la fin du projet puis il n'est pas encore implanté. Moi, j'aurais aimé ça que le projet continue, non seulement à le monter, à l'implanter puis que vous soyez encore là un certain temps après qu'il soit implanté pour qu'on puisse ensuite regarder ce qui a fonctionné, ce qui a pas fonctionné. J'ai l'impression que, rendu là, vous serez plus là [...] J'aurais aimé ça que le processus en entier se fasse avec vous autres.

(TII-III, CHSLD du Hameau, PAB)

« C'est sûr qu'il va falloir le maintenir puis je pense que c'est probablement plus nous autres qui vont devoir le faire vivre à long terme. Les gestionnaires, ça va nous revenir. C'est ce que j'anticipe un peu »

(TII-III, CHSLD du Hameau, Cheffe d'unité)

4.3.3.1.2 Les effets touchant les mesures proposées

Plusieurs personnes ont souligné l'effet potentiel des mesures proposées, particulièrement la révision des plans de travail (projet « A »), même si celles-ci ne sont pas encore déployées, mais ils craignent par contre que l'initiative ne soit pas pérennisée. La mise en place des mesures développées est attendue positivement et les personnes engagées dans le processus évaluent positivement les mesures proposées et sont confiantes quant aux effets potentiels de celles-ci sur la santé des préposés aux bénéficiaires. Cela dit, ils anticipent tous une certaine forme de résistance au changement chez certaines personnes. En effet, bien qu'ils estiment que GSI a permis de faire émerger de bonnes idées pour l'amélioration des conditions de réalisation du travail des

préposés aux bénéficiaires, ils anticipent, à divers degrés, une réticence de leurs collègues à les mettre en place, particulièrement de certaines personnes qui pourraient résister à modifier leurs habitudes de travail. Il y aura donc, à leur avis, un travail de fond à faire auprès de certains afin de leur faire prendre conscience des avantages à le faire. La capacité d'adaptation varie pour chaque individu. Ceci est également rapporté pour les chefs d'unité.

Les intervenants ont cependant espoir qu'en entendant parler du projet pilote se déroulant sur les autres unités, ces travailleurs seront ouverts à entendre les gains de temps réalisés par la révision des plans de travail et verront les avantages à adopter les nouveaux plans proposés.

« Un moment donné, j'ai dit à une PAB, tu sais, on va changer l'heure parce qu'on veut uniformiser tout ça. Déjà, j'ai vu de la résistance. [...] parce que ça vient bouleverser l'habitude. Pour eux autres, c'est comme ça depuis des années. [...] Pourtant, sur d'autres unités, c'est correct, tu sais. »

(TII-III, CHSLD du Hameau, Cheffe d'unité)

L'installation de boîtes de suggestions sur toutes les unités, en marge des mesures principales, semble avoir été une initiative qui aurait permis d'obtenir des effets positifs assez rapidement. Les propositions recueillies dans les boîtes ont été systématiquement étudiées en GSI et, dans certains cas, des suivis ont pu être rapidement faits par la cheffe d'unité auprès des autres instances de gestion afin de trouver des solutions ou, à tout le moins, d'obtenir des éléments d'informations en lien avec les enjeux soulevés, permettant de faire les suivis appropriés.

« Sur les petites choses qui étaient nommées, que moi je peux régler toute seule, avec mettons, mon collègue de la DST, c'était facile pour moi de juste me rendre à la source.

(TII-III, CHSLD du Hameau, Cheffe d'unité)

Quelques changements ont été effectués en lien avec les boîtes à suggestion, par exemple, l'installation d'un support à vélos, et les discussions du comité. La cheffe d'unité a rapporté qu'elle prenait des notes lors des rencontres des éléments sur lesquels elle pouvait facilement agir et en discutait avec ses collègues gestionnaires.

4.3.3.1.3 Des effets positifs déjà visibles, en lien avec la démarche elle-même ou les mesures proposées

D'ailleurs, des personnes ont témoigné avoir déjà vu des effets positifs liés à la démarche et aux mesures proposées, qui ont été présentées aux équipes, particulièrement en ce qui concerne le réaménagement des plans de travail. On a notamment constaté une **meilleure collaboration chez certains collègues, plus d'entraide et de collaboration**

en fonction des tâches partagées précisées (par exemple, des infirmières aident maintenant à l'alimentation des résidents).

« Plus il y avait du personnel en moins, plus c'était du chacun pour soi et on essayait de survivre [...]. Automatiquement, quand c'était moins 1, moins 2, les infirmières et les auxiliaires embarquaient pour l'alimentation, nous aidait à apporter quelqu'un aux toilettes, mais de là à faire l'entière toilette partielle, ça, je les ai pas vu. [...] J'ai senti beaucoup plus d'entraide parce qu'il y avait la liste des tâches partagées »

(TII-III, CHSLD du Hameau, PAB)

Une intervenante a remarqué, avec l'évolution du projet de recherche, un **changement d'attitude** marqué chez les préposés aux bénéficiaires de son secteur. Au début, ses collègues ne démontraient aucun intérêt face aux travaux du GSI ou alors ils étaient fermement contre. Puis, au fil du temps, en leur présentant les avancées du comité et en consultant les travailleurs sur de potentiels projets à mettre en place, leur comportement a commencé à évoluer. L'intervenante rapporte désormais une anticipation positive des effets du projet pilote des plans de travail uniformisés chez ses collègues. D'autres membres du GSI ont également observé ce type de changement au sein de leur unité, à divers niveaux. Une explication possible est la présence d'ambassadeurs ayant à cœur la réussite du projet sur les unités. Cela faciliterait l'adhésion des préposés au projet. L'implication des travailleurs apparaît donc essentielle afin de limiter les réactions négatives.

Enfin, le gestionnaire responsable de cet établissement a souligné, lorsque rencontré après la clôture du projet, que la cheffe d'unité présente au sein du comité a non seulement continué de voir au maintien des travaux du GSI, mais elle a aussi soutenu d'autres chefs d'unités, dont une personne venant d'entrer en poste, afin de favoriser l'adoption de façons de faire plus participatives dans les différents secteurs. Elle parlait ici d'un effet de « contamination » positif qui dépassait le mandat de son implication dans le GSI lui-même.

4.3.3.1.4 Des effets possibles à plus long terme

Enfin, plusieurs membres du GSI ont l'espoir que les travailleurs verront qu'il est possible d'apporter des changements sur leur lieu de travail et que certaines personnes voudront s'impliquer dans de futurs projets en constatant qu'ils peuvent avoir un impact. Il faut toutefois, à leur avis, que ce type de projet conserve son objectif de laisser la place aux travailleurs de nommer les irritants et de tenter d'améliorer la situation et ne devienne pas une tribune pour se plaindre.

« J'espère qu'on va l'implanter et que les gens vont sauver beaucoup de temps, tout ça, parce que ça ferait que les prochains projets, les gens vont peut-être vouloir

s'impliquer. [...]. Ça ferait du bien d'en avoir un qui va donner des résultats comme ça, le prochain projet, il va y avoir plus de monde qui vont lever la main. »

(TII-III, CHSLD du Hameau, PAB)

« Il y a des préposés qui se sont portés volontaires pour embarquer sur le comité pour eux aussi pouvoir faire entendre leur voix. Fait que je pense que, tu sais, si tu as des préposés qui lèvent la main, c'est qu'ils en entendent parler positivement puis qu'ils voient que ça pourrait avoir une portée. »

(TII-III, CHSLD du Hameau, Cheffe d'unité) Analyse des effets anticipés ou rapportés au CHSLD du Parvis

Les effets touchant le processus lui-même

- **Reconnaissance des PAB** : certains participants ont exprimé que la simple proposition de créer un comité principalement composé de PAB a contribué à un sentiment de reconnaissance pour leur titre d'emploi.

- L'opportunité de s'exprimer à propos de leurs conditions de travail et de travailler à élaborer des solutions représenterait une forme d'avancée pour certains PAB au CHSLD du Parvis.

