

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

François Aubry
Isabelle Feillou
Monica Torres
Élise Ledoux
Yves Couturier
Lise Desmarais

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-998



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

Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes;

Assurer la diffusion des connaissances et jouer un rôle de référence scientifique et d'expertise;

Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.

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

Pour en savoir plus

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

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement :

- au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par l'Institut et la CNESST (preventionautravail.com)
- au bulletin électronique [InfoIRSST](#)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2017
ISBN : 978-2-89631-977-0
ISSN : 0820-8395

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

François Aubry¹, Isabelle Feillou², Monica Torres²,
Élise Ledoux³, Yves Couturier⁴, Lise Desmarais⁴

¹Université du Québec en Outaouais

²Ergonome consultant

³Université du Québec à Montréal

⁴Université de Sherbrooke

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-998



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.



ÉVALUATION PAR DES PAIRS

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.

REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche remercie tout d'abord les directions des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) ayant accepté que le projet de recherche se déroule dans leurs établissements, et ce, malgré les transformations du réseau québécois ayant eu lieu en 2015. Nous exprimons notre gratitude plus particulièrement aux directions générales, aux directions Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) et aux directions des ressources humaines (RH) de ces organisations.

Nous remercions également l'ensemble des personnes interrogées et observées tout au long de ce projet, notamment les préposés aux bénéficiaires, les préventionnistes et responsables syndicaux, les chefs d'unité, les infirmières, infirmières auxiliaires, ainsi que les gestionnaires administratifs des ressources humaines.

Nous exprimons aussi notre reconnaissance envers les membres de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) pour l'appui fourni et les conseils transmis tout au long du projet, et plus particulièrement à Pierre Poulin et Marie-Josée Robitaille. Enfin, nous saluons les différentes personnes de l'ASSTSAS, de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS¹), du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) et de la Fédération de la santé et des services sociaux – Confédération des syndicats nationaux (FSSS-CSN) ayant participé aux trois rencontres du comité de suivi.

¹ L'AQESSS a mis fin à ses activités le 31 mars 2015.

SOMMAIRE

Les préposés aux bénéficiaires (PAB) ont comme mandat de réaliser l'ensemble des activités d'assistance envers les résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec. Ils exercent une fonction indispensable dans les CHSLD, alors que le vieillissement de la population s'accroît, que les problématiques physiques et cognitives des résidents s'aggravent et que la réponse à leurs besoins se complexifie. Les PAB forment également une catégorie professionnelle fragilisée dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, notamment sur le plan de la santé et de la sécurité au travail (SST). À cet égard, ils représentent dans le réseau le premier type d'emploi à risque de subir des lésions professionnelles (LP) et cumulent un nombre élevé de jours d'absence du travail pour causes de TMS ou problème psychologique.

Précisément, c'est souvent d'un « manque de temps » qu'il est question lorsque les PAB sont interrogés sur les enjeux qu'ils vivent concrètement, en situation de travail. Ils mentionnent en priorité leur incapacité à réaliser une pratique relationnelle de qualité avec les résidents. La difficulté porte sur le fait de répondre aux objectifs difficilement conciliables des CHSLD, soit de réaliser l'ensemble des activités quotidiennes de soins aux résidents exigée par l'organisation tout en assurant une qualité des services. Plusieurs écrits récents mentionnent que, pour concilier ces objectifs qui peuvent être perçus comme contradictoires, les PAB tentent de réguler leurs rythmes de travail, par le biais de l'élaboration et de l'application de stratégies spécifiques, dites « stratégies de régulation des temporalités »; celles-ci leur sont utiles pour accélérer le rythme de travail et parvenir à effectuer un nombre spécifique de tâches dans un créneau horaire limité. Selon la littérature, les PAB, loin d'appliquer les pratiques apprises en formation dans le cadre du travail réel, sont plutôt susceptibles de créer collectivement des stratégies de régulation des temporalités qui ne faisaient pas partie ou n'ont pas été transmises durant la formation initiale.

Il existe pourtant une formation, développée par l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS), dont l'objectif est de transmettre à l'ensemble des PAB des principes utiles et efficaces visant la prévention des LP. Le nom de cette formation est Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). Le présent projet vise à comprendre si les stratégies de régulation des temporalités créées et utilisées par les PAB contraignent l'appropriation et l'application générale du PDSB, principalement pour les moins expérimentés. L'hypothèse selon laquelle ces stratégies influencent fortement le travail des PAB et qu'elles sont principalement la conséquence de balises temporelles imposées par l'équipe des soins (infirmières, infirmières auxiliaires, etc.) et par les autres secteurs du CHSLD (loisirs, alimentation, etc.) est formulée.

Cette étude qualitative découle de la réalisation de 22 entrevues semi-dirigées avec plusieurs intervenants de CHSLD (PAB, agents syndicaux, préventionnistes, infirmières auxiliaires, infirmières, chefs d'unité de vie, gestionnaires administratifs), ainsi que d'observations et d'autoconfrontations auprès de PAB peu expérimentés, et ce, dans trois CISSS/CIUSSS différents.

Le constat général de cette étude est que l'organisation du travail complexifie nettement l'appropriation et l'application du PDSB par les PAB. Plusieurs raisons justifient cette analyse. L'idée première est que l'intensification de la charge de travail conduit à une routine de travail et est liée à la présence de balises temporelles, c'est-à-dire à un souci portant davantage sur la productivité que sur la SST, en vue de réduire la charge cognitive relative au fait de « finir dans les temps ». En ce sens, la SST s'inscrit davantage dans la réflexion des PAB comme un enjeu de santé psychologique associé au fait d'être en mesure de répondre aux objectifs fixés sur le plan de la charge de travail; y parvenir est considéré comme une marque de compétence. La seconde raison est fondée sur le fait que les moyens organisationnels et matériels ne sont pas suffisants pour permettre de maîtriser les enjeux relatifs au PDSB soit l'inadéquation de la période d'intégration des recrues, les lacunes en matière d'espaces et d'équipements de travail, et le manque d'appui des supérieurs. La troisième raison évoquée concerne la faible participation des PAB au processus d'organisation du travail qui pourrait permettre, pourtant, de réduire les conflits entre enjeux de productivité, enjeux relationnels et enjeux de SST. Une quatrième et dernière raison porte sur le processus de délégation de la responsabilité de la formation PDSB, des gestionnaires administratifs aux PAB en passant par les chefs d'unité de vie (CUV) et les infirmières et infirmières auxiliaires. Aux yeux des gestionnaires, les PAB deviennent individuellement responsables de l'appropriation et de l'application des principes du programme PDSB, sans égard aux contraintes organisationnelles associées à cette responsabilité.

Le PDSB, pour autant, n'est pas totalement évacué de la pratique des PAB. Ils prennent appui sur certains savoirs issus de cette formation pour effectuer leurs manœuvres et activités. Il semble clair néanmoins que, dans le cadre de leurs activités, les PAB ont peu de temps pour réfléchir aux consignes relatives à la mise en œuvre du PDSB, principalement en raison des rythmes de travail que les PAB disent devoir respecter. De plus, ils déplorent qu'il n'y ait pas de réflexion sur l'application du PDSB, sauf durant la phase d'intégration, le suivi du programme PDSB et lors de la présence des agents de suivi, ou de la survenue d'un accident de travail. Sinon, l'intensité de la charge de travail et le respect des balises temporelles créent une routine qui intègre une diversité de stratégies de régulation des temporalités, complexifiant l'appropriation et l'application du PDSB.

Deux recommandations transversales doivent être mentionnées. Il est établi que toute proposition de bonification de la formation PDSB doit prendre en considération l'existence de l'intensité de la charge de travail et de balises temporelles provoquant la routine organisationnelle et l'usage de stratégies de régulation des temporalités. Il est utile d'indiquer qu'un arrimage entre la méthode d'application de la formation et la réalité organisationnelle des PAB est fondamental pour la réussite du PDSB. La seconde perspective concerne la valorisation des PAB et leur participation aux décisions organisationnelles des CHSLD qui les concernent directement. Les établissements doivent permettre aux PAB de donner leur point de vue sur les éventuels enjeux qu'ils vivent dans l'organisation, relatifs notamment aux difficultés de mettre en application les savoirs issus des formations.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
SOMMAIRE	III
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES FIGURES.....	IX
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS	XI
1. INTRODUCTION	1
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	5
2.1 Les problématiques de SST des PAB : enjeu des rythmes de travail	5
2.1.1 Qui sont les PAB en CHSLD?.....	5
2.1.2 Problématique de santé et sécurité au travail : enjeux pour les PAB recrutés et expérimentés.....	7
2.1.3 Intensification de la charge de travail et prescriptions contradictoires	8
2.1.4 Les stratégies de régulation de temporalités : un effet collectif de genre professionnel	10
2.1.5 Quelle transmission des savoirs entre PAB?	13
2.2 Le PDSB : conditions favorables à son application	14
2.2.1 Présentation du PDSB.....	14
2.2.2 Le PDSB : prendre en compte le contexte réel de travail.....	16
2.3 Revue de la littérature sur les facteurs favorables à l'appropriation et l'application des savoirs issus des programmes de prévention des lésions professionnelles.....	18
2.3.1 Le rapport du PAB au résident : la difficile priorisation des enjeux de SST	18
2.3.2 Des enjeux organisationnels cruciaux.....	19
2.3.3 L'importance de la formation, du mentorat et de l'évaluation des compétences.....	21
2.3.4 Environnement et espaces de travail	23
2.3.5 La mise en place de programmes multidimensionnels, partenariaux et liés étroitement aux contextes organisationnels	24
3. OBJECTIFS DE RECHERCHE	27
4. MÉTHODOLOGIE.....	29
4.1 Milieux d'étude et perspective méthodologique.....	29
4.1.1 Phase exploratoire.....	29
4.1.2 Méthodes utilisées : l'entrevue semi-dirigée	30
4.1.3 Méthodes utilisées : l'observation	31

4.1.4	Méthodes utilisées : l'autoconfrontation simple	33
4.2	Processus de recrutement	34
4.3	Analyse de données	35
4.3.1	Triangulation de l'analyse de données.....	35
4.3.2	Processus de l'analyse de données.....	35
4.4	Limites méthodologiques	36
5.	RÉSULTATS.....	39
5.1	Présentation des personnes observées et interrogées.....	39
5.2	Présentation générale des situations observées et de leur contexte	41
5.3	Résultats généraux sur les enjeux en SST et le PDSB	43
5.3.1	Résultats des entrevues	43
5.3.2	Résultats des observations et autoconfrontations.....	47
5.4	Routine et balises temporelles	49
5.4.1	Résultats des entrevues	49
5.4.2	Résultats des observations et autoconfrontations.....	54
5.5	Stratégies, régulation de l'activité et enjeux de collaboration	56
5.5.1	Résultats des entrevues	56
5.5.2	Résultats des observations et autoconfrontations.....	61
5.6	Formation des PAB et intégration dans l'organisation	65
5.6.1	Résultats des entrevues	65
5.6.2	Résultats des observations et autoconfrontations.....	70
5.7	Environnements de travail, espaces et équipements	73
5.7.1	Résultats des entrevues	73
5.7.2	Résultats des observations et autoconfrontations.....	76
6.	DISCUSSION	81
6.1	La SST et l'application du PDSB.....	82
6.1.1	Peu de discussion autour de la SST des PAB	82
6.1.2	Le PDSB : une formation appréciée, mais dont l'application est complexe	84
6.2	Routine et balises temporelles	85
6.2.1	L'existence de balises temporelles	85
6.2.2	« Finir dans les temps », une construction de la « routine » par les expérimentés?	86
6.3	Stratégies, régulations et collaborations.....	87
6.3.1	Stratégies de régulation des temporalités.....	87
6.3.2	Une coordination complexe entre PAB	87
6.3.3	Une connaissance indispensable des caractéristiques de résidents.....	88
6.4	La formation et l'intégration en milieu de travail	88

6.4.1	Un décalage entre la formation initiale et le milieu de travail.....	88
6.4.2	L'impact positif des agents de suivi PDSB.....	89
6.5	Environnements, espaces de travail et équipements	90
6.5.1	Des chambres encombrées : milieu de vie ou milieu de pratique.....	90
6.5.2	Du matériel disponible et de qualité.....	90
6.6	Constats finaux.....	91
6.7	Recommandations.....	93
6.8	Portée, limites et applicabilité des résultats et recommandations.....	94
7.	CONCLUSION.....	95
	BIBLIOGRAPHIE	97
	ANNEXE A : DESCRIPTIF DES PARTICIPANTS AUX ENTREVUES.....	105
	ANNEXE B : GRILLE D'ENTREVUE DES PAB	107
	ANNEXE C : GRILLE D'ENTREVUES DES AUTRES PROFESSIONNELS	111
	ANNEXE D : CHRONIQUES DE QUART ET SOINS DÉTAILLÉS - DOCUMENT CONSIGNE	115
	ANNEXE E : OBSERVATION : DESCRIPTIF DES PARTICIPANTS ET RÉPARTITION DES OBSERVATIONS.....	121
	ANNEXE F : RÉPARTITIONS DES OBSERVATIONS.....	122

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Facteurs sociaux relatifs aux PAB.....	7
Figure 2 - Facteurs majeurs favorisant l'appropriation et l'application de formations visant la santé et sécurité des travailleurs de type « PAB »	26
Figure 3 - Triangulation des méthodes.....	35
Figure 4 - Illustration des pics d'activité pour le quart de jour	41
Figure 5 - Illustration des pics d'activité pour le quart de soir	42
Figure 6 - Schématisation de l'aménagement de la chambre	77
Figure 7 - Disproportion entre les pôles de l'activité des PAB	83
Figure 8 - Processus d'appropriation et d'application du PDSB à travers le temps	92

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AFS : Auxiliaire familiale et sociale

AQESSS : Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

ARS : Approche relationnelle de soins

ASI : Assistant au supérieur immédiat

ASSS : Auxiliaire en santé et services sociaux

ASSTSAS : Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CNESST : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CUV : Chef d'unité de vie

DEP : Diplôme d'études professionnelles

FSSS-CSN : Fédération de la santé et des services sociaux – Confédération des syndicats nationaux

LP : Lésions professionnelles

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

PAB : Préposé aux bénéficiaires

PDSB : Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires

RH : Ressources humaines

RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux

SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées

SST : Santé et sécurité du travail

TMS : Troubles musculosquelettiques

1. INTRODUCTION

Les préposés aux bénéficiaires² (PAB) ont comme mandat de réaliser l'ensemble des activités d'assistance envers les résidents dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec. Ils exercent une fonction indispensable dans les CHSLD, compte tenu de l'accentuation du vieillissement de la population, de l'aggravation des problématiques physiques et cognitives des résidents et de la difficulté à répondre à leurs différents besoins. Les PAB forment également une catégorie professionnelle fragilisée dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) du Québec, notamment sur le plan de la santé et sécurité au travail (SST). Ils occupent le premier rang dans le RSSS en termes de lésions professionnelles (LP), et ils cumulent un nombre élevé de jours d'absence du travail pour causes de TMS ou de problèmes psychologiques. De fait, la SST de cette catégorie professionnelle est actuellement un problème central, et ce, autant pour l'employeur, les syndicats que les PAB eux-mêmes. L'une des causes de cette fragilité tient à la transformation progressive, durant les vingt dernières années, des CHSLD. Actuellement, ces organisations accueillent principalement des résidents âgés, souffrant de multiples problématiques physiques (ex. obésité morbide) et/ou cognitives (ex. démence). Dans ce contexte, les PAB doivent consacrer de plus en plus de temps pour les assister, répondre à leurs besoins, et réaliser l'ensemble des activités relatives à l'alimentation, l'hygiène et les déplacements de la clientèle, etc. Pourtant, le ratio élevé de résidents par PAB, tel que déterminé actuellement, les oblige à intensifier leur activité de travail, c'est-à-dire à réaliser dans un délai circonscrit l'ensemble des activités nécessaires pour assister les résidents et maintenir leur autonomie.