« Je vois le côté positif, avant on n'avait pas cette opportunité. C'est comme si nos paroles n'existaient pas, puis on arrivait et on nous disait fais-ci, fais ça comme des soldats. Maintenant, on a une communication, une conversation. »

(TII, PAB, CHSLD du Parvis)

« Je pense que c'est un effort assez considérable de considérer nos propos ou bien nos commentaires, ou de nous laisser nous exprimer, comment nous travaillons et qu'est-ce qui se passe sur le plancher directement ? »

(TII, PAB, CHSLD du Parvis)

« Ma collègue a trouvé la chose positive, mais elle aimerait que ses recommandations ne soient pas seulement sur papier. »

(TII, PAB, CHSLD du Parvis)

- **Amplification du scepticisme à l'égard des projets d'amélioration et de la volonté de collaboration de la direction** : les périodes d'inactivité ainsi que la non-implantation des solutions souhaitées (au moment de la fin de la collecte de données) et élaborées par le GSI ont stimulé une impression de « déjà vu » chez plusieurs membres du personnel soignant.
- Des membres du personnel soignant estiment que le projet n'a eu aucun effet bénéfique à ce jour et qu'il a plutôt confirmé leurs doutes quant à l'authenticité

de la volonté de la direction à travailler avec eux pour améliorer leurs conditions de travail ;

- La théorie portée par plusieurs membres du personnel soignant selon laquelle il n'est pas nécessaire de porter attention aux projets d'amélioration démarrés parce qu'ils finiront par mourir à petit feu quelques mois plus tard est validée ;
- Des membres du personnel soignant ont exprimé leurs incompréhensions quant aux raisons de l'inaction de la direction, de l'incapacité de la direction à mettre en œuvre des solutions que les équipes attendent avec ouverture et impatience.

« Au début, j'étais super contente quand j'ai entendu que des collègues allaient participer. On attend depuis toujours des changements. »

(TII, PAB, CHSLD du Parvis)

« ...C'est comme un coup d'épée dans l'eau, encore. On nous fait croire des choses, mais il n'y a jamais rien qui bouge. On a dit qu'on nous montrerait un dossier cet été, mais je n'en ai même pas vu la couleur. Quelque part, on est un peu déçu, j'ose espérer que ça change. »

(TII, PAB, CHSLD du Parvis)

« Quand je parle avec mes collègues préposés... on nous a inclus dans la démarche, mais la décision..., c'est comme pour dire que oui les préposés ont été inclus et sont d'accord, mais dans le fond ce n'est pas vrai. »

(TII, PAB, CHSLD du Parvis)

« Dans ce sens, je pense que c'est une affaire peut-être administrative parmi les chefs d'unité et la gestionnaire-chef, qui devraient demander qu'on commence, qu'on essaie de commencer, parce que je ne vois pas les obstacles. »

(TII, infirmière, CHSLD du Parvis)

Des effets positifs déjà visibles, en lien avec la démarche elle-même ou les mesures proposées

- **Problématisation des modalités d'organisation de la collaboration entre les PAB : l'identification de l'ampleur des effets du manque d'organisation de la collaboration entre les PAB**, notamment lors des situations de « travail en moins », serait un accomplissement de la perspective de représentants de la direction.
 - Le travail du GSI aurait notamment permis de mettre en lumière qu'un encadrement et une organisation plus rigoureuse des modalités de

collaboration entre les PAB, ainsi que les autres membres des équipes soignantes, pourraient contribuer significativement à diminuer les tensions vécues par les PAB et ainsi que les problèmes psychosociaux qu'ils vivent.

« Ça été quand même une bonne expérience, ça nous a permis, avec les préposés, d'identifier peut-être quelque chose qui pouvait nous passer sous les yeux, où on n'avait pas vraiment prêté attention. Le fait que c'est eux-mêmes qui identifient les problèmes eux-mêmes encore participe à la solution des problèmes. Donc, ça ne peut qu'avoir une portée positive pour l'avenir. »
(TII, directrice, CHSLD du Parvis)

5. DISCUSSION

5.1 Rappel de l'objectif du projet et diversité des interventions

Cette recherche-action visait à développer des modalités d'intervention préventive innovantes en matière de SST portées principalement par les PAB dans les CHSD du Québec, afin d'en tirer des connaissances généralisables à d'autres milieux. Pour y parvenir, l'équipe de recherche a eu recours à un devis de recherche permettant à la fois de cerner, dans les CHSLD participants, les facteurs de risque et de protection présents puis de documenter et d'évaluer un processus d'intervention mené « par et pour des PAB », rassemblés au sein d'un groupe de soutien à l'intervention au sein duquel ils étaient majoritaires. Ce groupe avait pour objectif de proposer et de développer des mesures permettant de réduire les risques priorités dans chacun des milieux en misant sur la participation des PAB dans la mise en place de la démarche. Le processus de recherche a aussi permis de dresser un inventaire des conditions contextuelles et organisationnelles favorables ou non à l'implantation d'une intervention préventive misant sur la participation des préposés aux bénéficiaires. Tout au long du projet de recherche d'intervention, l'équipe a accompagné les partenaires de deux CHSLD pilotes qui ont mis en place une démarche préventive.

La recherche a été réalisée dans un contexte marqué par une situation de crise pandémique et des aménagements au protocole ont été rendus nécessaires. Un des établissements n'a d'ailleurs pas eu la capacité, malgré son intérêt pour l'initiative, de poursuivre l'étude au-delà de la phase diagnostique en raison principalement d'enjeux liés à l'incapacité de dégager les ressources nécessaires pour lancer une démarche d'intervention. Les deux autres CHSLD pilotes ont, quant à eux, pu, dans la dernière année du projet, amorcer la démarche d'intervention via l'instauration d'un GSI, mais dans une période plus courte que ce qui était initialement projeté. Par ailleurs, force est de constater que l'appropriation de la démarche dans ces deux établissements s'est faite de façon assez différente. C'est pourquoi nous devons nuancer les constats qui suivent. Les expériences croisent des enjeux similaires, mais dont la façon de relever les défis et de mettre en place une démarche selon les paramètres prévus a varié considérablement. Il en va de même des mesures proposées et développées par les deux établissements, ainsi que de l'appréciation même du processus, puisque l'histoire de chaque projet diffère à plusieurs égards.

Plusieurs stratégies de recherche ont été déployées afin d'évaluer le processus d'implantation de la démarche préventive dans les deux CHSLD ayant implanté des GSI et, quand cela était possible, quelques effets attendus. Cette évaluation de processus, amorcée très tôt dans le projet de recherche-action, a permis d'étudier le développement et l'implantation, dans un contexte environnemental particulièrement complexe, de mesures destinées plus spécifiquement aux PAB. Mais elle contribue aussi à documenter de possibles effets de l'intervention, le cas échéant (Biron *et al.*, 2016 ; Hammer *et al.*,

2015 ; Karanika-Murray *et al.*, 2016). En croisant les analyses des résultats colligés indépendamment dans les deux CHSLD pilotes, plusieurs leçons ont pu être dégagées de cette recherche-action qui pourra être utile aux CHSLD désireux de développer et d'implanter des mesures préventives. Ces leçons seront d'autant plus utiles dans un contexte où, en raison de la modernisation de la Loi sur la SST, tous les employeurs devront maintenant protéger la santé des travailleurs, assurer leur sécurité et leur intégrité psychique, mais, aussi, identifier et analyser les risques psychosociaux.

5.2 Principaux facteurs de risque dégagés dans les CHSLD étudiés

Comme nous avons pu le constater dans le cadre de cette étude, plusieurs des facteurs de risque ou de protection dégagés sont communs aux trois CHSLD participants. Il est probable que ces mêmes facteurs soient aussi présents dans la plupart des autres établissements de soins de longue durée qui sont, globalement, soumis aux mêmes conditions générales que les trois étudiés. Nous présentons ici de façon synthétique ces facteurs de risque les plus souvent relevés par les participants à l'étude en excluant ceux qui sont propres à la situation pandémique qui, comme on a pu le constater, ont particulièrement exacerbé les facteurs de risque déjà en place.