Précisément, c'est souvent d'un « manque de temps » qu'il est question lorsque l'on interroge les PAB sur les enjeux qu'ils vivent concrètement, en situation de travail. Ils déplorent en premier leur incapacité à réaliser une pratique relationnelle de qualité avec les résidents. Plusieurs études récentes ont mis l'accent sur cette difficulté majeure qui conduirait une partie - certes mineure - des PAB à se détourner de leur métier pour en adopter un autre (devenir, par exemple, préposé à l'entretien ménager), à changer d'organisation (et notamment de CHSLD) ou à démissionner. Pour ceux – une majorité – qui persistent en demeurant PAB, la difficulté réside dans le fait de répondre à des prescriptions de travail qu'ils jugent incompatibles avec une prestation de services de qualité. Plusieurs écrits (ex. Bonnemain, 2011; Caroly, S. 2002; Gonon, Barthe et Gindron, 2009) mentionnent que, pour répondre à ces conflits de buts, les travailleurs des métiers de service tentent de réguler leurs rythmes de travail, par la création et l'usage de stratégies spécifiques, dites « stratégies de régulation des temporalités »; celles-ci leur sont utiles pour accélérer le rythme de travail et parvenir à effectuer un nombre spécifique de tâches dans un créneau horaire restreint. Ces recherches suggèrent que les PAB, loin d'exécuter, voire de calquer individuellement des pratiques apprises en formation dans le cadre du travail, sont plutôt susceptibles de créer collectivement des stratégies de régulation des temporalités qui ne sont pas présentées ou transmises durant la formation initiale. Mais l'intensification du travail, d'une part, et l'usage de ces stratégies, d'autre part, ne sont pas sans danger. Ils peuvent être une cause importante de blessures pour les PAB, tout autant qu'une

² Dans ce rapport, le masculin englobe généralement les deux genres et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

source de frustration et de désenchantement susceptibles de nourrir des problématiques en matière de santé psychologique.

À ce sujet, il n'existe que peu de recherches portant sur la SST des PAB. Pourtant, le sujet est important et d'actualité. Il concerne d'abord les PAB, qui peuvent souffrir de ces problématiques, et vivre des troubles, lésions, blessures, maladies, et ce, tout au long de leur vie professionnelle et personnelle. Sensibles aux enjeux de SST, les syndicats s'y intéressent aussi; ils plaident entre autres pour de meilleures conditions de travail. Quant aux employeurs (CISSS ou CIUSSS), ils sont déjà aux prises avec de fortes hausses des primes de la CNESST et d'assurances-salaire pour le personnel souffrant de lésions professionnelles (LP); ils savent donc à quel point la prévention des troubles musculosquelettiques (TMS) et psychologiques est d'une importance cruciale pour leurs organisations. Enfin, les résidents et aidants naturels vivant en CHSLD apprécient davantage la proximité d'un PAB qu'ils connaissent, qui est sensible à leur condition et avec lequel ils sont familiers, plutôt que la multiplication des PAB à leur service, au gré des accidents, des maladies ou des démissions.

Il existe une formation, développée par l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS), dont l'objectif est de transmettre à l'ensemble des PAB des principes utiles et efficaces visant la prévention des LP : Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). L'ensemble des PAB est censé se voir transmettre le contenu du PDSB lors d'une formation initiale, avant leur intégration en établissement. De plus, d'importants budgets récurrents sont libérés chaque année par les employeurs (CISSS et CIUSSS) pour assurer, d'une part, la transmission du contenu de la formation sur le terrain et, d'autre part, son application par les PAB nouvellement embauchés lors de la phase d'intégration. Ce budget vise aussi à assurer le développement de « capsules de formation » PDSB destinées aux PAB expérimentés ou non. Mais compte tenu des forts taux de LP associés au personnel des CHSLD, cette formation atteint-elle son objectif de transmettre aux PAB peu expérimentés des connaissances au regard des principes de prévention utilisables en situation de travail pour assurer le déplacement sécuritaire des bénéficiaires?

Le présent projet vise à déterminer si les stratégies de régulation des temporalités créées et utilisées par les PAB contraignent l'appropriation et l'application du PDSB, principalement pour les moins expérimentés. L'hypothèse est formulée selon laquelle il existe effectivement une forte relation d'influence et que ces stratégies sont principalement la conséquence de balises temporelles imposées par l'équipe de soins (infirmières, infirmières auxiliaires, etc.) et par les autres secteurs du CHSLD (loisirs, alimentation, etc.). Comprendre comment se construit et se régule une telle relation peut permettre, à moyen et long termes, de développer des formations adaptées à la réalité trop méconnue des PAB en CHSLD. Le plan de ce rapport se présente comme suit : présentation de l'état des connaissances sur le sujet, en abordant plusieurs points importants tels que les données lésionnelles récentes des PAB au Québec; présentation de l'état des connaissances sur l'usage des rythmes de travail et des stratégies de régulation des temporalités par les PAB; présentation de la formation PDSB et des écrits portant sur la formation; présentation d'une revue de la littérature sur les conditions favorables à l'implantation d'une formation de type PDSB en CHSLD. Viennent ensuite les objectifs et sous-objectifs de recherche et la méthodologie retenue. Puis, les résultats de la recherche seront présentés et discutés.

Notez que le déroulement de ce projet a été encadré et validé par les membres d'un comité de suivi qui a tenu trois rencontres, soit au début du projet pour la présentation des objectifs et de la méthode (octobre 2014), au moment de la récolte des données et des résultats intermédiaires (novembre 2015), puis après les analyses des résultats (octobre 2016).

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Ce chapitre vise à présenter l'état des connaissances sur le sujet abordé. La première section a comme objectif de dresser un portrait le plus juste possible de la situation actuelle des PAB en CHSLD. D'abord, les fonctions et caractéristiques actuelles des PAB sont présentées, en précisant leurs enjeux de SST à la lumière des statistiques lésionnelles les plus récentes. Puis, les connaissances scientifiques disponibles sur les conditions de travail des PAB font l'objet d'une présentation en insistant sur l'intensification de la charge de travail en CHSLD, les prescriptions de l'organisation, et les stratégies de régulation des temporalités déployées par les PAB pour accomplir leur travail. Ensuite, l'accent sera mis sur les connaissances relatives au processus de transmission des savoirs entre PAB expérimentés et peu expérimentés, en ce qui concerne notamment les savoirs en SST. La seconde section porte sur la description du programme PDSB, de ses limites et des conditions favorables à son application. Les objectifs et les principes fondamentaux de la formation PDSB sont présentés, de même que les écrits déjà publiés portant sur l'étude et l'évaluation de cette formation et rapportant plusieurs résultats importants relatifs à son application et à son appropriation. Enfin, une recension des écrits portant sur les conditions favorables à l'appropriation et l'application de formations comparables dans d'autres contextes, principalement états-unien, est au cœur de la troisième section.

2.1 Les problématiques de SST des PAB : enjeu des rythmes de travail

2.1.1 *Qui sont les PAB en CHSLD?*

Cette sous-section présente les caractéristiques et fonctions des PAB dans les CHSLD. Les problématiques SST relatives à cette catégorie professionnelle y sont traitées.

- Fonctions des PAB en CHSLD

L'accentuation du vieillissement de la population au Québec entraîne une transformation des milieux de vie dans lesquels les personnes qui subissent de fortes pertes d'autonomie sont intégrées. De fait, les CHSLD sont actuellement des milieux réservés à des résidents, principalement âgés, en forte perte d'autonomie, dont les besoins d'assistance sont clairement évalués comme importants (plus de 3 heures de soins par jour). Les CHSLD accordent la priorité aux résidents les moins autonomes, dont les conditions exigent une assistance et nécessitent des interventions soutenues, ainsi qu'un travail important de suivi. Ces centres ont pour objectif de fournir des services aux personnes en perte d'autonomie, et plus particulièrement « d'offrir un milieu de vie substitut à des adultes en perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturelle, et ce, en dépit, du soutien de leurs proches » (Lemieux, Bergeron, Bégin et Bélanger, 2003, p. 105).

Dans les CHSLD, les PAB sont la catégorie professionnelle qui est associée aux tâches d'assistance auprès des résidents et qui vise l'objectif de maintenir leur autonomie. Les membres de ce personnel 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. (Bigaouette, 2001). Dans les CHSLD, contrairement à d'autres types de ressources (telles que les ressources intermédiaires, dont le cadre d'exercice est déterminé par la [Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé](#), qui favorise la délégation des tâches), les PAB n'ont pas à réaliser des activités de soins déléguées par le personnel infirmier (OIIQ, 2011).

Les infirmières, infirmières auxiliaires et PAB appartiennent à une équipe de travail qui, dans son ensemble, a pour mandat de veiller à maintenir l'autonomie et l'état de santé des résidents en CHSLD. Chacun doit répondre à une fonction précise incluse dans son champ légal de compétences, dans une dynamique de coopération interprofessionnelle (OIIQ, 2000). Grégoire, Levesque et Proulx (2010) définissent les grandes lignes des mandats de ces différents intervenants. Celui des infirmières consiste à coordonner l'ensemble des activités de soins de l'unité et à donner des traitements infirmiers et médicaux. Sous la supervision directe des infirmières, les infirmières auxiliaires se chargent de contribuer à l'évaluation de l'état de santé du résident et des actes de soins courants, selon le plan thérapeutique infirmier. Placés également sous la supervision des infirmières, les PAB doivent réaliser les actes quotidiens d'assistance auprès des résidents, excluant tout acte de soins médicaux. Enfin, les chefs d'unité de vie (CUV) sont les gestionnaires administratifs responsables d'un ou plusieurs services (ou unités) dans lesquels travaillent ces équipes.

- Caractéristiques des PAB en CHSLD

Les PAB occupent une place indispensable dans les CHSLD. Ces organisations représentent d'ailleurs le milieu organisationnel dans lequel travaille la majorité des PAB (50,3 %) du RSSS. Il s'agit également de la catégorie professionnelle la plus représentée numériquement dans les CHSLD, avant celles des infirmières auxiliaires et des infirmières. Selon les données de Service Canada³, on dénombre environ 55 000 PAB au Québec. Tout porte à croire que le nombre de PAB risque d'augmenter dans les prochaines années en raison du vieillissement de la population et de l'alourdissement de la condition des résidents, qui nécessitent davantage d'assistance quotidienne. La majorité des PAB intégrés dans un CHSLD sont titulaires d'un diplôme d'études professionnelles (DEP) en assistance à la personne en établissement de santé. Quoique cette formation ne soit pas légalement obligatoire pour devenir un PAB dans un CHSLD, la majorité d'entre eux ont réussi cette formation qui est exigée par les services de dotation des CISSS et des CIUSSS (Grenier, 2008).

Le portrait de cette catégorie professionnelle se décline aussi selon le statut d'emploi, le genre, l'ethnicité et l'âge. D'une part, la plupart des PAB occupent un poste à plein temps (68,9 %) selon les données de Service Canada, mais le taux d'emploi à temps partiel dans cette branche professionnelle est nettement supérieur à la moyenne provinciale de l'ensemble des professions (31,1 % contre 18,8 %). Cela expose l'enjeu de la précarité d'une partie des PAB et de son incidence sur leur SST, en particulier chez ceux qui sont peu expérimentés. D'autre part, le métier est largement féminisé puisque 82,8 % des PAB en 2015 sont de sexe féminin. Ensuite, la portion d'immigrants y est importante (20 % contre 14 % pour l'ensemble des

³ Données issues d'Emploi-Avenir Québec, pour le groupe de base 3413 « *Aides-infirmiers, aides-soignants et préposés aux bénéficiaires* », pour l'année 2011.

professions), et ce, notamment à Montréal et dans les grandes zones urbaines (Allaire, 2016). Enfin, les PAB forment également un personnel vieillissant : Grenier (2008) note que leur âge moyen était de 42 ans en 2007. Plus précisément, la moitié des PAB (49 %) est âgée entre 45 et 64 ans, plus du tiers (36,7 %) est formé d'un groupe âgé de 25 à 44 ans, et une minorité (12,7 %) est âgée de 15 à 24 ans. Enfin, une partie infime (1,5 %) des PAB a atteint 65 ans ou plus. L'âge, le genre, l'ethnicité et la précarité constituent donc l'ensemble des facteurs sociaux qui caractérisent les PAB (figure 1).

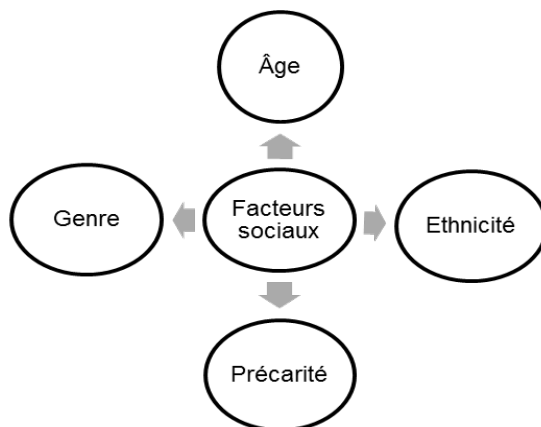


Figure 1 - Facteurs sociaux relatifs aux PAB

2.1.2 Problématique de santé et sécurité au travail : enjeux pour les PAB recrutés et expérimentés

Quelques écrits (Bédard, 2012 ; Grenier, 2008) mentionnent clairement que les PAB forment une catégorie professionnelle qui affiche un taux de roulement de personnel important (principalement chez les plus jeunes recrues). Ils font face à de nombreuses problématiques en SST (pour l'ensemble du personnel PAB). Ainsi, la fidélisation en emploi des PAB peu expérimentés demeure fragile. En 2006-2007, la proportion du nombre de départs chez le personnel ayant moins d'un an d'ancienneté se situe à près de 1 sur 4 (Grenier, 2008). Toujours selon cette auteure, la proportion du nombre de départs chez les PAB de moins de 30 ans lors de leur première année de service se situe à près de 2 sur 5.

Au Québec, en considérant des données de SST de 2009, Bédard (2012) note que près du tiers (30 %) des lésions professionnelles (LP) dans le secteur « santé et services sociaux » est associé aux PAB. Cette catégorie professionnelle présente le pire profil lésionnel de son secteur. Selon la même auteure, la majorité (57,7 %) des LP sont des troubles musculosquelettiques (TMS), et la part la plus importante de ces TMS se développent en CHSLD. Les « efforts excessifs » sont le facteur causal le plus important; ils causent le tiers des lésions (32,8 %) et surviennent surtout lorsque le préposé porte assistance aux résidents (une fois sur deux) et qu'ils exécutent des mouvements (une fois sur trois). Selon Bédard (2012), 40 % des LP ont le dos comme siège de lésion, suivis des membres supérieurs (épaules, bras, mains).

La réalité n'est pas différente en 2016. Les PAB sont encore largement victimes des TMS, et demeurent le groupe le plus à risque à cet égard dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) (Bédard, 2016). En effet, l'auteure comptabilise un taux de 4,96 lésions professionnelles par tranche de 100 PAB, contre des taux de 3,19 lésions pour 100 infirmières auxiliaires et 0,76 lésion professionnelle pour 100 infirmières. Plus des deux tiers de ces événements (68,1 %) sont associés aux efforts excessifs, suivis des mouvements exécutés par les travailleurs (30,6%). Le dos est encore le segment corporel le plus touché (65 %) suivis des épaules et du cou. Ces lésions subies par les PAB ont engendré pour 2013 des débours de 13,269,068 \$ pour les organisations de santé (contre 21,393,932 \$ pour l'ensemble de la catégorie soignant composée des PAB, infirmières auxiliaires, infirmières et auxiliaires en santé et services sociaux), pour un total de 109,715 jours de perte de temps indemnisée (contre 171,274 pour l'ensemble de la catégorie soignant). Aucune statistique sur la répartition des LP et TMS par âge ou années d'expérience n'était toutefois disponible.