Une charge de travail élevée en quantité et en nature (charge physique et émotionnelle) qui se manifeste notamment par :

- L'alourdissement de la clientèle (p. ex. présence accrue de personnes ayant troubles de comportement)
- Le manque de temps pour réaliser le travail prescrit
- Des rôles et tâches partagées mal compris/mal définis
- Le sentiment d'une répartition inégale de la charge de travail entre les secteurs
- Le sentiment de ne pas avoir les moyens d'effectuer un travail de qualité
- L'exposition à des situations lourdes sur le plan émotionnel (p. ex. : décès successifs, souffrance des résidents et des proches)

Un manque de soutien des collègues ou d'autres membres de l'équipe qui se manifeste notamment par :

- Le manque d'esprit d'équipe, de cohésion dans certains groupes, certaines équipes (présence de clans, de « têtes fortes », de « mémérage »)
- Le manque de collaboration intraprofessionnelle (entre PAB) et interprofessionnelle (entre groupes professionnels)
- Des tensions entre individus, groupes (p. ex. des tensions interculturelles) ou secteurs

Une faible reconnaissance des préposés aux bénéficiaires qui se manifeste notamment par :

- Un statut hiérarchique défavorable et de très faibles perspectives de promotion
- Le sentiment d'une baisse marquée de reconnaissance depuis les fusions de 2015
- De trop rares occasions de reconnaissance provenant de la haute direction, très éloignée
- Une faible visibilité du personnel de soir et de nuit
- La difficulté pour les PAB de participer activement lorsqu'ils sont invités à le faire, faute de temps

Un soutien des supérieurs à bonifier qui se manifeste notamment par :

- Un sentiment assez partagé d'être plutôt bien soutenus par les supérieurs immédiats (chefs d'unité), qu'ils ont une bonne écoute, mais que ceux-ci sont trop peu présents, compte tenu de leur propre charge
- Des supérieurs immédiats qui ne sont pas formés adéquatement pour la gestion des ressources humaines (p. ex. résolution de conflits, incivilités, comportements inappropriés) ou qui n'interviennent pas en présence de situations impliquant des tensions interpersonnelles
- Une haute gestion très peu accessible

Une faible autonomie décisionnelle qui se manifeste notamment par :

- Le sentiment d'une perte de marge de manœuvre depuis les fusions de 2015
- Un niveau d'autonomie des PAB qui varie en fonction des situations (p. ex. plus d'autonomie le soir et la nuit que le jour)
- Une participation des PAB qui varie du fait des dynamiques organisationnelles internes
- Le sentiment pour certains qu'il y a trop peu de consultation des préposés aux bénéficiaires ou de prise en considération de ce qu'ils partagent
- Une volonté que les PAB participent davantage, mais ceux-ci ne profitent pas nécessairement de cette place qu'on leur offre

5.3 Stratégies pour le déploiement des interventions participatives en CHSLD

5.3.1 Stratégies sur le plan contextuel

La mise en place de projets innovants impliquant des transformations probables de l'organisation de travail est en soi un défi. Mais **le contexte extérieur** peut venir bouleverser les conditions propices à de telles innovations (par exemple, une crise sanitaire, un contexte de négociations, etc.). En fait, de tels événements tendent à

fragiliser très rapidement et intensément les organisations qui sont, de manière chronique, fragilisées par une rareté de main-d'œuvre.

Dans certains cas, les initiatives peuvent être repoussées afin de permettre aux institutions de retrouver un certain équilibre. Dans d'autres cas, il importe de mettre fin à une initiative afin de ne pas créer un stress trop intense sur un milieu déjà fragilisé. C'est ce qui a d'ailleurs été fait pour l'un des trois établissements pilotes, il a fallu savoir s'arrêter pour ne pas créer des attentes qui n'auraient pas pu être réalisées. Aussi, dans les institutions accueillant de telles initiatives, les chercheurs qui les portent tout comme les organismes de financement doivent **faire preuve d'agilité et de souplesse** pour permettre, lorsqu'opportuns, de réaliser en tout ou en partie une initiative à laquelle tous avaient adhéré au départ.

Lorsque la **demande initiale de l'intervention provient du milieu**, les chances sont plus grandes que l'innovation soit porteuse de réussite. Dans le cadre de notre projet, l'initiative était portée par l'institution où se situe le CHSLD du Hameau et il s'agit effectivement de l'initiative qui a été mieux accueillie et qui a réussi à proposer des mesures qui sont en cours de mise en place. Enfin, pour mener à terme une telle initiative, il faut a priori qu'il y ait, dans le milieu concerné, une ouverture aux changements, et ce, dès le départ du projet.

5.3.2 Stratégies sur le plan organisationnel

Les CHSLD constituent des établissements dont la structure est généralement peu flexible et tributaire d'une très haute administration qui impose des prescriptions, notamment en termes de SST. La hiérarchie est généralement fortement campée et, dans cette structure hiérarchique, les PAB n'occupent pas la place de choix, au contraire. En ce sens, **un projet participatif visant à faire participer les PAB est déjà, a priori, un projet à « contre-culture » des normes établies**, même si sa pertinence scientifique est avérée.

L'engagement de toutes les parties (individus et structures) constitue un ingrédient fondamental à une telle démarche et cet engagement doit être arrimé à une ouverture à l'Innovation et à la poursuite d'objectifs communs pour tous les acteurs. Les motivations sincères qui sous-tendent cet engagement doivent être partagées de façon transparente et, parallèlement, les craintes ou les éléments de méfiance doivent aussi être nommés et discutés. Il est préférable de travailler, en amont, sur les conditions favorables à l'engagement du milieu que d'entreprendre une démarche « imposée » qui ne saura rallier les différentes parties prenantes.

Le soutien et l'adhésion de la haute direction d'un établissement qui participe à une telle démarche doivent être acquis et doivent se manifester par des actions concrètes, notamment par un soutien humain ou opérationnel lorsque nécessaire, telle la libération du personnel pour permettre une pleine participation aux activités. L'engagement de la

haute direction peut se manifester notamment par un financement adéquat et souple, le dégageant de personnel, l'ouverture à accorder au projet et aux mesures proposées une certaine marge de manœuvre permettant l'innovation. Différents événements peuvent venir bousculer le soutien préalablement acquis, notamment le changement des personnes ayant préalablement appuyé la démarche, un changement de structures organisationnelles ou la mise en place de nouvelles orientations localement ou par la haute administration. Les délais de réalisation viennent naturellement favoriser l'effritement de l'adhésion à la démarche, malgré les tentatives de maintenir l'intérêt du côté des porteurs de la démarche.

Dans un même ordre d'idées, on constate le **rôle clé du supérieur immédiat** dans la mise en place de telles initiatives. Celui-ci, en raison de son positionnement dans la structure organisationnelle, joue un rôle de chef d'orchestre au sein de sa propre unité, mais a aussi le pouvoir d'informer et d'influencer les autres membres de la structure hiérarchique. Il importe donc d'intégrer à une telle démarche de transformation un gestionnaire de proximité ayant l'ouverture nécessaire à l'innovation proposée, la capacité de soutenir les membres d'un tel comité afin qu'ils aient accès à des informations pertinentes ou à des instances autrement difficiles à rejoindre, le leadership pour porter les propositions développées vers ses collègues gestionnaires, mais, aussi, vers la plus haute hiérarchie.

La **collaboration active des parties prenantes** à de tels projets est fondamentale puisque de telles initiatives sont, fondamentalement, appuyées sur la participation des travailleurs pour qui ces initiatives sont développées. Dans le cas de la recherche réalisée, le projet visait justement le développement d'une intervention « par et pour » les PAB. Cela dit, puisque ces mesures sont implantées dans un milieu de travail où collaborent plusieurs catégories professionnelles, il s'avère nécessaire d'intégrer des représentants de celles-ci dans les activités amorcées. Dans le cas contraire, le risque de non-adhésion aux mesures développées est important.

Même en voulant mettre l'accent sur la place des PAB dans une telle démarche, il importe donc d'interpeller les autres acteurs dans les échanges afin d'assurer que les mesures développées puissent être entérinées. En raison du contexte de crise et de la difficulté à reprendre la recherche-action alors que tous étaient sollicités par des activités liées à la pandémie, il s'est avéré impossible de mobiliser activement, comme cela était prévu initialement, les acteurs syndicaux et leurs vis-à-vis de différentes directions des établissements impliqués dans les enjeux de santé au travail (par exemple, ressources humaines, qualité de vie au travail ou autre). L'implication de ces parties prenantes a donc été affectée par le contexte. On peut penser que leur présence aurait pu faciliter la démarche préventive dans les deux milieux pilotes.

La représentation des PAB dans un établissement de soins de longue durée apparaît morcelée. Dans un milieu où le personnel est majoritairement constitué de PAB, qui ont peu d'influence formelle au plan de l'organisation du travail, il serait important de pouvoir minimalement bénéficier d'un collectif de travail formel et soudé de PAB ou d'une entité reconnue en tant que vis-à-vis incontournable pour développer de telles initiatives. Or, on constate qu'il n'existe pas d'emblée de tel collectif et que le milieu est davantage marqué par la formation de petits groupes restreints, dans des secteurs par exemple, qui agissent davantage dans un mode « défensif » que proactif. De plus, le milieu est aussi fortement marqué par de l'individualisme et ce que les personnes décrivent par une attitude de « chacun pour soi ».