Le fait de devoir lever ou transporter des personnes en forte perte d'autonomie physique et cognitive est reconnu comme un facteur accentuant le risque de manipulations difficiles susceptibles de favoriser l'apparition des blessures, principalement au dos (Legault et Dionne-Proulx, 2003). Saint-Vincent *et al.* (1995) avaient d'ailleurs jeté un éclairage important il y a une vingtaine d'années sur les problématiques de survenue des accidents du personnel soignant, en démontrant que la plupart d'entre eux étaient liés aux déplacements des bénéficiaires. Ce point est toujours d'actualité pour les PAB : Les TMS, surtout les maux de dos, restent le problème principal en SST en 2016 dans le secteur « affaires sociales ». Et les enjeux relatifs au maintien en emploi des PAB (démissions, réorientations, etc.) sont, pour certaines organisations, directement liés aux TMS (Santerre, 2016).

2.1.3 Intensification de la charge de travail et prescriptions contradictoires

La littérature scientifique internationale met clairement de l'avant la pénibilité du travail des PAB et des métiers apparentés que l'on trouve dans les diverses institutions de santé ou établissements gériatriques. En Europe, les études d'Estryn-Behar (2008) ont permis de mettre en lumière l'importance de la forte pénibilité physique des tâches effectuées par les PAB. Camus (2009), en France, a perçu plusieurs déterminants susceptibles de jouer un rôle important dans le développement de cette pénibilité : le manque de moyens matériels, le fait de devoir travailler dans l'urgence en raison de la pénurie de ressources humaines, la régularité de l'exposition aux contraintes physiques, la fréquence de la position debout et des déplacements et, plus globalement, l'impact de la charge de travail.

La charge de travail est définie, dans ce projet, comme la tension entre la somme des activités que les PAB doivent réaliser durant leur quart de travail et les ressources mises à leur disposition pour y parvenir. À ce titre, l'analyse de Fournier *et al.* (2010) qui visait à définir le concept, évoque une différence de définition entre la charge vécue et la charge réelle. La charge vécue se définit comme le sentiment d'être écrasé sous le poids de la tâche et le niveau de satisfaction face à son travail. La charge réelle se présente comme la somme de stratégies et des actions mises en œuvre à l'occasion du travail, des tensions ressenties en prenant conscience de la fragilité des ressources des travailleurs (expérience, fatigue, émotions, compétences) et l'intensité de la charge prescrite (normes de productivité, charte de qualité,

etc.). Cette seconde définition, objective, de la charge de travail est retenue, mais elle sera étroitement liée à la première, davantage subjective.

Dans le cas des PAB, la charge prescrite se définit par le ratio de résidents par préposés. Selon Fournier *et al.* (2010), la charge de travail ne doit pas seulement prendre en compte ce ratio, mais aussi les conditions dans lesquelles le travail se réalise. Il peut être nécessaire pour les PAB de réaliser des activités supplémentaires et mettre en œuvre des stratégies spécifiques pour répondre aux prescriptions organisationnelles. Cela provoque alors une intensification de la charge de travail. Marquier *et al.* (2016), dans le contexte français, énoncent clairement le rôle critique de l'intensification prescrite par l'organisation comme cause primordiale de la pénibilité du travail. Ce point a été traité dans plusieurs études menées, en France comme au Québec, par la présente équipe de recherche (Aubry et Couturier, 2012; Aubry et Couturier, 2013); les résultats montrent l'impact significatif de cette intensification sur la souffrance ressentie par les PAB, qui éprouvent des difficultés à concilier un travail relationnel convenable, des services de qualité et l'accomplissement des tâches prescrites par l'organisation. D'autres études menées au Québec (Bourassa, 2015; Bourbonnais *et al.*, 2005) mettent en lumière le même phénomène.

Par l'effet de l'aggravation des conditions médicales et sociales des résidents en CHSLD, et par la limitation de la croissance des dépenses publiques et de ses conséquences sur le niveau des effectifs dans le RSSS, la charge de travail des PAB tend à s'intensifier. Le ratio PAB/résidents actuel (Voyer, 2016), très élevé, participe à cette situation. Les préposés doivent donc réaliser l'ensemble des activités prescrites par l'organisation dans un temps restreint, activités qui peuvent varier selon la situation de l'organisation (absence de PAB durant le quart de travail pour cause d'accidents ou de maladie, présence de personnel d'agence de placement, etc.), la nature des bornes horaires que leur impose l'organisation (repas, levers, couchers, ateliers des résidents, etc.), et les événements et imprévus journaliers qui peuvent subvenir (décès d'un résident, épidémie, etc.). Les contraintes temporelles peuvent alors être présentées comme une problématique primordiale et quotidienne à laquelle les PAB font face dans les organisations de santé.

Cette intensification de la charge de travail peut se traduire par deux effets, soit, d'une part, une multiplication des situations dans lesquelles les PAB risquent de subir des blessures ou des accidents et, d'autre part, l'incapacité de mettre en application des manœuvres sécuritaires en raison des contraintes temporelles. Cloutier *et al.* (2006a), dans leur étude menée auprès d'auxiliaires familiales et sociales (AFS) qui dispensent les soins à domicile, mentionnent que la dégradation et l'alourdissement des conditions de santé des résidents jouent un rôle considérable dans l'accentuation de la charge de travail. Si l'intensification de la charge de travail n'est pas pondérée par une augmentation du nombre de AFS, alors l'activité de travail peut s'alourdir et créer, de fait, des conditions propices à la survenue de lésions professionnelles.

Une seconde conséquence est l'obligation des PAB de répondre à des prescriptions qu'ils ont de la difficulté à concilier, c'est-à-dire les exigences organisationnelles à l'égard du développement du « milieu de vie » des résidents, qui réclament un investissement en temps relationnel de qualité, et celles du « milieu de soins », qui nécessitent un rythme de travail plus rapide. Aubry et Couturier (2013) ont démontré à quel point cette situation conduit à des formes

de souffrance éthique importante, c'est-à-dire un sentiment d'incapacité éprouvé par les PAB à réaliser un travail qu'ils considèrent de qualité, compte tenu de ces difficultés de conciliation. Bellemare *et al.* (2014) ont aussi mis en évidence l'existence de tensions continues entre les dimensions relationnelles et techniques du métier de PAB intervenant auprès de personnes en perte d'autonomie. En ce sens, Ledoux et Bigaouette (2001) rapportaient déjà il y a seize ans l'importance de considérer davantage un modèle de soins non pas seulement centré sur le patient, mais davantage sur l'interaction patient-soignant, afin de reconnaître les conflits de prescriptions, et d'éviter ce type de souffrance. À ce sujet, les balises temporelles imposées par l'équipe de travail peuvent être considérées comme des exigences organisationnelles quotidiennes importantes dans la structuration des journées de travail. Ces balises sont des injonctions temporelles imposées par les infirmières afin de planifier la journée de travail, déterminées par les activités auprès des résidents et des autres services de l'organisation (repas, animation, etc.) (Gonon, Barthe et Gindron, 2009).

2.1.4 Les stratégies de régulation de temporalités : un effet collectif de genre professionnel

Répondre aux prescriptions de l'organisation devient, du fait de l'intensification de la charge de travail, un défi crucial pour les PAB. Camus (2009) note à ce propos la complexité pour les PAB de parvenir à réaliser le travail prescrit dans un contexte d'urgence permanent. Cette complexité est approchée en ergonomie au moyen du concept d'activité. L'activité représente ce que fait concrètement une personne pour répondre aux exigences de la tâche, en fonction des ressources, internes et externes, dont il ou elle dispose. L'explicitation de *l'activité* en ergonomie est indissociable de celle de la *tâche*, dont la distinction fonde l'analyse du travail (De Terssac et Maggi, 1996, p 88). Comme le mentionne Falzon (2004, p.24) :

« [La tâche représente] ce qui est à faire, ce qui est prescrit par l'organisation. L'activité est ce qui est fait, ce qui est mis en jeu par le sujet pour effectuer la tâche. [...]. L'activité est finalisée par le but que se fixe le sujet, à partir du but de la tâche. Elle inclut de l'observable et de l'inobservable : l'activité intellectuelle, ou mentale ».

La complexité se loge donc dans l'interaction entre un travailleur et ce qu'il doit faire, ce qui n'exclut pas d'envisager la complexité intrinsèque de certaines tâches, en lien avec une « *éventuelle multiplicité des buts (de production, de sécurité[...]), à leurs conflits et aux valeurs qui leur sont attribuées* » (Leplat, 1996, p.60). L'ergonome accède au « comment » de l'activité (St Vincent *et al.*, 2011, p.42) par son observation, l'explicitation des comportements observés et leur description. Cette analyse de l'activité s'insère plus largement dans l'analyse ergonomique du travail, qui à partir du modèle de la situation de travail (St Vincent *et al.*, 2011) s'intéresse aussi aux déterminants de cette activité, ce qui lui permet d'apprécier la différence notable entre le prescrit (ce qui doit se faire) et le réel (ce qui se fait) et de comprendre les ressorts de ces écarts.

Les écrits portant sur l'analyse de l'activité de travail des PAB mentionnent toute l'importance de la gestion collective du rythme temporel de travail, et notamment la place centrale qu'elle occupe au regard des stratégies de régulation des temporalités développées et utilisées collectivement par les PAB. Par stratégie, on entend « des comportements, des savoir-faire,

des attitudes que la personne développe pour parvenir à maintenir l'équilibre entre ce qu'elle est et son environnement » (Major et Vézina, 2011, p. 16). Les auteures rapportent que ces stratégies peuvent viser plusieurs finalités, liées étroitement au contexte organisationnel : « Qu'elles soient individuelles ou collectives, les stratégies peuvent avoir pour but de répondre aux exigences de production, de réduire les risques d'incidents, d'erreurs ou de débordements, mais également de protéger la santé et de réduire les risques d'accident ». La notion de régulation est issue des sciences de l'ingénieur et de la cybernétique, mobilisée notamment en psychologie cognitive et en biologie dans la compréhension des phénomènes homéostatiques (Leplat, 2006). Elle est aussi utilisée en ergonomie de façon indissociable avec le postulat d'un sujet acteur et non « simple exécutant » des tâches qui lui sont prescrites (Falzon, 2013, p.10). Par régulation, Gonzáles et Weill-Fassina (2005) entendent la modification du comportement individuel et collectif des opérateurs pour faire face aux exigences des situations; dans certains cas ces régulations peuvent aussi porter sur la tâche (Leplat, 2006). Selon eux, « les régulations ont pour but de répondre aux obligations de production, de réduire les risques d'erreurs, d'incidents, d'accidents ou de débordements » (p.5), mais aussi éventuellement d'éviter les risques d'atteinte à la santé tout en maintenant les exigences de production. Ces régulations sont centrées dans le premier cas sur la tâche et dans le second sur le sujet (Leplat, 2006). Selon cet auteur, la coordination de ces régulations implique nécessairement des compromis pour l'opérateur, lorsqu'il doit répondre à des critères possiblement contradictoires entre eux, tels que « faire vite et bien ». La gestion des temporalités et l'usage des stratégies définissent en ce sens le terme de « routine organisationnelle » utilisée fréquemment par les acteurs des CHSLD pour mettre en évidence la part informelle et redondante de l'activité des PAB.

Ces stratégies de régulation des temporalités visent donc à réguler le rythme temporel de l'activité des PAB dans les CHSLD, afin de parvenir à atteindre les objectifs organisationnels sans nécessairement respecter la règle prescrite, mais en tentant de réduire certains risques de SST (Cloutier, David et Teiger, 2003). Ces régulations s'expriment aussi bien dans l'interaction avec le résident lors des soins, qu'entre les soins, tout au long du quart de travail (Feillou *et al.*, 2014). Les éléments de planification dans l'organisation du quart, qui ont lieu en début de quart ou entre les soins, illustrent l'importance de situer l'analyse du travail des PAB dans un cadre temporel (Leplat, 2006) qui retrace les différents moments de la journée du PAB. Plusieurs exemples sont déjà cités dans la littérature, comme le fait d'hiérarchiser et d'abrégier les tâches auprès des résidents ou de réduire les temps de pauses, c'est-à-dire de planifier et d'ajuster continuellement l'activité de travail selon les prescriptions (Billaud et Xing, 2016). Volkoff (2012) et Aubry (2012) ont observé à plus d'une reprise la stratégie consistant à utiliser en solo le lève-personne plutôt qu'à plusieurs, voire de ne pas l'utiliser du tout, pour le déplacement des bénéficiaires, et cela dans un souci de réduire les contraintes de temps relatives à son utilisation. Cloutier, Ledoux et Bourdouxhe (2006) rapportent enfin l'importance de la routine organisationnelle, c'est-à-dire de la cristallisation de la séquence horaire des pratiques en un plan de travail rigide pour parvenir à gérer la charge de travail. Ce ne sont que quelques exemples qui mettent en lumière la capacité des PAB d'inventer des stratégies de régulation des temporalités afin de respecter les prescriptions organisationnelles.

La perspective développementale du travail proposée plus récemment en ergonomie constructive (Falzon, 2013) montre aussi l'importance de saisir ces régulations en s'intéressant à des temporalités plus larges qui s'inscrivent dans le parcours de travail des opérateurs. Il

s'agit alors d'une activité que Falzon qualifie de « métafonctionnelle » et au cours de laquelle peuvent s'élaborer des stratégies de prudence ou d'économie des savoirs professionnels (Falzon, 2013, p.8). Les PAB expérimentés, dans ce cas, sont plus susceptibles de développer des formes de stratégies spécifiques, garantissant davantage leur SST. En ce sens, l'usage des stratégies de régulation des temporalités peut être conceptualisé comme l'effet du genre professionnel, grâce aux apports théoriques de la clinique de l'activité. Le genre professionnel peut être défini comme un système ouvert de règles non écrites (Caroly et Clot, 2004) conçu grâce à un travail de réorganisation de la tâche par les collectifs professionnels, ou encore une « recréation de l'organisation du travail par le travail d'organisation du collectif » (Clot et Faïta, 2000, p.9). En d'autres termes, les PAB réorganisent leur tâche en régulant les temporalités par l'usage de stratégies spécifiques. Et cet usage est collectivement partagé. Clot et Faïta (2000, p.11) mentionnent que le genre se définit comme « un corps d'évaluations partagées qui règlent l'activité personnelle de façon tacite », ou encore comme une mémoire préalable à l'action. Cette mémoire est contraignante mais efficace; il s'agit d'une ressource importante, car elle oriente l'action et la balise. Ainsi, collectivement, les PAB partagent une même perception des enjeux de temporalité et utilisent des stratégies pour parvenir à atteindre les objectifs prescrits. Un des apports fondamentaux de la clinique de l'activité a été de montrer que certes pour observer le genre professionnel et en étudier le contenu, notre regard doit être tourné vers l'analyse de l'activité (Clot, Faïta, Fernandez et Scheller, 2001), mais qu'il s'agit aussi de décrire l'écart entre ce qui a été fait et ce qui ne l'a pas été (Clot, 1999) : Il faut ainsi s'intéresser aux activités suspendues, contrariées ou empêchées, pour saisir la manière dont le collectif de PAB va tenter de répondre aux exigences de prescription compte tenu des ressources disponibles.