Il convient donc, au moment de constituer un comité tel un GSI dans un CHSLD, d'identifier adéquatement, par un processus bien orchestré, des PAB ayant les qualités nécessaires pour bien représenter leur groupe et favoriser éventuellement l'adhésion aux mesures proposées. On cherche notamment à recruter des personnes ayant une attitude constructive, du leadership, de belles habiletés de communication et, bien sûr, des personnes reconnues dans leur secteur pour bien représenter leurs pairs (et non pas des personnes qui choisiraient de venir siéger à un tel comité pour défendre leurs intérêts individuels). Un des deux projets pilotes, où les PAB étaient semble-t-il déjà plus souvent invitées à participer à certaines instances, a réussi à atteindre une plus grande implication des PAB siégeant sur le GSI et, incidemment, de faire un petit pas de plus vers une capacité d'agir « PAB » rehaussée. Implanter une telle démarche dans un milieu où les employés n'ont aucune histoire de participation, ou très peu, notamment parce que les écarts hiérarchiques sont fortement marqués, peut apparaître une avenue risquée. Probablement faudrait-il d'emblée travailler, en amont, sur l'ouverture même à permettre la participation de ce groupe professionnel dans l'espace commun.

5.3.3 Sur l'implantation de la démarche (développement, intervention et pérennisation)

De telles démarches de transformation prennent du temps pour se développer et s'implanter. Il est nécessaire de prévoir le temps nécessaire pour l'actualisation de chacune des démarches voire, même, d'anticiper qu'il y aura probablement des délais ou des allers et retours, car il s'agit d'une démarche cyclique (Roy et Prévost, 2013) où le besoin de réajustements est souvent inévitable. Une formule participative, telle celle proposée, constitue une façon de faire inhabituelle dans ce type d'établissement hautement hiérarchisé. Il est nécessaire de laisser le temps aux membres du groupe de s'approprier le mode de fonctionnement afin d'arriver à une plus grande mobilisation. Certaines personnes ou certains groupes sont plus résistants face à de telles initiatives alors que d'autres sont plus ouverts. Il est important de tenter de comprendre sur quoi s'appuie cette résistance et, au contraire, quels sont les leviers permettant de soutenir l'initiative.

La présence de tierces personnes, neutres (ici l'équipe de recherche) constitue un facteur qui facilite le maintien de la démarche et la rigueur du processus. Cela permet d'animer de façon structurée et objective les rencontres, avec des outils déjà existants, de faciliter les échanges et de produire des données de recherche fiables, utiles et pertinentes au processus lui-même et à l'adhésion des membres. La **composition rigoureuse du comité** chargé de développer et d'implanter les mesures proposées (diversité de la représentation, mais place centrale accordée au groupe visé par la démarche, motivations à s'engager et à poursuivre le processus, ouverture aux points de vue respectifs, etc.) est essentielle pour assurer l'adhésion à la démarche à l'intérieur même du comité, mais aussi, plus largement, dans l'ensemble de l'organisation. Certaines personnes n'arrivent toutefois pas à s'engager au même titre que les autres et dans certains cas, un processus de constitution du comité mieux planifié pourrait éviter de tels enjeux.

La **mise en place de mécanismes de communication** diversifiés pour informer et impliquer l'ensemble des acteurs du milieu dans la démarche (bulletins Info-GSI, boîte à suggestions, animation des rencontres hebdomadaires par les membres PAB du GSI, etc.) constitue un atout important à la réussite de la démarche. **L'engagement du milieu** à donner les ressources nécessaires pour le développement de l'innovation est une condition essentielle de la réussite. Notons que cet engagement ne doit pas être une promesse sans effet. Il ne s'agit pas seulement pour l'organisation de développer l'image d'une organisation universitaire modèle et participative, mais de fournir les ressources nécessaires à une véritable participation des employés, notamment en termes de libération de personnel.

Une **perspective de pérennisation** (l'appropriation de la démarche par le milieu) de la démarche innovante instaurée et des mesures développées doit être abordée dès le début du projet et les modalités de pérennisation doivent être réfléchies rapidement. Cette avenue doit être portée par l'ensemble des parties prenantes et soutenue par la gestion, qui doivent donner des messages clairs en ce sens et favoriser certaines actions, comme la libération du personnel ou l'évolution formelle de la structure mise en place au sein de l'organisation.

5.4 Un bilan des conditions favorables et des défis potentiels à l'implantation d'interventions préventives

Afin de dégager les principales leçons qui pourraient être transférables à d'autres CHSLD qui seraient intéressés à mettre en place des initiatives similaires, nous avons résumé dans le tableau 26 : 1) les conditions favorables à mettre en place en amont, avant même d'amorcer la démarche préventive ; 2) les conditions favorisant la réussite de l'intervention elle-même et enfin ; 3) un ensemble d'éléments contextuels, souvent extérieurs, qui peuvent venir faire obstacle à l'implantation, malgré les efforts déployés de part et d'autre. Il nous semble particulièrement important de considérer d'emblée l'existence de ces trois

types de facteurs afin de mieux préparer le terrain et les personnes impliquées et, conséquemment, de trouver les solutions nécessaires pour, d'une part, nourrir davantage ce qui est favorable et, parallèlement, estomper ceux qui peuvent venir entraver de telles initiatives.

Tableau 26. Bilan des conditions favorables et défis potentiels à l'implantation d'une intervention préventive

Conditions préalables favorables à mettre en avant de démarrer une démarche d'intervention.	
La participation active des parties prenantes, particulièrement des travailleurs concernés.	☐
Le soutien et l'adhésion de la haute direction, qui se traduit par des actions concrètes.	☐
L'engagement de toutes les parties (individus et structures).	☐
L'ouverture à accorder une certaine marge de manœuvre à de nouvelles initiatives.	☐
La désignation de personnes pivots ayant du leadership.	☐
L'adhésion initiale de ou des gestionnaires des milieux où la démarche se déroulera.	☐
La présence de tierces personnes neutres pour accompagner la démarche.	☐
Conditions favorables à mettre en place au moment de la démarche d'intervention.	
La participation de tous les groupes concernés par la démarche.	☐
Le dégagement du temps nécessaire pour participer au GSI* (p. ex. libérations accordées pour participer au comité mis en place).	☐

Une attention portée à la sélection des personnes au sein du comité chargé de la prise en charge de la démarche (GSI) (p. ex. : habileté à communiquer, capacité de représentation du groupe que la personne représente).	☐
La présence active d'un gestionnaire de proximité au sein du GSI.	☐
L'instauration de mécanismes de communication diversifiés.	☐
Une perspective de pérennisation des interventions affirmée dès le départ.	☐
Des éléments contextuels pouvant faire obstacle à la démarche elle-même ou à l'implantation des innovations proposées.	
Des éléments contextuels qui peuvent venir bouleverser la démarche (p. ex. : pandémie, grève).	☐
Des conditions organisationnelles remettant en jeu le soutien préalablement acquis (p. ex. : réformes majeures, changements au niveau de l'équipe de gestion, adoption de nouvelles façons de faire).	☐
Le roulement important du personnel de gestion.	☐
Des enjeux d'arrimage avec d'autres services ou directions interpellés.	☐
Des délais de réalisation pouvant affecter l'adhésion à la démarche.	☐

* Groupe chargé de développer et d'actualiser le plan d'action misant sur la recherche de solutions concrètes.

5.5 Retour critique

Deux constats de dimensions « macro » peuvent être proposés. D'une part, ce projet a permis d'entrevoir qu'il existe un paradoxe fort entre la forte reconnaissance par les gestionnaires en CHSLD que les PAB effectuent un travail indispensable auprès des résidents et le manque de soutien qu'ils leur accordent, en termes de formation, initiatives de terrain, etc. Si le projet a été accepté a priori par les hauts gestionnaires des milieux, on peut constater que ces mêmes gestionnaires n'ont pas pu soutenir le projet à la hauteur des ambitions lorsqu'il s'agissait d'aider les équipes impliquées, notamment pendant les GSI. Tout se passe comme si ces gestionnaires de haut niveau reconnaissent l'urgence de la situation, mais n'identifie pas toujours les ressources qu'ils peuvent utiliser pour modifier les situations via de telles initiatives.

Par ailleurs, il est étonnant de considérer que les sujets abordés par les équipes GSI ne portent pas sur des enjeux SST reconnus officiellement dans les organisations, comme le PDSP, par exemple. Les innovations déployées dans les milieux ont porté communément sur deux facteurs dégagés lors de l'analyse diagnostique réalisée en amorce du projet, soit la charge de travail et le soutien social des collègues. Les membres des GSI ont en effet privilégié des actions permettant de mieux organiser le travail par la révision des plans de travail ou la révision des tâches partagées par exemple, et ce afin de favoriser plus d'entraide et de collaboration entre les PAB eux-mêmes, mais, aussi, avec les collègues d'autres catégories professionnelles. Un travail mieux défini et organisé où l'entraide et la collaboration sont non seulement possibles, mais promues pourrait, selon les membres des GSI, être favorable à la SST. Ainsi, l'organisation du travail et les RPS revenaient, dans les GSI, comme une modalité majeure favorisant la prévention de la SST, au contraire des TMS qui demeuraient secondaires dans leur analyse, contrairement au point de vue des gestionnaires.

CONCLUSION

Ce rapport avait pour objectif de présenter les résultats d'une recherche-action visant le développement d'un modèle d'intervention préventive en santé et sécurité du travail (SST) par et pour les PAB dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du Québec. Nous avons tenté de développer, dans trois CHSLD de trois régions différentes, un projet visant à ce que les PAB puissent participer aux décisions organisationnelles et donner leur avis sur des enjeux de prévention qui les concernent directement.

L'objectif principal de cette recherche-action consistait donc à développer des modalités d'interventions préventives innovantes en matière de SST portées principalement par les PAB en CHSLD, afin d'en tirer des connaissances généralisables à d'autres milieux. Nous avons réussi à développer ces modalités dans deux milieux sur trois. Nous avons néanmoins répondu à plusieurs sous-objectifs. Le premier sous-objectif portait sur l'identification des facteurs de risque et de protection, que nous avons réussi à développer dans les trois milieux, mais uniquement grâce à des variables qualitatives. Le second avait trait à la documentation et l'évaluation du processus d'intervention « par et pour les PAB », que nous avons réussi à effectuer dans deux milieux, de même que la documentation du processus d'implantation des mesures (troisième sous-objectif). Enfin, nous avons documenté les effets attendus de ces interventions (quatrième sous-objectif), ainsi que dresser l'inventaire des conditions favorables ou non à l'implantation d'une telle intervention. L'écart principal aux objectifs de base porte sur l'implantation de l'innovation à deux milieux plutôt qu'à trois.

Dans chacun des milieux, nous avons pu observer un certain nombre de freins et de résistances organisationnelles au développement de ce projet. La pandémie de la COVID-19 fut bien sûr l'enjeu principal que nous avons rencontré, et ce dès la première phase de projet. Nous avons dû arrêter notre processus de recherche pendant près de deux ans, ce qui a retardé considérablement les étapes de la recherche. L'autre enjeu portait sur le manque de main-d'œuvre chronique, avant, pendant et après la pandémie, qui empêchait une participation active des PAB aux différentes étapes de la recherche (consultation, groupes de soutien, évaluation) et qui rendait impossible le processus participatif. Néanmoins, nous avons réussi à poursuivre le projet jusqu'à sa fin dans deux CHSLD, même si cela n'a pas conduit à une innovation spécifique, ou même si nous ne sommes pas certains de la pérennité de ce qui a été développé.

Malgré tout, certaines innovations ont été proposées et ont été implantées — ou sont en voie de l'être —, particulièrement celles initiées au CHSLD du Hameau qui, de son côté, a d'ailleurs voulu poursuivre l'initiative de façon autonome après la fin du projet de recherche. La haute direction de cet établissement a d'ailleurs manifesté son intérêt à transférer les apprentissages réalisés dans le cadre de cette recherche-action en dehors

de ce CHSLD. Il est d'ailleurs dans les plans du CIUSSS/CISSS en question de transférer l'initiative de la brochure aux autres CHSLD. La révision des plans de travail constitue également une mesure transférable à d'autres milieux similaires et l'idée de la préparation d'un plan simplifié suscite également l'intérêt ailleurs.

En somme, cette étude a permis de mettre en lumière les multiples efforts que les gestionnaires des organisations doivent déployer pour développer un processus réellement participatif d'identification et de résolution des problématiques de SST en CHSLD. Nous avons proposé quelques stratégies en discussion. Mais, plus globalement, cette recherche nous a permis de saisir un paradoxe fondamental dans ces organisations, qui peut être un élément d'explication de l'accentuation des problématiques de SST. Compte tenu du vieillissement de la population, les PAB doivent travailler en CHSLD avec des résidents en forte perte d'autonomie fonctionnelle, malgré un volume de main-d'œuvre limité, ce qui tend à accroître la lourdeur de leur tâche et leurs responsabilités ; paradoxalement, ils participent peu au développement de leur propre pratique de travail, notamment en termes de SST, qui est encore largement prescrite de manière « top-down ». De fait, cette situation crée des formes de décalage entre ce qui est ressenti par les travailleurs, et ce qui est imposé par le gestionnaire, qui peut être une cause, parmi d'autres, des blessures subies au travail, de même que de l'épuisement psychologique et émotionnel.

À notre sens, la récente Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail (LMRSST, 2021) qui oblige les employeurs à identifier et analyser les risques psychosociaux du travail, notamment en CHSLD, est une occasion pertinente de proposer aux PAB de participer davantage, par elles-mêmes, à l'identification de leurs propres risques. Il reste à voir si les gestionnaires de ces organisations, qu'il s'agisse des directions SAPA ou des chefs d'unité, acceptent un tel processus participatif qui leur semble encore trop souvent « à contre-culture ».

BIBLIOGRAPHIE

- Allaire, É., Jauvin, N. et Gagnon, É. (2015). Symposium sur le métier des auxiliaires de santé et de services sociaux et des préposés aux bénéficiaires. Synthèse des présentations et des discussions. Centre de santé et services sociaux de la Vieille-Capitale. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1493.5447>
- Allard-Poesi, F. et Perret, V. (2003). La recherche-action. Dans Y. Giordano (édit.), *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative* (p. 85-132). Ems Management et Sociétés.
- Amick, B. C., Kawachi, I., Coakley, E. H., Lerner, D., Levine, S., et Colditz, G. A. (1998). Relationship of job strain and iso-strain to health status in a cohort of women in the United States. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 24(1), 54-61. <https://doi.org/10.5271/sjweh.278>
- Angers, V. (2016). Facteurs psychologiques intervenant dans la réponse au stress chez les préposés aux bénéficiaires travaillant auprès d'une clientèle Alzheimer en centre d'hébergement qui présente des symptômes comportementaux. (thèse de doctorat, Université Laval). <https://corpus.ulaval.ca/entities/publication/79c5157c-1e4f-40e9-9718-e656f7362438>
- Arborio, A.-M. (2012). *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*. (2e édition). Economica-Anthropos.
- Astvik, W. et Melin, M. (2013) Coping with the imbalance between job demands and resources : A study of different coping patterns and implications for health and quality in human service work. *Journal of Social Work*, 13(4), 337-360. <https://doi.org/10.1177/1468017311434682>
- Aubry, F. (2011). La transmission des compétences professionnelles des aides-soignantes et des préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques en France et au Québec comparaison internationale sur le rôle central de l'intégration à l'organisation comme processus d'habilitation des nouvelles recrues par le groupe de pairs. (thèse de doctorat, Université de Sherbrooke). <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/204>
- Aubry, F. (2012). Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante. Conséquences sur la santé au travail de rythmes temporels contradictoires, en France et au Québec. *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, 16. <https://doi.org/10.4000/temporalites.2237>
- Aubry, F. (2020). L'emprise idéologique en contexte gériatrique au Québec. Accroissement des normes de qualité et culpabilisation des préposés. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 29(1), 89-100. <https://doi.org/10.3917/nrp.029.0089>
- Aubry, F. et Couturier, Y. (édit.). (2014). *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes : entre domination et autonomie*. Presse de l'Université du Québec.