Mentionnons néanmoins deux points cruciaux. D'une part, ces stratégies sont le produit de l'activité collective des PAB dans les unités, bien qu'elles soient mises en œuvre individuellement. Elles sont ainsi le fruit de la coopération entre PAB, qui, comme l'écrit Dejours (2009, p.293), est « ce qu'il faut collectivement inventer pour combler les lacunes, pour adapter et ajuster les prescriptions formulées par la hiérarchie, c'est-à-dire adapter ou interpréter les ordres ». Mais leur création et la qualité de leur usage sont, de ce fait, très dépendantes de l'état du collectif de travail dans l'organisation. D'autre part, ces stratégies sont souvent clandestines et transgressives. En ce sens, elles sont reconnues et utilisées explicitement par une grande majorité des PAB dans le but de réduire le temps d'une activité ou dégager du temps disponible, sans pour autant qu'elles soient nécessairement acceptées par leurs supérieures hiérarchiques (infirmières auxiliaires, infirmières et chefs d'unité de vie). En ce sens, si elles peuvent constituer une richesse importante pour le travail collectif des PAB dans le but de répondre aux prescriptions (Caroly et Barcellini, 2013), elles peuvent devenir dangereuses pour la santé et la sécurité des PAB et néfastes pour les résidents (qualité des pratiques, voire maltraitance) si aucun espace collectif n'existe pour discuter de la finalité de ces stratégies, de leur qualité et des normes définissant ce qu'est une pratique « acceptable » (Lechevalier Hurard, 2013). Et ce manque d'espace collectif de discussion dans les organisations gériatriques, qui conduit à l'individualisation exacerbée des pratiques, fait l'objet de critiques (Dujarier, 2006; Estryn-Behar, 2008). Acker (2013), par exemple, n'hésite pas à parler dans ce cas d'un « héroïsme de la rapidité », c'est-à-dire d'une tendance individuelle à faire face à l'intensité de l'activité de travail sans réfléchir collectivement sur les risques qu'elle peut représenter. Et Bonnemain (2011) avance à son tour que la maltraitance envers les aînés peut se définir comme un indicateur d'un dysfonctionnement organisationnel, étroitement lié à la

difficulté des PAB à mettre en œuvre les stratégies collectives de régulations visant à résoudre les conflits temporels.

2.1.5 Quelle transmission des savoirs entre PAB?

Les préposés aux bénéficiaires nouvellement diplômés intègrent les CHSLD en participant à une phase d'orientation, c'est-à-dire une phase d'intégration supervisée par un PAB expérimenté. Cette étape se déroule comme une phase d'évaluation des compétences et de transmission orale des savoirs entre PAB expérimentés et peu expérimentés. Elle est importante, car elle impose aux PAB peu expérimentés de faire face au travail concret, notamment sur le plan de la charge de travail. De fait, elle se présente comme une phase de socialisation et d'évaluation, voire de sélection des PAB aptes à tenir les rythmes de travail (Aubry et Couturier, 2012).

Plusieurs enjeux peuvent être associés à cette phase de transmission. Le premier concerne le contenu des savoirs transmis entre PAB expérimentés et recrues. Comme le note Lejeune (2012, p.114), « l'apprentissage est collectif et se fait à partir d'indices fournis par les membres les plus expérimentés du groupe ». Selon Gaudart et Thébault (2012), la période de transmission est une période complexe du fait de l'intensification du travail. Certes, les plus expérimentés possèdent une intelligence de la tâche nécessaire pour parvenir à répondre aux prescriptions organisationnelles malgré l'intensification de la charge de travail. Ils ont tendance à se protéger face à la pression temporelle et se forgent « un rapport maîtrisé à la tâche, des façons de faire qui vont leur permettre, dès que possible, de réaliser le travail avec aisance, sans trop souffrir de la pression temporelle » (Gaudart, 2006, p. 128). Mais une précédente étude menée par la présente équipe de recherche dans deux CHSLD au Québec (Aubry et Couturier, 2013) a reconnu l'importance décisive des stratégies de régulation de temporalités imposées par le collectif de PAB lors du processus d'intégration des recrues : Ce qu'apprennent les recrues lors de leur intégration sur le terrain concerne davantage les stratégies de régulation des temporalités que l'apprentissage et l'usage d'autres types formels de principes de sécurité, comme démontré dans d'autres études (Cloutier, Lefebvre et Ledoux, 2002; Cloutier *et al.*, 2006). À ce titre, le PAB expérimenté, qui est responsable de la phase d'orientation, occupe une place essentielle dans le processus de transmission.

Le second enjeu porte sur la qualité du processus de transmission. Si l'orientation est un processus formel d'intégration des recrues reconnu par l'organisation, elle est souvent peu appuyée par des moyens concrets (libération des PAB expérimentés de leurs tâches, par exemple). Cloutier, Lefebvre et Ledoux (2002) ont pourtant clairement mentionné l'impact négatif d'une charge de travail accrue lors de la phase de transmission des savoirs. C'est pourtant le cas lorsque la transmission est incluse dans le processus de production, sans pour autant que les PAB expérimentés puissent s'affranchir *a minima* de leurs tâches quotidiennes. La précarité d'emploi des PAB peu expérimentés joue ainsi un rôle décisif et négatif dans le processus de transmission des savoirs, comme le mentionnent Cloutier *et al.* (2006a). Pourtant, il semble important de construire un véritable espace de discussion entre recrues et expérimentés, notamment sur le plan de l'écart entre les savoirs appris en formation initiale et les savoirs requis en CHSLD, et de passer d'un apprentissage implicite à un apprentissage explicite fondé sur des pratiques réflexives et collectives.

Enfin, le troisième enjeu concerne le fait que les PAB ont également à intégrer diverses unités au début de leur carrière (lorsqu'ils détiennent un statut de temps partiel ou temps partiel occasionnel), ce qui nécessite alors de réaliser d'autres phases d'intégration dans des services du CHSLD, sans orientation formelle. Ainsi, chaque intégration dans une unité nécessite un travail supplémentaire d'adaptation aux résidents et collègues de l'équipe de travail. Cloutier *et al.* (2006b), à ce propos, insistent sur le sentiment des travailleurs précarisés de devoir subir une charge de travail plus élevée que les réguliers, du fait de la nécessité de se réadapter constamment aux nouvelles unités de soin.

Globalement, il est ainsi urgent d'assurer la qualité de l'intégration du personnel PAB peu expérimenté, du fait des prochains départs à la retraite d'une grande partie du personnel expérimenté et âgé, et des problématiques de SST et de fidélisation de la main-d'œuvre. La transmission et l'appropriation de savoirs visant la prévention des LP pour les recrues est un enjeu fondamental de ce processus d'intégration. Et l'appropriation du PDSB dans le cadre de la formation de base (DEP) ou de la formation en situation de travail, devrait *a priori* permettre d'éviter ces LP.

2.2 Le PDSB : conditions favorables à son application

2.2.1 Présentation du PDSB

- Présentation de la formation : objectif général⁴

La formation « Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) » fut développée en 1983 par l'ASSTSAS. Elle fait partie depuis plusieurs années des programmes de formation professionnelle des PAB et des auxiliaires en santé et services sociaux (ASSS). Son objectif principal est d'initier les personnes aux connaissances et habiletés nécessaires à prévenir les TMS et à protéger leur intégrité physique lors de tâches d'assistance au déplacement de résidents. Elle se compose d'un ensemble de principes à suivre, et non de techniques. Cela offre la possibilité aux soignants de choisir la combinaison de principes qui sera la plus sécuritaire en fonction de la situation avec laquelle ils doivent composer. Le programme porte principalement sur les activités de déplacement et de soins d'assistance aux résidents, notamment leur déplacement (transfert, repositionnement sur un même équipement, déplacement à pieds avec ou sans aide technique...) et les soins d'hygiène de base pour les résidents alités ou pour ceux qui peuvent se déplacer à la salle de bain (lavabo, douche).

Les objectifs de la formation PDSB sont de permettre aux intervenants : a) d'analyser les composantes des différentes situations travail dans lesquelles ils se trouvent et d'adapter leurs soins en fonction; b) d'effectuer les tâches de déplacement de façon sécuritaire et selon le niveau d'assistance appropriée; c) de choisir des méthodes sécuritaires et efficaces (pour le soignant et le résident); d) de fournir des consignes claires et adaptées aux partenaires (résident et/ou collègues); e) de partager les informations pertinentes à la sécurité avec les membres de son équipe.

⁴ L'ensemble des informations intégrées à cette étude est issue des documents formels et officiels de l'ASSTSAS (2009, 2010).

- Principes de prise et principes d'assistance

Le PDSB est construit selon une logique propre aux « principes » plutôt qu'aux techniques. La formation permet donc aux intervenants de faire des choix plutôt que d'imposer des règles; elle varie selon les situations de travail, donc de l'équipement, de l'environnement, des soignants et des résidents. Elle se base sur l'idée que le résident peut utiliser au maximum ses capacités, et que s'il ne peut contribuer à son déplacement, l'intervenant aura recours à des aides mécaniques.

- Approche globale de la situation de travail

Les intervenants doivent évaluer les sources éventuelles de danger dans l'environnement du résident, c'est-à-dire l'ensemble des facteurs de risque d'une situation de travail. Ces facteurs sont relatifs aux personnes (résidents, familles, intervenants, etc.), à l'environnement (meubles, espaces libres, etc.), aux équipements (lits, fauteuils roulants, piqués, etc.), au temps (période de la journée, délais, temps disponible, etc.) et aux tâches (décisions, postures, mouvements, etc.). Cette évaluation est conditionnée par des pratiques organisationnelles (politiques, procédures, règlements, objectifs, etc.).

- Niveaux d'assistance

Il existe plusieurs niveaux d'assistance aux résidents (supervision, assistance partielle, assistance totale). Le besoin d'assistance pour un même déplacement varie d'un résident à l'autre, selon les capacités de chacun. Le résident apte à effectuer par lui-même des mouvements, qui possède la force, l'équilibre et la coordination nécessaires au déplacement et qui est capable de choisir et d'orienter ses actes est autonome et n'a pas besoin d'assistance.

La **supervision du résident** consiste à guider et à stimuler le résident sans participer aux efforts qu'il déploie ou en y participant de façon minime. Elle dépend de la capacité physique du résident (capacité de faire le mouvement naturel, force, équilibre et coordination des membres supérieurs et inférieurs suffisants pour faire le déplacement lui-même et utiliser les équipements) et de ses capacités psychologiques (capacité d'initiative et de motivation, acuité de la mémoire, etc.). L'effort du résident est le plus important, par rapport à l'effort du soignant, et ne requiert que peu ou pas d'équipement. Il s'agit ici de le guider en s'inspirant des mouvements naturels.

L'**assistance partielle** est proportionnelle à la capacité physique (force insuffisante pour amorcer le mouvement naturel propre au déplacement, mise en charge encore possible, problèmes d'équilibre et/ou de coordination) et psychologique du résident (capacité ou incapacité de choisir et d'orienter ses actes). L'effort du résident doit être *a priori* égal à l'effort du soignant. Ce dernier doit donc compenser par sa force, son équilibre, sa coordination les incapacités physiques du résident. Mais l'effort physique du soignant peut être substitué par l'utilisation des équipements s'ils sont disponibles.

Enfin, l'**assistance totale** est nécessaire au résident qui n'a pas les capacités motrices (force, coordination, etc.) pour opérer son déplacement. Sur le plan des efforts physiques, la contribution du résident est minime. Elle résulte de ses capacités physiques (incapacité de faire lui-même le mouvement naturel pour le déplacement, pas de mise en charge, ne peut plus

fournir d'efforts significatifs pour le déplacement) et psychologiques (capacité ou non à choisir et à orienter ses actes). L'effort du soignant doit être ici supérieur à celui du résident. L'énergie provient principalement d'aides mécaniques utilisées par les soignants pour les déplacements ou de petits matériels utilisés pour les retournements ou les remontées au lit (comme des surfaces de glissement), donc d'un usage accru de l'équipement. De fait, ici, le travail en équipe est recommandé. La communication entre soignants est cruciale, avant (partage de l'information, entente sur la manœuvre à effectuer, etc.), pendant (consignes, etc.) et après (rétroaction) les manœuvres.

- Étapes de préparation et principes de positionnement, prises et mouvements

Dans tous les cas, le choix d'un type d'assistance exige des étapes de préparation : s'informer et évaluer minutieusement la situation de travail (tâche, résident, équipement, environnement, moment...), décider (choisir une stratégie sécuritaire, préparer les équipements et l'espace de travail, déterminer le besoin d'aide de la part d'un collègue) et communiquer (informer le résident, demander et attendre l'aide, expliquer au résident et au collègue).

Les intervenants doivent aussi respecter trois autres principes généraux. Le premier porte sur le positionnement (jambes écartées, orientées pour faciliter le mouvement, dos sans torsion, dos non voûté, genoux fléchis); le second concerne les principes de prises (prise solide, prise douce, contact étroit, bras enveloppants, utilisation de poignées, blocage des points de glissement, participation du résident à la prise); enfin, le troisième a trait aux mouvements (assurer seulement le niveau d'assistance nécessaire, communiquer avec le résident, respecter le mouvement naturel, rouler-glisser-pivoter le résident (ne pas soulever), utiliser le transfert de poids et/ou le contrepoids pour fournir l'effort, effectuer les mouvements un à la fois, étape par étape, et amener le résident vers soi plutôt que le pousser).

2.2.2 Le PDSB : prendre en compte le contexte réel de travail

Plusieurs études se sont attardées à l'efficacité de la formation PDSB, ainsi qu'aux conditions d'implantation et d'application dans les milieux de travail. Faye, Berthelette et Leduc (2011, p. 202-203) mentionnent tout d'abord ce qu'ils entendent par formation :

« La formation apparaît comme un mécanisme de transfert, c'est-à-dire comme un moyen par lequel les résultats scientifiques mis au point par des chercheurs ou par des organismes sont mis à la disposition des milieux de travail pour que ces derniers se les approprient et les utilisent dans le but de modifier des situations problématiques ».

L'étude de Faye, Berthelette et Leduc (2011) montre que la formation PDSB s'articule autour de deux volets, soit l'amélioration des compétences du personnel pour exécuter de façon sécuritaire les manœuvres de transfert et de positionnement des résidents, et le développement des compétences de ce personnel pour identifier les situations dangereuses et pour les solutionner. Le programme est d'ailleurs basé sur une logique d'autonomisation et d'approche par compétences, dans lequel ce sont les intervenants qui doivent développer les compétences qu'ils jugent essentielles, selon la situation vécue.

Consécutivement, Faye (2013), dans une étude très approfondie sur les conditions favorisant ou défavorisant l'application du PDSB, démontre les limites de cette approche par compétences, du fait notamment des facteurs contextuels pouvant réduire son efficacité. Il mentionne précisément que deux facteurs contextuels semblent prédominants, soit la charge de travail et la latitude décisionnelle. Il en tire plusieurs résultats. D'une part, il constate l'existence d'une grande variation dans l'utilisation des principes de la formation par les intervenants, notant principalement les lacunes dans l'analyse globale de la situation, du fait de l'habitude créée dans l'assignation régulière des PAB à certains résidents. Il montre aussi que ce sont les principes biomécaniques et physiologiques du PDSB (principes de positionnement et de prise) qui sont les plus souvent négligés, notamment dans le cadre d'assistance partielle. Il note également l'effet de l'intensité de la charge de travail, qui provoque, d'une part, des difficultés relatives à la bonne réalisation des manœuvres (sur le plan de la communication ou de la synchronisation des tâches entre PAB, par exemple), mais aussi, d'autre part, des contraintes psychologiques qui découlent du souci d'exécuter les tâches rapidement. Béland-Ouelette (2014), dans son étude, conforte cette idée, en démontrant le manque de temps pour s'approprier des contenus de la formation PDSB lors de la phase d'orientation des recrues. Point crucial, Faye (2013) constate enfin l'absence de pouvoir d'influence des PAB sur les prises de décision concernant leur travail, mais mentionne qu'ils détiennent suffisamment de latitude pour réaliser leur travail suivant les stratégies informelles non issues de la formation initiale ou du PDSB (ce que l'auteur nomme « astuces » et « raccourcis », p. 242) qui leur semblent utiles.

Selon Berthelette, Bilodeau et Leduc (2008), des programmes de formation de type PDSB doivent prendre en compte le contexte réel et organisationnel de mise en œuvre, en raison de la complexité et de la résistance des milieux dans lesquels s'inscrit la formation. Il peut donc exister un décalage notable entre le programme implanté et le programme prescrit. En fait, la théorie sous-jacente du programme, c'est-à-dire son hypothèse d'action, peut poser un problème d'application du fait du contexte, et peut conduire à penser que l'intervention est malheureusement inefficace une fois l'évaluation réalisée, alors que c'est l'implantation qui est incomplète. Il faut donc s'interroger sur l'arrimage entre la formation et le contexte d'application. Cela est tout à fait en lien avec les analyses de Desmarais et Lortie (2011) qui mentionnent que la formation à elle seule n'a pas la capacité d'apporter tous les changements désirés chez les employés. Certains facteurs contextuels et organisationnels doivent être considérés pour l'application des savoirs appris, et notamment la capacité des organisations d'en faire un programme « permanent » (Santerre, 2016) visant à changer les habitudes de travail. Enfin, une autre étude réalisée en 2013 (Aubry et Couturier, 2014) par la présente équipe de recherche a permis de mettre de l'avant l'importance de considérer la réalité organisationnelle des PAB lors de l'implantation d'une formation, et notamment en ce qui a trait à l'enjeu crucial de l'intensification de la charge de travail. Même si la formation est pertinente à l'égard des problématiques vécues par les PAB, elle n'élimine pas le risque d'un retour à la routine organisationnelle, c'est-à-dire à la mise en œuvre de pratiques de travail non respectueuses des savoirs appris et l'usage accru des stratégies de régulation des temporalités utiles pour répondre aux prescriptions organisationnelles, mais sans considération pour le contenu de la formation.

2.3 Revue de la littérature sur les facteurs favorables à l'appropriation et l'application des savoirs issus des programmes de prévention des lésions professionnelles

Une revue de la littérature a été réalisée sur les conditions et facteurs favorables à l'appropriation et l'application des savoirs issus des programmes de prévention des lésions professionnelles visant les PAB et/ou les infirmières dans les hôpitaux et/ou les centres d'hébergement et de soins de longue durée. La littérature recensée ne considère pas l'application du PDSB proprement dite puisqu'il s'agit de publications internationales. Les articles traitent davantage de programmes similaires, développés principalement aux États-Unis et mis en œuvre pour réduire les maux de dos du personnel soignant qui manipule des résidents. Le terme de « personnel soignant » a été retenu pour identifier la population visée par les interventions de prévention. En effet, la littérature étudiée concerne soit le personnel infirmier, les infirmières auxiliaires et/ou les PAB, sans forcément que des clarifications soient mentionnées sur les professions ciblées précisément.

Quatre facteurs significatifs favorisant ou non la réussite de ces programmes ont été retenus, soit 1) la priorisation des enjeux de SST, 2) les enjeux organisationnels, 3) l'importance de la formation, du mentorat et du développement des compétences, 4) l'environnement de travail et la qualité de l'équipement. Trois conditions transversales sont également mentionnées, soit 1) mettre en place des programmes globaux et multidimensionnels, 2) développer des programmes partenariaux, 3) lier étroitement les programmes aux besoins et spécificités des contextes organisationnels – point recoupant clairement les aspects mentionnés dans la sous-section précédente.

2.3.1 Le rapport du PAB au résident : la difficile priorisation des enjeux de SST

Un premier facteur favorable au développement et à l'application des programmes de prévention des LP concerne l'importance pour les PAB de prioriser les enjeux SST par rapport, par exemple, au souci de la qualité des soins envers les résidents.

- Une connaissance limitée de la situation clinique des résidents

Tout d'abord, l'importance de réaliser fréquemment une évaluation correcte des besoins et de l'autonomie des résidents est fréquemment soulignée (Wardell, 2007), car elle facilite l'intervention selon Garg et Kapellusch (2012). Une bonne évaluation de l'autonomie fait en sorte que la manœuvre et la méthode de déplacement appropriées soient utilisées, permettant alors d'éviter les LP (Owen, Keene et Olson, 2002).

Les caractéristiques cliniques des résidents constituent un facteur important de l'application d'une intervention de prévention. Certaines d'entre elles peuvent même constituer des obstacles aux interventions (Engkvist, 2007). Les principales caractéristiques des résidents pouvant constituer des obstacles pour les soignants sont leur poids ou le fait que leur poids soit trop élevé pour l'équipement, mais également leur raideur, leur agressivité, leur manque de coopération ou bien la démence s'ils en sont atteints (Engkvist, 2007). Des auteurs montrent que les caractéristiques cliniques des résidents influencent en partie l'exécution de manœuvres

et l'utilisation des équipements de manutention (Schoenfisch *et al.*, 2011), ce qui en conséquence, agit sur la charge de travail physique.

- Mettre de l'avant la volonté des résidents même si elle comporte des risques pour la SST des préposés

Dans un même ordre d'idée, la littérature met en exergue les préoccupations liées aux préférences des résidents (Owen, Keene et Olson, 2002) ainsi que celles liées à leur sécurité (Garg et Kapellusch, 2012 p.16). Ces préoccupations peuvent constituer des facteurs influençant les pratiques ou les comportements des soignants dans l'application ou non des mesures préventives établies. Dans l'étude d'Owen, Keene et Olson (2002), l'idée selon laquelle le personnel soignant privilégie les besoins du résident au détriment de leur propre sécurité est mise en lumière. Les auteurs notent l'importance de sonder l'avis des résidents sur leur confort et leur sécurité pendant les tâches de manipulation effectuées avec ou sans équipements. En effet, le personnel soignant peut être réticent à utiliser ce type d'équipement, car il croit que les résidents vont parfois réagir négativement ou avec agressivité (Owen, Keene et Olson, 2002). Or, les résultats de l'étude mettent au contraire en évidence que les résidents se sentent plus à l'aise et plus en sécurité lorsque des dispositifs d'aide sont utilisés pour faciliter leurs déplacements (Owen, Keene et Olson, 2002). Wardell (2007) considère qu'après l'intervention, de nombreux membres du personnel soignant reprendront leurs anciennes habitudes, en priorisant à nouveau les besoins des résidents sans tenir compte de leur propre sécurité ou bien en favorisant la culture d'une unité de soins qui ne les encourage pas à utiliser les équipements ou à appliquer les manœuvres adéquates.

- La prévention de la SST et la culture relationnelle

Schoenfisch *et al.* (2011) montrent que la forte culture relationnelle des intervenants constitue une barrière à l'utilisation des équipements de manipulation. La valorisation de l'activité « prendre soin » du patient se fait au détriment de la SST des membres du personnel; les blessures étant considérées par certains intervenants comme « faisant partie du travail » (Schoenfisch *et al.*, 2011 p.6). Selon les mêmes auteurs, le recours à des équipements dépersonnaliserait les soins et encouragerait le personnel à travailler plus souvent en solo et sans matériel, ce qui est contradictoire avec la notion ancrée de travail d'équipe et certaines manœuvres spécifiques (Schoenfisch *et al.*, 2011). Il peut de fait exister un conflit de valeurs entre les principes de la prévention de la SST (qui valorise le travail d'équipe et l'usage de l'équipement) et les valeurs « relationnelles » mises de l'avant par les soignants. L'étude souligne ainsi la réticence de certains membres du personnel à utiliser les équipements au sein des unités de soins, et la difficulté à faire évoluer les mentalités associées à cet aspect culturel.

2.3.2 Des enjeux organisationnels cruciaux

Un second facteur influençant le développement et l'application des programmes de prévention des LP concerne les enjeux organisationnels vécus dans les établissements de santé, notamment le rythme et la charge de travail, la qualité de la collaboration interprofessionnelle et des relations hiérarchiques ainsi que le roulement de personnel.

- Rythme et charge de travail

Le rythme et la charge de travail sont des facteurs organisationnels cruciaux agissant sur l'efficacité du programme. Selon D'Arcy, Sasai et Stearn (2012), assurer un temps suffisant pour que les PAB complètent les activités de la vie quotidienne des résidents (manger, se laver, s'habiller), est l'un des facteurs majeurs favorisant la prévention des blessures liées au déplacement de personnes âgées dans les centres d'hébergement. Le rythme et la charge de travail sont en effet des obstacles à l'utilisation des équipements de manutention et aux manœuvres. À cet égard, des auteurs soulignent la prédominance d'un rythme de travail rapide des soins destinés aux résidents, une charge de travail exigeante et une difficulté à intégrer l'équipement dans les tâches de travail (Schoenfisch *et al.*, 2011). Certains participants de l'étude parlent d'un sentiment de pression et d'immédiateté pour expliquer le fait qu'ils ne peuvent utiliser les équipements adéquatement ou réaliser les manœuvres nécessaires (Schoenfisch *et al.*, 2011). En conséquence, la réduction d'obstacles pour effectuer le travail à temps et le fait de ne pas ressentir de pression temporelle trop forte pourraient permettre l'utilisation convenable de l'équipement servant à déplacer les personnes (Kurowski *et al.*, 2012) et à opérer des manœuvres.

- Collaboration interprofessionnelle et relations hiérarchiques

La qualité des relations interpersonnelles entre collègues, ainsi que celle des relations avec le supérieur immédiat influencent la mise en œuvre et l'adoption des pratiques de prévention. Tout d'abord, des études mettent en lumière l'influence du soutien de la hiérarchie directe en ce qui a trait à l'intervention de prévention. À cet égard, l'étude de Kurowski *et al.* (2012) montre qu'un soutien accru du superviseur immédiat est lié à une plus grande facilité d'application du programme (Kurowski *et al.*, 2012). Il est intéressant de constater que les chefs d'unité divergent d'opinion au regard de la promotion de l'utilisation des équipements de déplacement des résidents et de la réalisation des manœuvres préconisées par le programme (certains y étant favorables et d'autres non) (Schoenfisch *et al.*, 2011). Il est également question de l'importance du soutien des collègues et d'une bonne communication entre le personnel soignant (Engkvist, 2007). En effet, une meilleure communication entre les membres du personnel et le travail d'équipe pourraient engendrer un environnement de travail plus favorable à la SST, par la réduction de la charge de travail physique et la mise en œuvre des connaissances issues du programme (Kurowski *et al.*, 2012). Ainsi, un bon système de communication entre les membres du personnel soignant peut leur permettre d'être informés et d'appliquer des méthodes adéquates pour effectuer les tâches de déplacement (Owen, Keene et Olson, 2002). À cet égard, les infirmières devraient transmettre davantage aux PAB les informations liées à l'évaluation des résidents, afin de les guider dans l'utilisation de méthodes de manutention appropriées (Wardell, 2007).

Des articles scientifiques mettent en évidence l'importance du soutien et de l'encadrement offert par la direction et ses gestionnaires dans la mise en œuvre et la réussite des interventions. Le soutien des gestionnaires est fondamental afin d'implanter convenablement un programme et mettre en œuvre les pratiques prescrites (Powell-Cope *et al.*, 2014; Schoenfisch *et al.*, 2011). La coopération, l'engagement et le soutien visible de la gestion sont particulièrement importants (Garg et Kapellusch, 2012). À titre d'exemple, le soutien des parties prenantes pour acheter, entretenir et remplacer l'équipement permettrait d'assurer la pérennité du programme (Stevens *et al.*, 2013). Le soutien des gestionnaires doit être continu (Owen, Keene et Olson, 2002). À cet égard, Schoenfisch *et al.* (2011) soulignent que la communication et le suivi sont des

facteurs fondamentaux de la réussite de l'implantation. Ils ont constaté des incohérences de la part de certaines directions. Ainsi, les règles et réglementations peuvent différer dans un même hôpital (Schoenfisch *et al.*, 2011). La communication entre employeur et employés au sein de l'organisation est donc un facteur essentiel de la réussite de l'intervention, puisqu'en l'absence de la collaboration des gestionnaires, l'implantation du programme est compromise (Engkvist, 2007).

- Roulement du personnel

Des auteurs considèrent l'influence des facteurs de dotation et de roulement du personnel soignant sur les manœuvres de déplacement des résidents. La faible dotation et un fort taux de roulement du personnel soignant peuvent constituer un obstacle à l'utilisation des équipements de manipulation (Kurowski *et al.*, 2012; Schoenfisch *et al.*, 2011). Dans l'étude de Schoenfisch *et al.*, (2011), les participants estiment que le recrutement du personnel est insuffisant. Le personnel doit accomplir les tâches sous la pression exercée par l'organisation, former au besoin le personnel « volant », et travailler à un rythme intense, ce qui peut complexifier la mise en œuvre des manœuvres sécuritaires (Schoenfisch *et al.*, 2011). L'étude de Kurowski *et al.*, (2012) arrive aux mêmes conclusions. Les quarts de travail pour lesquels les effectifs sont insuffisants peuvent engendrer un manque de temps pour utiliser les équipements de déplacement ou compromettre une utilisation adéquate des équipements. En effet, les employés réguliers doivent examiner les procédures de soins de chaque patient, et le temps supplémentaire consacré au personnel temporaire peut entraîner une perte de temps pour faire les manœuvres correctement avec l'équipement approprié (Kurowski *et al.*, 2012 p.14). Il est convenu que le personnel temporaire est moins familier avec les besoins des résidents et l'utilisation des équipements, par rapport au personnel régulier. Un taux de roulement du personnel soignant élevé peut également mener à des lacunes en matière de formation continue et à une sous-utilisation ou mauvaise utilisation des manœuvres préconisées par la formation (Kurowski *et al.*, 2012 p.14). La formation continue est alors requise afin de s'assurer que le nouveau personnel est formé et qu'il sait utiliser de manière appropriée les techniques de transfert et les équipements (Kurowski et coll, 2012).

2.3.3 L'importance de la formation, du mentorat et de l'évaluation des compétences

Un troisième facteur joue un rôle en matière de développement et d'application des programmes de prévention des LP. Il concerne l'importance de la formation, de l'intégration en situation de travail, du mentorat et de l'évaluation des compétences.

- Une formation participative dès l'entrée en fonction et en situation de travail

La mise en œuvre de formations sur le plan des risques liés à la manutention sur le lieu de travail constitue un élément prépondérant de la réussite des programmes de prévention des TMS (D'Arcy, Sasai et Stearn, 2012). En effet, les connaissances et aptitudes influencent la réalisation adéquate des manœuvres et l'utilisation appropriée des équipements (Schoenfisch *et al.*, 2011). Le manque de formation sur les équipements est un obstacle à l'intervention (Garg et Kapellusch., 2012), ainsi que l'insuffisance du temps consenti pour effectuer la formation et la

difficulté de mettre en place la formation en raison d'un manque d'accompagnateurs lors des quarts de travail du personnel soignant (Schoenfisch *et al.*, 2011).

Wardell (2007) mentionne l'importance de l'information fournie aux travailleurs concernant l'apprentissage intensif des manœuvres et l'usage des équipements par le biais, par exemple, des jeux de rôle collectifs et l'évaluation participative des apprentissages. Parallèlement, Engkvist (2006) note l'efficacité de l'évaluation des compétences du personnel en emploi et la résolution de problèmes liés à des scénarios en milieu de travail. Mettre en place des séances de formation répétitives en donnant l'opportunité de discuter des problèmes et en s'entraînant aux déplacements, par exemple, permettrait d'éviter que le personnel ne revienne à ses anciennes habitudes (Engkvist, 2007). En effet, le personnel soignant doit utiliser les équipements sur une base régulière et disposer de formations de mise à niveau afin de se sentir apte à exécuter les manœuvres et à utiliser les équipements de façon appropriée (Schoenfisch *et al.*, 2011).