- Aubry, F., Couturier, Y. et Lemay, F. (édit.). (2020). Les organisations de soins de longue durée. Points de vue scientifiques et critiques sur les CHSLD et les EHPAD. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Aubry, F., Feillou, I., Torres, M., Ledoux, É., Couturier, Y. et Desmarais, L. (2017). Comprendre l'influence de la régulation des contraintes temporelles sur l'appropriation des principes généraux de déplacement sécuritaire des bénéficiaires par les recrues préposés aux bénéficiaires (publication no R-998). IRSST. <https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100963/n/contraintes-temporelles-appropriation-deplacement-securitaire-recrues-preposes-beneficiaires>
- Bailey, S., Kezia, S., Lloyd, J., Schneider, J. et Jones, R. (2013). The emotional labour of health-care assistants in impatient dementia care. *Ageing and Society*, 35, 246-269. <https://doi.org/10.1017/S0144686X13000573>
- Bédard, S. (2012). Portrait des lésions dans le secteur de la santé et des services sociaux. *Objectif prévention*, 35(1), 8-9.
- Bédard, S. et Bélanger, L. (2015). Analyse des données sur les accidents du travail en 2013. *Objectif prévention*, 38(3), 14-15.
- Bélanger J. (1998). L'épuisement professionnel chez les préposés aux bénéficiaires œuvrant en soins de longue durée. (mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières). <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/4738/>
- Bellemare M., Trudel, L., Viau-Guay, A., Desrosiers, J., Feillou, I., Guyon, A.-C. et Godi, M.-J. (2014). L'approche relationnelle de soins dans les CHSLD : mieux comprendre son implantation et explorer son impact (publication no R-857). IRSST. <https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100806/n/approche-relationnelle-soins-chsld-impact>
- Bigaouette, M. (2008). Tous ne sont pas égaux en matière de santé. *Objectif prévention*, 31(3), 17-19.
- Biron, C., Gatrell, C., et Cooper, C. L. (2010). Autopsy of a failure. Evaluating process and contextual issues in an organizational-level work stress intervention. *International Journal of Stress Management*, 17(2), 135–158. <https://doi.org/10.1037/a0018772>
- Blanchet, A. et Gotman, A. (1992). L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Nathan.
- Bourbonnais, R., Brisson, C. et Vézina, M. (2011). Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting. *Occupational Environmental Medicine*, 68(7), 479–486. <https://doi.org/10.1136/oem.2010.055202>

- Bourbonnais, R., Jauvin, N., Dussault, J. et Vézina, M. (2012). Evaluation of an intervention to prevent mental health problems among correctional officers. Dans C. Biron, M. Karanika-Murray, et C. Cooper (édit.), *Improving organizational interventions for stress and well-being addressing process and context*, (1e éd., p. 187-215). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203723494>
- Bourbonnais, R., Malenfant, R., Vézina, M., Jauvin, N. et Brisson, C. (2005). Les caractéristiques du travail et la santé des agents en services de détention. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 53(2), 127–142. [https://doi.org/10.1016/S0398-7620\(05\)84583-3](https://doi.org/10.1016/S0398-7620(05)84583-3)
- Brisson C., Blanchette C., Guimont C., Dion G., Moisan J., Vézina M., Dagenais, G. R. et Masse L. (1998). Reliability and validity of the french version of the 18-Item Karasek job content questionnaire. *Work & Stress*, 12(4), 322-336.
<https://doi.org/10.1080/02678379808256870>
- Canterino, F., Shani, A. B. (Rami), Coghlan, D. et Brunelli, M. S. (2016). Collaborative management research as a modality of action research: Learning from a merger-based study. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 52(2), 157–186.
<https://doi.org/10.1177/0021886316641509>
- Caroly, S. et Weill-Fassina, A. (2007). En quoi différentes approches de l'activité collective des relations de service interrogent la pluralité des modèles de l'activité en ergonomie ? *@ctivités*, 4(1), 85-98. <https://doi.org/10.4000/activites.1414>
- Castle, N.G., Engberg, J., Mendeloff, J. et Burns, R. (2009). A national view of workplace injuries in nursing homes. *Health Care Manage Rev*, 34(1), 92-103.
<https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000342981.37673.74>
- Chanal, V., Lesca, H. et Martinet, A. C. (1997). Vers une ingénierie de la recherche en sciences de gestion. *Revue française de gestion*, 116, 41-51.
- Cheng, Y., Kawachi, I., Coakley, E. H., Schwartz, J. et Colditz, G. (2000). Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. *British Medical Journal*, 320(7247), 1432-1436.
<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7247.1432>
- Clot, Y. (2000). La fonction psychologique du collectif. Dans T.-H. Benckroun et A. Weill-Fassina (édit.), *Le travail collectif en ergonomie. Perspectives actuelles* (p. 273-286). Octarès.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur: pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte.
- Clot, Y. et Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, 4, 7-42.

- Cloutier, E., David, H., Ledoux, É., Bourdouxhe, M., Teiger, C., Gagnon, I. et Ouellet, F. (2006). Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile (publication no R-429). IRSST. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/R-429.pdf>
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2022). La performance du système de soins et services aux aînés en CHSLD. Rapport d'appréciation 2022. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapport_Hebergement/CSBE-Rapport_PerformanceHebergement-CHSLD.pdf
- Conrad, D. et Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child abuse & neglect*, 30(10), 1071-1080. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.009>
- Coyle-Shapiro, J. (1999). Employee participation and assessment of an organizational change intervention: a three-wave study of total quality management. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 35(4), 439–456. <https://doi.org/10.1177/0021886399354006>
- Dussault, J., Jauvin, N., Vézina, M. et Bourbonnais, R. (2010). Prévention de la violence entre membres d'une même organisation de travail. Évaluation d'une intervention participative. (publication no R-661). IRSST. <https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100556/n/prevention-de-la-violence-entre-membres-d-une-meme-organisation-de-travail-evaluation-d-une-intervention-participative-r-661>
- Edey Gamassou, C. et Moisson-Duthoit, V. (2012). Le travail des professionnels de la relation d'aide : jongler avec des gratifications et des souffrances. *Gestion*, 37(2), 65-71. <https://doi.org/10.3917/riges.372.0065>
- Engström, M., Skytt, B. et Nilsson, A. (2011). Working life and stress symptoms among caregivers in elderly care with formal and no formal competence. *Journal of Nursing Management*, 19(6), 732-741. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01270.x>
- Estryn-Béhar, M., Van Der Heijden, B., Fry, C. et Hasselhorn, H.-M. (2010). Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants. *Recherche en soins infirmiers*, 103, 29-45. <https://doi.org/10.3917/rsi.103.0029>
- Fuhrer, R., Stansfeld, S. A., Chemali, J. et Shipley, M. J. (1999). Gender, social relations and mental health: prospective findings from an occupational cohort (Whitehall II study). *Social Science & Medicine*, 48(1), 77-87. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00290-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00290-1)
- Glaser, B. G. et Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Aldine.

- Goldenhar, L. M., LaMontagne, A. D., Katz, T., Heaney, C. et Landsbergis, P. (2001). The intervention research process in occupational safety and health: an overview from the National Occupational Research Agenda Intervention Effectiveness Research team. *Journal of occupational and environmental medicine*, 43(7), 616–622. <https://doi.org/10.1097/00043764-200107000-00008>
- Goyette, G. et Lessard-Hébert, M. (2014). *La recherche-action. Ses fonctions, ses fondements et son instrumentation*. Presses de l'Université du Québec.
- Grenier, N. (2008). *Portrait de la main-d'œuvre : préposés aux bénéficiaires*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Hansung, K. (2011). Job conditions, unmet expectations, and burnout in public child welfare workers: how different from other social workers? *Children and Youth Services Review*, 33(2), 358-367. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.10.001>
- Hellemans, C. (2014). Charge émotionnelle. Dans P. P. Zawieja et F. Guarnieri (édit.). *Dictionnaire des risques psychosociaux* (p. 90-92). Seuil.
- Huggard, P. et Dixon, R. (2011). « Tired of caring »: the impact of caring on resident doctors. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 3, 105-112.
- Jasseron, C., Estryn-Béhar, M., Le Nézet, O. et Rahhali, I. (2006). Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle analyse longitudinale des soignants de l'enquête PRESS/NEXT. *Recherche en soins infirmiers*, 85, 46-64. <https://doi.org/10.3917/rsi.085.0046>
- Jauvin, N. et Allaire, É. (2015). *Démarche de prévention pour contrer les effets du travail émotionnellement exigeant chez les préposés aux bénéficiaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale – CSSS de la Vieille-Capitale: Bilan des rencontres exploratoires*. Équipe RIPOST, CIUSSS de la Capitale Nationale. <https://doi.org/10.13140/rq.2.1.1755.6887>
- Jauvin, N. et Allaire, É. (2017). Développer des interventions pour contrer les effets d'un travail émotionnellement exigeant chez les préposés aux bénéficiaires : bien saisir les enjeux liés à la participation afin de mieux cibler les pistes d'action. Phase 2. Compte rendu des résultats. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Jauvin, N. et Allaire, É. (2018). La participation des préposés aux bénéficiaires : un défi individuel, collectif et organisationnel à relever. Dans A. Anchisi et É. Gagnon (édit.), *Aides-soignantes et autres funambules du soin*, (p. 163-171) Presses de l'Université Laval.
- Jauvin, N., Bourbonnais, R., Vézina, M., Brisson, C. et Hegg-Deloye, S. (2014). Interventions to prevent mental health problems at work: facilitating and hindering factors. Dans C. Biron, R. Burke et C. L. Cooper (édit.), *Creating healthy workplaces: stress reduction, improved well-being, and organizational effectiveness*. (1e ed., p. 239-260). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315574608>