La formation des nouveaux employés est aussi cruciale, puisque l'enseignement sur les manœuvres de déplacement sécuritaire des résidents pendant la phase d'orientation des nouveaux employés est associé à une réduction des TMS d'après l'étude de Powell-Cope *et al.* (2014). Après être formés, les participants se sentiraient compétents sur la manière d'utiliser l'équipement (Wardell, 2007). Stevens *et al.* (2013) parlent aussi de l'importance de former les recrues, ainsi que de rafraîchir les connaissances du personnel de l'unité. Kurowski *et al.* (2012) notent la place centrale des travailleurs responsables du développement des compétences du personnel (pairs leaders) afin de fournir la formation en matière de déplacement sécuritaire des résidents aux nouveaux employés. Le constat est partagé par Powell-Cope *et al.* (2014) qui considèrent comme étant nécessaire de développer le programme dès l'intégration des recrues.

- Le rôle majeur des « pairs leaders » dans la transmission des savoirs et leur évaluation

Wardell (2007) rapporte qu'il est primordial de sélectionner des « superutilisateurs » (pairs leaders), recevant une formation supplémentaire afin de fournir des conseils aux autres soignants. Dans l'étude qualitative de Schoenfisch *et al.* (2011), des accompagnateurs sont présents au sein des unités afin d'enseigner au personnel l'utilisation sécuritaire des équipements, de les sensibiliser à la politique de manipulation des résidents. Une approche de formation des formateurs est aussi utilisée pour soutenir l'enseignement du personnel soignant. Stevens *et al.* (2013) mentionnent qu'en même temps que diminue le nombre de *pairs leaders* présents dans le cadre d'un programme, le nombre de blessures tend à augmenter après la mise en œuvre de l'intervention; il est donc nécessaire de conserver la présence de pairs leaders.

Des auteurs soulignent que l'accompagnement par les pairs influence la mise en œuvre et la réussite d'une intervention de prévention (Alamgir *et al.*, 2011; Stevens *et al.*, 2013). D'après Powell-Cope *et al.* (2014), l'efficacité des pairs leaders s'explique par le fait qu'ils font partie du groupe de travail visé par le programme de formation (Powell-Cope *et al.*, 2014). Quant aux avantages de la formation par les pairs, l'étude d'Alamgir *et al.* (2011) montre que plus de 90 % des employés interrogés pensent que le programme a accru leur sensibilisation à la sécurité et leur confiance dans l'utilisation des équipements d'aide (Alamgir *et al.*, 2011). Ils sont ainsi plus disposés à utiliser les équipements et prennent le temps de le faire correctement (Alamgir *et al.*,

2011). Du fait de leur rôle clé dans l'implantation du programme, la formation des pairs leaders eux-mêmes est essentielle (Powell-Cope *et al.*, 2014) afin de maintenir et de développer leur compétence (Stevens *et al.*, 2013).

2.3.4 Environnement et espaces de travail

Un quatrième facteur jouant un rôle quant à l'appropriation et l'application des programmes de prévention des lésions professionnelles concerne l'environnement de travail et l'équipement disponible.

- Disponibilité et accessibilité des équipements d'aide au déplacement des résidents

De nombreuses études notent l'importance des facteurs environnementaux dans la mise en œuvre des interventions de prévention liées au déplacement des résidents. D'après la littérature, la disponibilité des équipements de manutention et leur accessibilité dans les unités constituent un facteur influençant la réussite de l'intervention (Owen, Keene et Olson, 2002; Engkvist, 2006; Engkvist, 2007 ; Stevens *et al.*, 2013 ; Powell-Cope *et al.*, 2014). Ces facteurs jouent un rôle dans la survenue de blessures liées à la manutention des résidents (D'Arcy, Sasai et Stearn, 2012). Ainsi, les auteurs citent l'insuffisance des équipements et leur difficulté d'accès comme un obstacle à leur utilisation, ce qui rend difficile la mise en œuvre de l'intervention. Des auteurs soulignent également la situation fréquente lors de laquelle des équipements sont présents et utilisables dans certaines unités, mais pas dans l'ensemble de l'établissement (Garg et Kapellusch, 2012), ou ils sont en nombre insuffisant (Alamgir *et al.*, 2011), ou encore ils ne sont pas disponibles du fait de leur utilisation par un collègue (Wardell, 2007).

De plus, on note l'importance de fournir les équipements d'aide aux déplacements appropriés, entretenus et disponibles en tout temps. Dans une intervention observée par Engkvist (2006), les équipements sont achetés en fonction des besoins évalués dans chaque service de l'établissement. Selon Kurowski *et al.*, (2012), la présence d'un équipement approprié est directement liée à la fréquence de leur utilisation pendant le déplacement des résidents. À titre d'exemple, dans l'étude de Wardell (2007), près des deux tiers (64 %) des répondants de l'étude indiquent ne pas utiliser les équipements pour les tâches de repositionnement du patient, car ceux-ci étaient jugés inappropriés.

- Enjeux de l'usage des équipements et de l'espace de travail nécessaire à leur utilisation

La maintenance des équipements d'aide est aussi essentielle. Il est en effet fondamental que l'équipement fonctionne correctement afin de favoriser son utilisation. Dans l'étude d'Alamgir *et al.* (2011), les participants citent le mauvais fonctionnement des lève-personnes sur rail au plafond comme un obstacle à leur utilisation. Ainsi, d'après Stevens *et al.* (2013), le programme de prévention nécessite la présence d'un équipement de pointe et son entretien. La surveillance de la conformité des équipements constituerait un élément facilitateur de l'intervention (Garg et Kapellusch, 2012).

On constate que le temps nécessaire pour l'utilisation des équipements est un facteur central. Ainsi, le temps imparti pour aller chercher l'équipement, le préparer, l'utiliser et le remettre à sa

place influence leur utilisation (Engkvist, 2007; Schoenfisch *et al.*, 2011), des membres du personnel soignant pouvant considérer que ne pas l'utiliser résulterait en un gain de temps (Schoenfisch *et al.*, 2011). En effet, les déplacements avec équipement requièrent plus de temps, selon Garg et Kapellusch (2012). À titre d'exemple, dans l'étude d'Alamgir *et al.* (2011), environ 30 % du personnel considère que l'usage des lève-personnes sur rail au plafond nécessite trop de temps en raison du fait que le personnel soignant doit souvent attendre la présence d'un collègue afin de procéder. Dans l'étude de Wardell (2007), 29 % du personnel déclare ne pas utiliser l'équipement en raison du temps qu'il nécessite pour être sécurisé. Il est donc important que le programme mis en œuvre soit fortement soutenu par la direction pour que le personnel ne se sente pas sous la contrainte du temps en utilisant les équipements (Engkvist, 2007).

Enfin, des auteurs tels que Engkvist (2006) considèrent la nécessité d'espaces de travail suffisants pour l'utilisation des équipements d'aide, le manque d'espace contribuant aux blessures au dos. En particulier, l'agencement de l'unité et des chambres peut rendre difficile l'utilisation des équipements et occasionner des pertes de temps aux soignants. Dans les unités de soins intensifs, l'équipement d'aide aux déplacements est difficile à utiliser avec la présence des objets, du matériel et des personnes entourant le patient (Schoenfisch *et al.*, 2011).

2.3.5 La mise en place de programmes multidimensionnels, partenariaux et liés étroitement aux contextes organisationnels

- Pour un programme multidimensionnel incluant l'ensemble des étapes du programme

La littérature montre l'intérêt et l'efficacité des approches multidimensionnelles liées à l'organisation du travail, à la connaissance du résident par le travailleur, à la formation et à l'environnement de travail. Plusieurs articles précisent que le programme doit être développé en considérant l'ensemble du processus, soit de la construction théorique du programme jusqu'à son application auprès des travailleurs, en passant par l'achat d'équipements, la formation et la prise en compte des données pragmatiques et contextuelles. Powell-Cope *et al.* (2014), dans le cadre d'une étude portant sur un programme de déplacement sécuritaire des résidents (SPHM : *Safe Patient Handling and Movement*) qui permet de réduire les TMS chez les infirmières de centres hospitaliers, notent l'importance d'un tel programme multidimensionnel intégrant notamment l'achat de l'équipement, la formation et l'évaluation des compétences. Wardell (2007), qui évalua l'efficacité du programme SPHM, confirme cette idée.

- Porter une approche participative

La participation des intervenants au développement et à l'implantation du programme est une condition clef de son succès, et ce, préférablement à une intervention « classique » essentiellement axée sur la formation du personnel. Owen, Keene et Olson (2002) notent que l'ensemble de l'équipe de travail, des gestionnaires cliniques aux PAB, doivent avoir reçu une telle formation. Des auteurs mettent en évidence l'implication du personnel soignant en tant que facilitateur de l'intervention. L'approche participative de l'intervention sollicite une implication dans l'essai, la sélection et l'achat des équipements (Engkvist, 2006 ; Garg et Kapellusch, 2012). Cette approche permet au personnel de bénéficier d'une latitude décisionnelle (Engkvist, 2006) favorable à l'intervention. De manière plus générale, la participation des représentants de

différents services à l'intervention de prévention favoriserait une plus grande sensibilisation collective à la SST (Garg et Kapellusch, 2012).

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 qui sollicite la collaboration des employés tout au long du processus. L'accent est mis sur l'engagement de la direction, ainsi que la décision des équipes de choisir et d'acheter les équipements spécifiques. Stevens *et al.* (2013) précisent l'importance de la phase durant laquelle le personnel est sensibilisé aux problèmes; les rôles et responsabilités de chaque partie prenante du projet sont clairement déterminés, afin de susciter la participation de chacun des travailleurs. Engkvist (2007) mentionne que les programmes sont plus efficaces lorsque l'approche est globale et participative, qu'elle inclut le personnel de tous les niveaux hiérarchiques et qu'elle bénéficie d'un soutien autant de la part de la direction que de celle du syndicat.

- Un ancrage réaliste dans les milieux pour prendre en compte les besoins contextuels

Lors de la mise en œuvre d'une intervention, Schoenfisch *et al.* (2011) notent qu'il est essentiel de prendre en compte les changements dans le temps et les différences existantes entre les établissements et les unités d'une même institution. Le processus d'adoption des savoirs issus des programmes est complexe, car de nombreux facteurs sont en jeu, et des différences importantes sont observables selon les hôpitaux, entre les unités d'un même hôpital, et selon les groupes de personnel de soins. Ainsi, les auteurs constatent que, dans certaines unités, le personnel utilise les équipements de manière régulière, tandis que dans d'autres unités, le personnel n'a pas intégré les équipements dans la routine de travail. Il est donc fondamental d'avoir accès aux informations relatives au contexte organisationnel et des aspects socioculturels du travail, afin de bien comprendre la mise en œuvre et l'adoption des interventions liées aux manœuvres de déplacement des résidents.

Pour sa part, Wardell (2007) rapporte l'importance de cibler les organisations et les unités dans lesquelles les taux de fréquence des blessures et des TMS sont élevés, et qui nécessitent en priorité de tels investissements de formation. Owen, Keene et Olson (2002) et Engkvist (2006), par exemple, précisent l'utilité de sélectionner les équipements selon les besoins du milieu. De manière générale, les facteurs organisationnels tels que le niveau de complexité des établissements (défini sur la base des caractéristiques des résidents, de l'offre des services cliniques, de la taille des établissements, etc.), influencent la mise en œuvre de l'intervention (Powell-Cope *et al.*, 2014).

La figure 2 résume l'ensemble des points mentionnés dans cette partie de recension de la littérature.

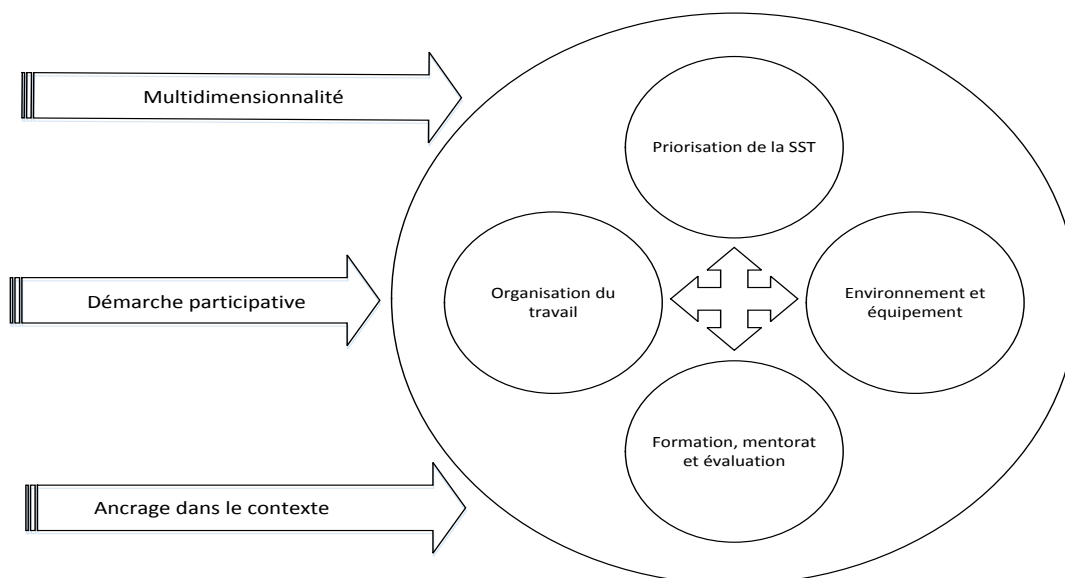


Figure 2 - Facteurs majeurs favorisant l'appropriation et l'application de formations visant la santé et sécurité des travailleurs de type « PAB »

3. OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'**objectif général** de l'étude est de comprendre si les stratégies de régulation des temporalités créées et utilisées par les PAB contraignent l'appropriation et l'application des principes du déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB), principalement par les PAB les moins expérimentés. L'hypothèse selon laquelle il existe effectivement une forte relation d'influence, et que ces stratégies sont principalement la conséquence de balises temporelles imposées par l'équipe de soins (infirmières, infirmières auxiliaires, etc.) et par les autres secteurs du CHSLD (loisirs, alimentation, etc.) est ici formulée.

L'objectif n'est pas d'évaluer l'efficacité du PDSB et ni de déterminer le modèle logique du programme pour en démontrer la théorie sous-jacente, comme le font Berthelette et Desnoyers (2009) dans un autre contexte. Il ne consiste pas à étudier l'écart entre le programme tel qu'il a été pensé et conceptualisé et le programme tel qu'il a été appliqué. L'objet de l'étude n'est pas non plus de préparer une future évaluation d'efficacité (Berthelette, 2002) pas plus que les auteurs ne souhaitent décrire le processus d'implantation des programmes dans les sites étudiés.

L'objectif se situe plutôt dans l'identification des obstacles vécus par les PAB pour mettre en œuvre le PDSB, et dans le croisement et la comparaison des points de vue des acteurs clés sur les conditions d'appropriation et d'application des principes généraux du programme.

Le **premier sous-objectif** est de déterminer en quoi les balises temporelles conditionnent les rythmes de travail des PAB, et de démontrer le rôle de l'équipe des soins (infirmières, infirmières auxiliaires, autres professionnels tels qu'ergothérapeutes ou physiothérapeutes) dans la construction de ces balises.

Un **second sous-objectif** consiste à reconnaître les stratégies de régulation des temporalités développées par les PAB, et quelle place elles prennent par rapport aux savoirs issus de la formation PDSB.

Un **troisième sous-objectif** est d'établir quels sont les facteurs contextuels relatifs notamment à l'organisation du travail, à l'environnement de travail, au processus de formation, etc. qui influencent l'appropriation et l'application du PDSB par les PAB peu expérimentés.

4. MÉTHODOLOGIE

Cette section présente les choix méthodologiques qui ont conduit à la réalisation du projet de recherche. Puisqu'il s'agit d'une étude qualitative composée de plusieurs méthodes, chacune d'entre elles sera présentée en décrivant leurs interactions et le caractère heuristique de leur combinaison.