- Jauvin, N., Freeman, A., Côté, N., Biron, C., Duchesne, A. et Allaire, É. (2019). Une démarche paritaire de prévention pour contrer les effets du travail émotionnellement exigeant dans les centres jeunesse (publication no R-1042). IRSST.
<https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/101021/n/travail-emotionnellement-exigeant>
- Jenkins, S. R. et Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: a validation study. *Journal of traumatic stress*, 15(5), 423-432.
<https://doi.org/10.1023/A:1020193526843>
- Johansson, A. et Lindhult, E. (2008). Emancipation or workability? Critical versus pragmatic scientific orientation in action research. *Action Research*, 6(1), 95-115.
<https://doi.org/10.1177/1476750307083713>
- Karasek Jr, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
<http://dx.doi.org/10.2307/2392498>
- Karasek, R. A. (1985). Job content questionnaire and user's guide: department of industrial and system engineering. University of Southern California, Los Angeles.
- Karasek, R. et Theorell, T. (1990). Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. Basic Books.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. et Amick, B. (1998). The job content questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychological job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.3.4.322>
- Kaufmann, J.-C. (1996). L'entretien compréhensif. Nathan.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., Walters, E. E. et Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006074>
- Kostiwa, I. M. et Meeks, S. (2009). The relation between psychological empowerment, service quality, and job satisfaction among certified nursing assistants. *Clinical Gerontologist*, 32(3), 276-292. <https://doi.org/10.1080/07317110902895309>
- Larivière, N., Briand, C. et Corbière, M. (2014). Les approches de recherche participatives. Illustration d'un partenariat pour l'amélioration des pratiques en réadaptation en santé mentale au Québec. Dans M. Corbière et N. Larivière (édit.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 649-675). Presses de l'Université du Québec.

Loi limitant le recours aux services des agences de placement de personnel et à de la main-d'œuvre indépendante dans le secteur de la santé et des services sociaux, RLRQ, c. S-4.2.

Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail, RLRQ, c. 27.

Marquier, R., Vroylandt, T., Chenal, M., Jolidon, P., Laurent, T., Peyrot, C., Straub, T. et Toldre, C. (2016). Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés. Les dossiers de la DREES. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd05.pdf>

McCaughey, D., Turner, N., Kim, J., DelliFraine, J. et McGhan, G. E. (2015). Examining workplace hazard perceptions & employee outcomes in the long-term care industry. *Safety Science*, 78, 190-197. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2015.04.013>

Montano, D., Hoven, H. et Siegrist, J. (2014). Effects of organisational-level interventions at work on employee's health: a systematic review. *BMC Public Health*, 14(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-135>

Morgan, D.G., Crossley, M.F., Stewart, N.J., D'Arcy, C., Forbes, D.A., Normand, S.A. et Cammer, A.L. (2008). Taking the hit: focusing on caregiver "error" masks organizational-level risk factors for nursing aide assault. *Qualitative health research*, 18(3), 334-346. <https://doi.org/10.1177/1049732307313754>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019a). Portrait de la main-d'œuvre. Soins d'assistance.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019b). Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux.

Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K. et Carney Doebbeling, C. (2009). Compassion fatigue: a review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 267-277. <https://doi.org/10.1177/1359105308100211>

Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., Bugel, I. et David, S. (1998). Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 24(3), 197-205. <https://doi.org/10.5271/sjweh.299>

Niedhammer, I., Siegrist, J., Landre, M. F., Goldberg, M. et Leclerc, A. (2000). Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du déséquilibre efforts/récompenses. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48(5), 419-437.

- Nielsen, K. et Randall, R. (2013). Opening the black box : presenting a model for evaluating organizational-level interventions. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(5), 601-617. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2012.690556>
- Occupational Safety and Health Administration. (2013). Facts about hospital worker safety. U.S. Department of Labor. https://www.osha.gov/sites/default/files/1.2_Factbook_508.pdf
- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative, essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (édit.). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-169). Gaëtan Morin.
- Poupart, J. (1980). La méthodologie qualitative : une source de débats en criminologie. *Crime et/and Justice*, 7-8(3-4), 163-173.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (édit.). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 173-209). Gaëtan Morin.
- Roy, M. et Prévost, P. (2013). La recherche-action : origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de la gestion. *Recherches qualitatives*, 32(2), 129-151. <https://doi.org/10.7202/1084625ar>
- Siegrist, J. (2002). Effort-reward imbalance at work and health. Dans P. Perrewe et D. Ganster (édit.). *Research in occupational stress and well being*, vol. 2 : historical and current perspectives on stress and health (p. 261-291). JAI Elsevier.
- Slocum-Gori, S., Hemsworth, D., Chan, W.W., Carson, A. et Kazanjian A. (2013). Understanding compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative Medicine*, 27(2), 172-178. <https://doi.org/10.1177/0269216311431311>
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. Dans C. R. Figley (édit.), *Treating compassion fatigue* (p. 107-119). Brunner-Routledge.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2^e éd.). Pocatello.
- Stansfeld, S. et Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 443-462. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1050>
- Torsney, K. (2010). Impact of participation in team meetings on the stress and coping of lower status nursing employees in long-term care, *Stress and Health*, 27(3), 256-262. <https://doi.org/10.1002/smi.1344>
- Twigg, J. (2000). Carework as a form of bodywork. *Ageing and Society*, 20(4), 389-411. <https://doi.org/10.1017/S0144686X99007801>

- Van der Doef, M. et Maes, S. (1999). The job demand-control (-Support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13(2), 87-114. <https://doi.org/10.1080/026783799296084>
- Vegchel, N. v., Jonge, J. d., Söderfeldt, M., Dormann, C. et Schaufeli, W. (2004). Quantitative versus emotional demands among swedish human service employees: moderating effects of job control and social support. *International Journal of Stress Management*, 11(1), 21-40. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.11.1.21>
- Vézina, M. et Saint-Arnaud, L. (2011). L'organisation du travail et la santé mentale des personnes engagées dans un travail émotionnellement exigeant. *Travailler*, 25(1), 119-128. <http://dx.doi.org/10.3917/trav.025.0119>
- Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É., Delisle, A., St-Vincent, M., Funes, A., Duguay, P., Vézina, S. et Prud'homme, P. (2011). Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST). (publication no R-691). IRSST. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-691.pdf>
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B. et Fischbach, A. (2013). Work engagement among employees facing emotional demands. *Journal of Personnel Psychology*, 12(2), 74-84. <https://doi.org/10.1027/1866-5888/a000085>
- Yeatts, D.E. et Cready, C.M. (2007). Consequences of empowered CNA teams in nursing home settings: a longitudinal assessment. *The Gerontologist*, 47(3), 323–339. <https://doi.org/10.1093/geront/47.3.323>
- Zhang, Y., Punnett, L., Gore, R., et Center for the Promotion of Health in the New England Workplace Research Team. (2014). Relationships among employees' working conditions, mental health, and intention to leave in nursing homes, *Journal of Applied Gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*, 33(1), 6-23. <https://doi.org/10.1177/0733464812443085>

ANNEXE A

A.I Devis initial

Figure 4. Phases et méthodes de la recherche⁹.

PHASES	I. Développement	II. Implantation	III.Évaluation
	identification des risques (diagnostic), des priorités d'action et élaboration du plan d'action. [objectifs 1 et 2]	Implantation de mesures préventives en SST via des groupes de soutien à l'intervention (GSI) [objectif 3]	Étude des effets de l'intervention [objectif 4]
	•Quelle est l'exposition aux facteurs de risque (contraintes organisationnelles) et de protection (ressources disponibles) chez les PAB ? •Quels changements sont requis ? •Quelle est la meilleure façon d'entraîner les changements ? •Quelles modalités favorisent la participation des PAB à la démarche ?	•Quelles sont les mesures implantées (par CHSLD pilote)/quel est le plan d'action ? •Quelles sont les modalités d'implantation ? •Combien de personnes sont touchées par ces changements ? •Dans quelle mesure les PAB participent à l'implantation de la démarche ? •Quelles sont les modalités de pérennisation adoptées ?	Dans quelle mesure : • Les mesures privilégiées ont-elles affecté les facteurs de risque/de protection préalablement identifiés ? •L'intervention améliore le portait de santé et la sécurité chez les PAB ? •L'intervention participe-t-elle à favoriser la participation des PAB aux activités du CHSLD ?