4.1 Milieux d'étude et perspective méthodologique

La présente étude s'est déroulée dans trois centres de santé et de services sociaux (CSSS) différents, soit un à Montréal, un en périphérie de la métropole et un en une région plus éloignée. Ces trois CSSS sont devenus CISSS et CIUSSS en 2015. Dans chacun des contextes, cette étude s'est déroulée dans un seul CHSLD choisi par les gestionnaires administratifs et les gestionnaires cliniques des CISSS/CIUSSS. Ces trois centres furent partenaires du projet dès son départ. La participation de ces CISSS/CIUSSS a été décidée sur une base volontaire, conditionnée par l'intérêt des milieux pour l'objet d'étude. *A priori*, le projet ne consistait pas à réaliser une comparaison exhaustive des trois milieux, mais plutôt d'enrichir l'analyse en tirant un maximum d'informations des sites à l'étude.

Le projet a été réalisé dans le cadre d'unités gériatriques comparables en termes de clientèle, mais non spécifiques (aucune observation, par exemple, n'a été faite dans les milieux prothétiques).

Cette étude est basée sur le choix d'un devis qualitatif, dans une perspective compréhensive. Le choix de ce type de devis repose sur les objectifs inhérents au projet de recherche. Il ne s'agissait pas de tester des indicateurs en vue de comprendre leur incidence sur l'appropriation et l'application de la formation PDSB (ce qui aurait nécessité un devis quantitatif), mais plutôt de comprendre l'interrelation des facteurs entravant ou facilitant ces dynamiques. L'objectif était d'identifier localement ces facteurs, comprendre la complexité et la spécificité des relations avec l'environnement de travail par le biais d'observations et d'autoconfrontations simples, et de recueillir le point de vue des différents acteurs professionnels sur ces facteurs et cette complexité grâce à des entrevues semi-dirigées.

Les détails des trois méthodes utilisées dans le cadre de ce projet, soit les entrevues semi-dirigées, les observations, ainsi que les autoconfrontations simples sont présentées ci-dessous. Ces trois méthodes ont été précédées par une phase exploratoire dans le projet

4.1.1 Phase exploratoire

Cette phase avait pour objectifs :

- 1) D'explorer les éléments de variabilité des situations de travail pouvant influencer le développement de stratégies de régulation temporelle dans un dialogue avec les conseillers de l'ASSTSAS et en se basant sur les premiers résultats de la revue de la littérature;
- 2) De familiariser les professionnelles de recherche qui allaient effectuer les observations avec la formation PDSB et sa mobilisation lors des soins par les PAB;

- 3) De recueillir des premiers éléments contextuels à chacun des terrains.

Les activités réalisées furent de quatre types :

1. Lecture et analyse de la documentation disponible sur le programme (livret de formation, vulgarisation des « bons coups » produits par l'ASSTSAS, guides techniques);
2. Sensibilisation pratique des chercheurs à l'approche : 0.5 jour passé avec deux maîtres formateurs de l'ASSTSAS ; utilisation des vidéos de démonstration afin de s'entraîner à l'observation; détermination des principaux observables intéressants;
3. Entrevues avec deux conseillers de l'ASSTSAS affectés aux centres dans lesquels s'est déroulée la recherche;
4. Une journée d'observation-test dans un établissement du réseau de soins avec un maître formateur de l'ASSTSAS, suivie d'une demi-journée de discussion dans le laboratoire de formation de notre partenaire.

Ce dernier point a été crucial : en effet, ces observations devaient nous permettre d'étudier l'activité déployée par les PAB, de tester différents outils de prise de notes durant les observations (grille vs notes libres dans un cahier) ainsi que notre capacité à relever les principaux observables pertinents. Cette journée de mise en situation d'observations a montré l'intérêt que les professionnelles de recherche soient formées à l'approche de façon plus approfondie, étant donné la rapidité de la prise de notes durant les soins et la technicité des éléments à observer. Nous avons aussi fait le choix par la suite d'utiliser une prise de notes libres codées rapidement après les observations dans les cahiers de notes⁵ puis retranscrites dans les chroniques de quart plutôt qu'une grille utilisée *in situ*, jugée trop contraignante à utiliser dans le temps des soins.

Par ailleurs cette phase a permis de poser des hypothèses, avant d'entrer sur le terrain, quant aux éléments pouvant exercer une influence sur les compromis réalisés par les PAB lors des déplacements des bénéficiaires et que nous devions nous assurer de documenter lors des observations.

4.1.2 Méthodes utilisées : l'entrevue semi-dirigée

- Le choix des entrevues semi-dirigées : accéder au point de vue des acteurs

Les entrevues ont été menées de façon à recueillir le point de vue de différents intervenants dans les CHSLD de CISSS/CIUSSS sur l'appropriation et l'application du PDSB par les PAB. De ce fait, 22 entrevues semi-dirigées ont été effectuées avec plusieurs intervenants et gestionnaires. Les entrevues permettent de prendre en considération le sens que donnent les intervenants à l'objet de recherche. Elles sont particulièrement utiles lorsque *l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent* (Blanchet et Gotman, 2001, p.27). Le choix de retenir des entrevues de type « semi-dirigées » a permis de combiner *une attitude*

⁵ Pour le codage, voir le document en annexe D, chronique de quart, où l'on retrouve le codage des activités tel qu'utilisé

non directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et un projet directif pour obtenir des informations de points définis à l'avance » (Berthier, 1998, p. 57).

Ce choix méthodologique fut fécond à plus d'un titre. D'une part, il a permis d'obtenir le point de vue de PAB et d'autres acteurs clés sur l'appropriation et l'application du PDSB, sans les contraindre à fournir des réponses préétablies, mais en leur permettant de transmettre des informations peu connues ou méconnues de l'équipe de recherche. D'autre part, le fait d'interroger plusieurs types de gestionnaires et personnels ayant chacun une perception particulière des enjeux de l'appropriation et l'application du PDSB a enrichi l'analyse.

- Échantillonnage

L'échantillon sélectionné pour les entrevues semi-dirigées⁶ était composé de 3 gestionnaires en ressources humaines, détenant une responsabilité en santé et sécurité du travail, soit un par site; gestionnaires cliniques, chefs d'unité de vie, soit un pour deux sites, et deux pour un site; 6 infirmières, incluant des infirmières auxiliaires, chefs d'équipe ou assistants du supérieur immédiat (ASI), soit deux par site; 3 représentants syndicaux dans les CISSS/CIUSSS, qui assumaient également des responsabilités de PAB, soit 1 par site; et 6 PAB, soit deux par sites.

Un nombre égal de personnes liées à chacune de ces catégories professionnelles a été sélectionné; elles semblaient toutes aptes à transmettre des informations pertinentes sur le sujet étudié, et ce, à partir de points de vue différents mais complémentaires. L'équipe de recherche a recueilli les commentaires des infirmières, infirmières auxiliaires et PAB travaillant autant sur le quart de jour que celui du soir. La saturation de la variable *nombre de participants* n'était pas recherchée. L'équipe cherchait plutôt à obtenir un maximum de points de vue sur le sujet, et à confronter ces points de vue divers afin d'établir les divergences et convergences d'opinions.

- Thèmes des entrevues

La grille d'entrevue⁷ qui a été utilisée s'articulait autour de 4 axes majeurs, soit : 1) la perception des acteurs quant à la capacité des PAB, principalement ceux qui étaient peu expérimentés, à s'approprier et à appliquer le programme PDSB; 2) la nature des rythmes de travail que les PAB doivent respecter quotidiennement et les processus par lesquels ces rythmes sont créés et appris; 3) une description des situations complexes dans lesquelles les PAB doivent composer entre le rythme de travail et le respect des savoirs issus du PDSB; 4) les éléments contextuels relatifs à l'organisation du travail, la formation, l'environnement de travail et la relation avec le résident qui favorisent ou contraignent l'usage des savoirs issus du PDSB par les PAB.

4.1.3 Méthodes utilisées : l'observation

- Le choix des observations : accéder au travail réel des PAB

L'ensemble du processus d'observation consistait à ce que deux professionnelles de recherche en ergonomie puissent suivre un PAB peu expérimenté afin de connaître et de décrire son

⁶ L'annexe A présente le descriptif complet des personnes interrogées dans le cadre des entrevues.

⁷ Les grilles d'entrevue se trouvent dans les annexes B et C.

travail réel. Cette méthode fut particulièrement efficace pour comprendre comment les PAB tentent de mettre en œuvre le PDSB, et pour reconnaître les facteurs contraignant ou facilitant son application. Pour cela, un document de « chronique de quart⁸ » fut rempli pour chacune des phases d'observation. Ce document visait à établir le processus de l'activité de travail, et les éléments favorisant ou contraignant sa mise en œuvre et aussi à recueillir le cas échéant les verbalisations des participants au cours du soin ou pas la suite. Il a été complété le cas échéant par des descriptions plus fines de certains soins plus particulièrement intéressants à détailler au regard de l'usage du PDSB et de la compréhension des déterminants de cette utilisation.

L'observation permet d'éclairer le déroulement des activités de travail, et notamment de saisir empiriquement la manière dont les personnes s'orientent dans les situations et les ressources dont elles disposent pour le faire au fil de leur activité. Il est à noter que l'observation dans les institutions hospitalières est une méthode particulièrement féconde *pour l'étude directe des milieux très réglementés, fortement institutionnalisés (...) qui souhaitent présenter au monde extérieur l'image sociale d'une organisation stricte* (Peretz, 2004, p.21). C'est le cas des CHSLD, pour lesquels l'ensemble des acteurs professionnels, pour des raisons diverses, présentent en entrevues une image différente.

Dans le cas des PAB, l'observation est particulièrement pertinente puisqu'elle permet de braquer les projecteurs sur leur pratique professionnelle souvent jugée « invisible » (Arborio, 2001) et de mieux comprendre l'écart entre le travail prescrit et le travail réel. Comme le mentionnent Arborio et Fournier (1999, p. 17), l'observation :

Éclaire le rôle des agents de service, aides-soignants⁹ et infirmiers [...], elle analyse le contenu réel du travail en marge des règles qui le prescrivent là où on est tenté de s'en tenir à ces règles, plus faciles à repérer; elle dépasse le discours des acteurs qui n'ont pas forcément conscience de ces écarts.

Étant donné que les observations ne donnent accès qu'aux comportements des personnes qui en font l'objet, l'équipe de recherche a questionné les personnes au cours de l'action ou juste après celle-ci (entre deux soins par exemple) pour valider ou expliciter certains points spécifiques relevés au cours de l'observation et identifier, le cas échéant, des stratégies élaborées consciemment par les PAB. Par ailleurs, l'ensemble des données en lien avec le déroulement des observations ont été colligées dans un journal de bord, inspiré par une recherche préalable en CHSLD (Bellemare *et al.*, 2014) et qui permet d'enregistrer le maximum d'informations contextuelles et notamment d'y intégrer les difficultés rencontrées durant l'observation ou les commentaires *in situ* des observateurs quant à ce qui a été observé.

- Échantillonnage

Quatre-vingt-onze heures d'observations directes non participantes, soit 34 heures pour le terrain A, 36 heures pour le terrain B, et 21 heures pour le terrain C, réparties sur des quarts de

⁸ La chronique de quart est en annexe D.

⁹ Titre d'emploi équivalent, en France, des PAB.

jour et de soir. Ce sont les PAB peu expérimentés¹⁰ qui ont fait l'objet d'un suivi, soit cinq pour le centre A, quatre pour le terrain B et six pour le centre C, pour un total de 15 PAB, et ce, pour une période allant de 2 à 4 heures environ lors de chaque période d'observation. L'unité d'observation se concentrait sur une unité de soins dans laquelle travaille le PAB participant à l'étude. Les observations ont été réalisées dans 9 unités au total. À chaque fois, une professionnelle de recherche était présente pour suivre le PAB lorsqu'il exécutait son activité de travail.

Le nombre d'heures d'observation consacrées aux terrains A et B était semblable. Le nombre inférieur d'heures d'observation réalisée pour le terrain C s'explique par l'effet de saturation produit. Aussi, dans le terrain C, des PAB plus expérimentés que sur les terrains A et B ont été suivis, toutes détenant moins de deux ans d'expérience dans l'établissement et ayant suivi la formation PDSB à l'intérieur des trois dernières années.

- Axes privilégiés pour l'observation

La phase d'observation devait permettre de couvrir trois thématiques

- 1) La description du déroulement et des situations quotidiennes de travail, et plus particulièrement des situations critiques sur le plan de la SST lors desquelles sont utilisés (ou non) les savoirs issus du PDSB (tels que la proximité avec le résident, l'usage des lève-personnes, etc.). Concernant l'application des principes du PDSB, nous avons tenu en compte les éléments du PPPM (préparation, prise, posture et mouvement) inclus dans la formation PDSB (ASSTSAS, 2009) comme unité d'observation de base et tous ces éléments ajoutés à la communication vers le résident et entre les préposés.
- 2) L'identification des facteurs contextuels qui conditionnent l'usage des savoirs issus de la formation PDSB et des rythmes de travail (environnement physique de travail, structure de l'équipe de travail, normes horaires relatives aux animations des résidents, aux visites médicales, etc.). Ces déterminants de l'activité sont colligés lors de la description des situations de soins, en se basant sur le modèle de la situation de travail (St Vincent *et al.*, 2011) ou dans la description du contexte du quart de travail observé.
- 3) La description des processus d'apprentissage des savoirs relatifs aux rythmes de travail collectif (les conseils ou directives données verbalement par un membre de l'équipe de travail, comme l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire).

4.1.4 Méthodes utilisées : l'autoconfrontation simple

Enfin, 6 entrevues ont été réalisées avec des PAB lors d'autoconfrontations simples. Il s'agit d'une méthode de co-analyse issue de discussions entre chercheurs et acteurs (Clot, Faïta, Fernandez et Scheller, 2001). Classiquement utilisée grâce aux visionnements d'enregistrements vidéo de pratiques professionnelles, elle a pour objectif d'exposer au sujet sa propre pratique de travail, afin de faciliter les échanges de points de vue sur ce qui a pu être fait

¹⁰ Une présentation plus précise des caractéristiques des PAB rencontrés lors des observations figure à l'annexe E, ainsi qu'un tableau présentant la répartition des observations par terrains.

(activité) et ce qui n'a pu l'être (activité empêchée, par exemple). L'acteur exprime ce qu'il a fait, ce qu'il aurait pu faire et ce qu'il n'a pas fait, et le chercheur peut ainsi découvrir comment l'acteur tente de concilier la tâche prescrite et la réalité organisationnelle. Il s'agit d'une méthodologie d'analyse du travail qui prend la forme d'une activité réflexive de l'acteur sur ses propres tâches.

Une période d'autoconfrontation d'une durée minimale de 60 minutes a été consacrée à la fin de 6 périodes d'observation afin d'enrichir la compréhension du déroulement de l'activité. Le matériel vidéo n'a pas été utilisé, car dans certains milieux tels que les CHSLD, il s'avère extrêmement difficile de filmer le travail ou de prendre des photos, étant donné que les soins se déroulent en contexte de nudité et auprès de personnes âgées parfois inaptes, légalement, à donner leur consentement à la recherche. Comme lors d'un projet de recherche se déroulant aussi en CHSLD (Bellemare *et al.*, 2014), nous nous sommes basés sur les chroniques de quart réalisées afin de dégager des thématiques discutées lors des autoconfrontations. Nous avons utilisé certains événements spécifiques des quarts de travail observés afin de replonger les PAB dans le travail effectué ce jour-là.