⁹ Adaptation de Goldenhar *et al.* 2001

MÉTHODES			
Qualitative	• <i>Entretiens individuels auprès d'informateurs clés de CHSLD du CISSS (PAB, gestionnaires, autres membres de l'équipe de travail)¹⁰</i> • Entretiens individuels auprès d'informateurs clés des CHSLD pilotes (PAB, gestionnaires, autres membres de l'équipe de travail) • Engagement des parties prenantes (CIUSSS/CISSS ; CHSLD pilotes) • Observation participante • Analyse documentaire (compte rendu, journal de bord, carte heuristique)	• Entretiens individuels auprès d'informateurs clés des CHSLD pilotes (gestionnaires, membres du GSI) • Analyse du processus d'implantation + de prise en charge • Observation participante • Analyse documentaire (compte rendu, journal de bord, carte heuristique)	• Entretiens individuels auprès d'informateurs clés des CHSLD pilotes (PB, gestionnaires, membres GSI, autres membres de l'équipe de travail) • Analyse documentaire (compte rendu, journal de bord, carte heuristique)
Quantitative	• Questionnaire préintervention • Cueillette de données sectorielles sur différents indicateurs SST	• Outil de suivi : fréquence des réunions ; nombre d'heures consacrées au projet, nombre de personnes impliquées	• Questionnaire post-intervention • Cueillette de données sectorielles sur différents indicateurs SST

¹⁰ L'italique souligne que les stratégies ont été réalisées en phase présuvention

ANNEXE B

B.I Documents d'information et de recrutement pour la constitution du GSI (CHSLD du Hameau)

LETTRE DE PRÉSENTATION DU PROJET

Une recherche-action visant le développement d'interventions préventives en SST « par et pour les préposés aux bénéficiaires ».

Pourquoi vouloir développer des interventions préventives en santé et sécurité destinées aux préposés aux bénéficiaires?

Les préposés aux bénéficiaires (PaB) sont au cœur des soins prodigués dans les CHSLD. Ils exercent un métier exigeant et sont exposés à un risque particulièrement élevé en termes de santé et sécurité au travail (SST). Plusieurs mesures de prévention ont été déjà mises en place dans les CHSLD afin de tenter de réduire les risques pour ces travailleurs. On constate cependant que les PaB ont été peu sollicités directement pour développer ces mesures. Or, il apparaît fondamental de les inclure dans le développement de stratégies de prévention qui les concernent afin que les mesures soient plus utiles et efficaces.

L'**objectif principal** de cette recherche-action consiste à développer des modalités d'interventions préventives innovantes en matière de SST qui seront portées principalement par les PaB en CHSLD, afin d'en tirer des connaissances généralisables à d'autres milieux.

Le **groupe principalement visé** par cette recherche-action est donc celui des **préposés aux bénéficiaires**. Cependant, d'autres personnes seront aussi invitées à participer parce qu'elles sont aussi concernées par la démarche : les **chefs d'unité** ainsi que des **infirmières** et des **infirmières auxiliaires** appartenant aux équipes concernées.

Trois CHSLD « pilotes », provenant de trois CISSS ou CIUSSS différents, participent à la recherche-action. **Votre CHSLD est l'établissement qui a été choisi dans votre région pour participer.**

Un **groupe de soutien à l'intervention (GSI)** sera formé dans chaque CHSLD participant et deviendra le moteur principal du projet local d'intervention). Ce groupe sera paritaire, c'est-à-dire que des représentants des travailleurs et de la gestion y siègeront. C'est via ce GSI que seront développées et implantées des mesures préventives locales.

Pour toutes questions à propos du projet de recherche, vous pouvez en tout temps contacter la coordonnatrice :

Nathalie Jauvin
@: nathalie.jauvin@inspq.qc.ca

Ce projet de recherche a été financé par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) et approuvé par le comité de la recherche Dépendances, Inégalités sociales et Santé publique

ANNEXE C

C.I Info-GSI (CHSLD du Hameau)

Volume 1
no. 3
Mai 2023



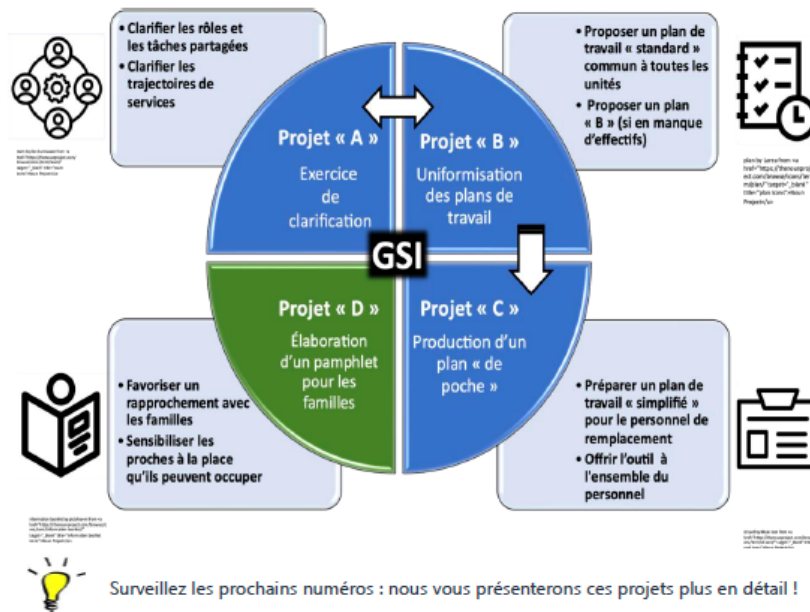
Les projets développés jusqu'ici par les membres du GSI

SAVIEZ-VOUS QUE ? Depuis le 1^{er} février dernier, les membres du groupe de soutien à l'intervention (GSI) se sont rencontrés jusqu'ici à **5 reprises**.

DES PROJETS POUR TOUS LES PAB : Le GSI a jusqu'ici travaillé au développement de **quatre projets concrets** qui pourront aider à prévenir les risques pour la santé physique et psychologique chez le personnel de [NOM DE L'ÉTABLISSEMENT] de **toutes les unités** et **sur tous les quarts de travail**.

DES BÉNÉFICES POUR TOUS : Même si ce projet vise d'abord les préposés aux bénéficiaires, les **mesures développées** pourront aussi être **bénéfiques d'autres membres des équipes de travail**.

SYNTHÈSE DES PROJETS EN DÉVELOPPEMENT



Vous souhaitez contacter l'équipe de recherche : nathalie.jauvin@inspq.qc.ca

ANNEXE D

D.I Répertoire des commentaires et suggestions recueillis (exemple : CHSLD du Hameau)

SUGGESTIONS RECUEILLIES	CATÉGORIE	COMMENTAIRES	ARRIMAGE AVEC PROJETS EN COURS	ACTIONS À PRENDRE	A	B	C	D
ORGANISATION DU TRAVAIL								
Faire un document avec les trucs et des conseils pour les résidents problématiques	Organisation du travail	Un « plan maison » existe dans certains départements. Les informations sont dans le cartable « 1 pouce », fait par la TES. Mais cela ne semble pas être optimal puisque ce n'est pas systématiquement utilisé.	Voir à arrimer éventuellement aux projets en cours (« B » et « C ») et à ce qui existe déjà.	Il pourrait être intéressant de voir comment rendre le cartable « 1 pouce » plus fonctionnel (ex. mettre une note dans le plan de travail avec une petite note, aller voir le plan d'intervention).		(X)	(X)	
ENTRAIDE ET COLLABORATION								
Moi je veux que toutes les toiles soient à 2 pour protéger le dos des PAB et le résident	Organisation du travail / Entraide et collaboration		Arrimage avec le projet A (clarification des tâches partagées) et B (plan uniformisé) afin de prendre le temps de s'organiser avant de débiter le quart de travail	Faire un rappel, une mise à jour du message (à voir : par qui, quand). Possibilité de rappeler lors de la présentation du plan uniformisé par exemple.	X	X	(X)	
ACCÈS À DES RESSOURCES (matérielles, informatiques, espaces)								
Accès à une salle de repos pour le département « Y »	Accès à des locaux	Il y a un enjeu autour de l'accès inégal à des salles de repos entre les unités, ce qui apparaît inéquitable pour certains. Certaines salles sont aussi « réservées » à certains groupes, alors que ce ne devrait pas être ainsi. Il y a des salles de pauses qui pourraient être communes, celles qui sont à l'extérieur de l'unité.		Actions qui pourraient être prises localement: ● Préparer et communiquer un répertoire des salles				
SANTÉ ET BIEN-ÊTRE								
Avoir accès à un endroit sécuritaire pour ranger les vélos (toutes saisons).	Amélioration de l'environnement de travail			Arrimage avec un programme local de type « entreprise en santé » / Ramener la demande au chef des services techniques.				