Des échanges ont eu lieu avec les PAB pour discuter de leur activité telle qu'elle a pu être observée, et déterminer les raisons pour lesquelles certaines autres activités n'ont pu être réalisées dans le même contexte de pratique, ou pour approfondir ou valider certaines thématiques identifiées lors des observations préalables. Seuls 6 PAB ont été vus en autoconfrontations, du fait du temps limité pour l'étude. Le choix des PAB s'est fait selon deux critères : 1) Leur intérêt à participer à cette étape supplémentaire de la recherche, et 2) la variabilité des situations rencontrées lors des observations et l'existence de situations durant lesquelles les PAB semblaient avoir fait des compromis entre la SST et les impératifs de productivité. Notons que, pour les autoconfrontations, l'équipe de recherche n'a pas utilisé de grille d'entrevue identique pour chacune d'elle, mais elle a eu recours au travail d'analyse des observations précédemment réalisées pour extraire les situations qui furent discutées par la suite. Cet exercice préalable permet d'effectuer une analyse coconstruite des situations de travail déjà réalisée par le travailleur et le chercheur.

4.2 Processus de recrutement

Le recrutement des PAB, infirmières auxiliaires et infirmières a été effectué par le chercheur principal. Celui-ci a informé les gestionnaires administratifs des CISSS/CIUSSS de la réalisation de l'étude, notamment les directions générales et les directions de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). Ce sont ces personnes qui ont proposé aux autres gestionnaires administratifs (ressources humaines) et cliniques (chefs d'unité de vie) de participer à l'étude. Puis, les gestionnaires cliniques ont proposé aux infirmières, membres du syndicat et PAB de s'investir dans le projet, de manière volontaire. L'organisation des observations et des entrevues a donc reçu l'aval de l'ensemble des membres de l'équipe de travail.

4.3 Analyse de données

4.3.1 Triangulation de l'analyse de données

Les données des observations, des entrevues et des autoconfrontations ont été retranscrites sous forme d'un compte rendu *in extenso*. Par la suite, les trois types de données ont fait l'objet d'une analyse triangulée, afin de comparer l'ensemble des résultats en prenant en considération leur source méthodologique (figure 3).

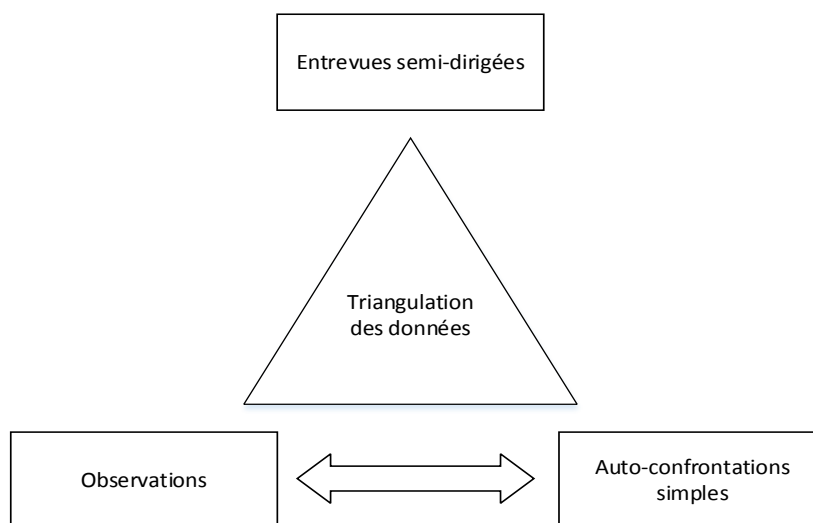


Figure 3 - Triangulation des méthodes

4.3.2 Processus de l'analyse de données

Pour les entrevues, le codage des données a débuté dès la période de collecte, dans une perspective itérative, telle que proposée par Miles et Huberman (2003). Il s'agissait ainsi de réaliser une analyse thématique des différents éléments d'information issus des entrevues, à partir des thèmes des grilles d'entrevues. Peretz (2004, p.14) note que « l'objectif final de l'observation est de trouver une signification sociologique aux données recueillies, de les classer et de mesurer leur degré de généralité ». L'analyse thématique, pour les entrevues comme pour les observations, a permis de développer la classification des thèmes.

Pour les observations, les questionnements en cours d'action et autoconfrontations, l'analyse a débuté dès la période d'observations; elle s'est faite lors de la rédaction des chroniques de quart et de soins détaillés, qui ont mis en évidence les récurrences dans les pratiques des PAB. Chaque chronique prévoyait des espaces de commentaires et d'analyse pour l'observateur, permettant ainsi de bâtir peu à peu la réflexion à chaque rédaction de chronique. Chacune d'elle a été systématiquement relue par les deux ergonomes et a contribué aux échanges préalables avant chacune des séances sur le terrain pour ajuster observations et prises de notes. Il est utile de noter que l'analyse des données issues de ces méthodes prend du sens uniquement lorsqu'elles sont comparées entre elles (Clot, Faïta, Fernandez et Scheller, 2001).

De fait, le codage des données et leur analyse thématique se sont déroulés conjointement pour les deux méthodes.

L'organisation de l'analyse des données s'est faite selon le modèle de la situation de travail (St Vincent *et al.*, 2011), auquel a été rajoutée une dimension développementale (Falzon, 2013). Nous avons compilé dans un document :

- Ce qui relevait d'éléments en lien avec le travail des PAB, à savoir des principes d'organisation généraux, les types de régulations observés, les interruptions, attentes et imprévus;
- Ce qui relevait de l'analyse de l'activité en elle-même, en particulier des comportements, communications, stratégies de protection ou temporelles en lien avec l'utilisation du PDSB, ainsi que les variabilités observées;
- Ce qui relevait des déterminants de l'activité, à savoir plus particulièrement l'organisation du travail, l'environnement et les équipements, l'influence du collectif;
- Ce qui relevait, enfin d'une perspective dynamique (développementale) sur l'évolution de l'appropriation de l'utilisation du PDSB dans le temps.

Les entrevues ont d'abord été analysées, suivies des observations et des autoconfrontations, pour enfin combiner les analyses, dans le cadre d'une triangulation des données. Pour l'ensemble des méthodes, puisque la thématique demeure peu étudiée, l'équipe de recherche s'est inspirée de la théorisation ancrée (Strauss et Corbin, 2003), en restant ouverte à des contenus d'entrevues ou d'observations non liés à un thème déterminé par les grilles, pour construire de nouveaux thèmes spécifiques, dans l'optique d'une catégorisation mixte (catégories prédéterminées auxquelles s'ajoutent des catégories introduites en cours d'analyse). Cela permet la généralisation de l'analyse par la découverte de grandes catégories qui seront présentées sous forme de thèmes généraux dans la section « Résultats » de l'étude.

Le codage progressif des données a été le moyen retenu. Ses cinq étapes introduites par Fortin et Gagnon (2016, p. 371), sont : 1) le codage des données et l'élaboration des catégories; 2) l'analyse des données par comparaison constante, 3) l'échantillonnage théorique (le développement des catégories par des données issues du terrain); 4) la découverte des catégories centrales; 5) l'élaboration de la théorie. La section « Résultats » du rapport présente les différentes catégories centrales (ou thèmes) ainsi que la théorie élaborée à partir de ces thèmes. Des données brutes (extraits d'entrevue ou comptes rendus d'observations ou d'autoconfrontations simples) seront utilisées pour illustrer le propos.

4.4 Limites méthodologiques

Le projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique d'un CISSS/CIUSSS. Quelques limites éthiques et méthodologiques peuvent être néanmoins notées :

- L'étude a été réalisée avant, pendant et après l'adoption de la [Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales](#) (projet de loi n° 10). La réorganisation

des services et des directions que cette loi a provoquée n'a pas mis un terme à cette étude, quoi qu'elle ait retardé l'organisation de quelques entrevues, notamment avec des gestionnaires administratifs (ressources humaines) et cliniques (chefs d'unité de vie). De plus, après l'adoption du projet de loi, plusieurs gestionnaires administratifs ont présenté leurs tâches en fonction d'un territoire régional (CISSS ou CIUSSS) plutôt que local (CSSS).

- Une planification des observations est nécessaire; or, l'équipe de recherche a dû recruter des PAB certes peu expérimentés, mais qui étaient toutefois gérés par les gestionnaires des unités. Dans les faits, les PAB de moins d'un an d'ancienneté sont le plus souvent amenés à travailler sur appel dans les CISSS/CIUSSS et leurs affectations ne sont pas gérées par les gestionnaires d'unités. Les PAB observés avaient donc de plusieurs mois à plusieurs années d'ancienneté dans l'établissement.
- Enfin, bien qu'ayant obtenu l'accord du comité d'éthique, il n'a pas toujours été possible d'observer les scènes d'hygiène si les résidents étaient nus, en fonction des sensibilités propres aux cultures de chaque unité. Dans certains cas, l'équipe de recherche n'a pu pénétrer dans la chambre du résident, ce qui a limité la capacité de réaliser les observations, alors même que les pratiques des PAB en matière de soins d'hygiène exigent de se livrer à des manœuvres importantes.

5. RÉSULTATS

Cette section présente les résultats de l'étude qui reposent sur les informations recueillies lors des entrevues, des observations et d'autoconfrontations. Nous spécifions tout d'abord les caractéristiques des personnes interrogées et observées ainsi que des éléments généraux sur les pics d'activité observées. Puis nous présentons les résultats en les structurant autour de cinq thèmes généraux catégorisés à partir des données d'entrevues et d'observations : 1) les résultats généraux sur les enjeux de SST et le PDSB, 2) la routine et les balises temporelles, 3) les stratégies, régulations de l'activité et collaborations, 4) les enjeux d'intégration des PAB et la formation, 5) les environnements de travail, espaces et équipements.

Pour chacun des thèmes, les résultats issus des entrevues seront d'abord exposés en distinguant les réponses apportées par a) les PAB, b) les agents syndicaux, c) les infirmières et infirmières auxiliaires, d) les chefs d'unités de vie, e) les gestionnaires administratifs. Puis, les résultats des observations et autoconfrontations seront présentés en identifiant certains thèmes majeurs distincts.

5.1 Présentation des personnes observées et interrogées

- Préposé aux bénéficiaires (PAB)

Six PAB ont été interrogés, soit deux par sites. Il s'agissait de quatre femmes et de deux hommes, qui étaient âgés de plus de 48 ans, et détenaient un poste régulier (temps complet). Deux d'entre eux travaillent sur un quart de soir, et quatre sur un quart de jour. Mis à part un PAB qui cumulait quatre ans d'ancienneté, les autres étaient au service de leur organisation depuis longtemps, soit entre 13 et 24 années, dont au moins deux dans leur unité. L'un des PAB est un agent de suivi PDSB depuis 15 ans. Il est, de ce fait, amené à travailler sur un quart de soir ou un quart de jour, afin de pouvoir donner des capsules PDSB, si nécessaire. Quatre PAB sont régulièrement des orienteurs de nouveaux employés.

- Agents syndicaux – préventionniste

Les agents syndicaux rencontrés sont tous PAB, et détiennent un statut de temps complet dans le CISSS ou CIUSSS. Ils travaillent tous les trois sur un quart de jour, et sont très expérimentés puisqu'ils cumulent entre 20 et 30 ans d'ancienneté dans la même organisation. Ils ont tous 50 ans ou plus et se présentent comme étant des préventionnistes. Du fait de leurs fonctions syndicales, leur tâche en tant que PAB est réduite (par exemple, l'un d'entre eux travaille seulement une fin de semaine sur deux comme PAB).

Leurs responsabilités en qualité de préventionniste englobent la formation des agents de suivi du programme PDSB et de l'ensemble des travailleurs, même ceux déjà intégrés, afin qu'ils puissent effectuer des manœuvres sécuritaires – conformément au PDSB - et évitent de se blesser. Ils doivent présenter de manière régulière aux PAB des capsules vidéo sur le PDSB, afin que ceux-ci puissent être appliqués, et ce, quelles que soient les situations de travail ou les caractéristiques des résidents. Ils ont suivi initialement leur formation PDSB au moment de leur intégration comme employé dans l'organisation, soit il y a plus de 20 ans. Depuis leur formation

de formateur PDSB par l'ASSTSAS, ils bénéficient épisodiquement d'un rafraîchissement des connaissances sur la formation.

- Infirmières et infirmières auxiliaires

Les infirmières interrogées sont quatre assistantes au supérieur immédiat (ASI) et deux infirmières auxiliaires. Elles ont toutes plus de 44 ans. La moins expérimentée dans l'établissement cumule 5,5 heures, et la plus expérimentée plus de 30 ans. Les infirmières ASI ont comme mandat de coordonner toutes les activités avec l'équipe de travail, ainsi que réaliser des transferts d'informations durant les réunions interquarts. Les infirmières auxiliaires détiennent différents mandats, dont l'administration des médicaments et la prévention des chutes. Elles s'assurent de la qualité des soins et soutiennent l'infirmière chef d'équipe.

- Chefs d'unité de vie

Trois chefs d'unité de vie (CUV) ont été interrogés dans le cadre de ce projet. Il s'agit de trois femmes, qui ont une formation et une pratique initiale d'infirmière. Âgées toutes de plus de 50 ans, elles cumulent un nombre d'années d'expérience en tant que CUV assez variées (de 3 à 15 ans). Globalement, leur fonction consiste à contrôler la qualité des services et des soins aux usagers, et à recourir aux aidants naturels. Les CUV mentionnent également leur responsabilité envers les PAB sur le plan de l'organisation du travail (horaires du personnel, rotation et roulement, etc.).

- Gestionnaires administratifs

Les quatre gestionnaires interrogés, trois femmes et un homme ont tous des fonctions différentes dans leurs organisations respectives. La première travaille à la division « prévention » en matière de SST de la direction des ressources humaines de son établissement. Sa fonction est d'assurer les suivis nécessaires avec les PAB en ce qui a trait aux manœuvres problématiques et de réaliser l'analyse de situations complexes, en soutien à domicile et à l'hébergement, avec l'appui de l'ASSTSAS. La seconde est une gestionnaire à la direction des ressources humaines (RH). Elle gère l'ensemble du programme PDSB pour l'hébergement, ainsi que le travail de deux préventionnistes PDSB, leurs horaires de travail, les formations données, ainsi que leur libération des tâches de PAB. La troisième gestionnaire est en charge du service de prévention et soutien de la gestion de la présence au travail d'un CISSS. Le quatrième est cadre intermédiaire en RH, secteur présence au travail, qui inclut une division « santé bien-être » et la prévention. Trois de ces acteurs ont été interrogés avant la fusion des établissements, et un après.

- Observations et autoconfrontations

Quinze PAB au total ont fait l'objet d'observations, soit 5 PAB dans le terrain A, 4 dans le terrain B, et 6 dans le terrain C. Des autoconfrontations avec 6 PAB ont été réalisées, soit deux dans chaque terrain. Une très grande majorité des PAB sont des femmes (10/15). Cinq PAB étaient affectés au quart de soir, 6 au quart de jour et 4 constituaient les « équipes volantes ». Les PAB participants étant peu expérimentés, leur ancienneté est globalement faible, de 2 mois à 4 ans. Par contre, leur âge varie de 20 à 54 ans, ce qui démontre qu'il n'y a pas toujours adéquation entre âge et les années d'expérience. De plus, ces personnes étaient déjà riches

d'une expérience professionnelle avant de devenir PAB. Par ailleurs, ils ont pour la majorité un statut d'emploi à temps partiel (5/15) et à temps partiel occasionnel (8/15), et occupent rarement un poste à temps plein (2/15). Pour 6 d'entre eux, l'unité de vie dans laquelle ils travaillent est leur première unité de travail.

5.2 Présentation générale des situations observées et de leur contexte

Les observations dans les différentes unités de soins ont permis d'avoir une représentation générale du déroulement du quart de travail pour les travailleurs du jour et de soir. Les observations du premier terrain réalisé dans deux unités de soin différentes nous ont permis d'identifier une certaine rythmicité dans le travail des PAB. Les heures de pointe du travail correspondent à la préparation des activités d'alimentation (déjeuner, dîner, souper), le lever et la mise au lit des résidents après le repas.

En général, pendant les heures de pointe, les préposés vont travailler en équipe de deux et vont prioriser les soins pour les résidents qui ont besoin de plus d'assistance. Pour le quart de jour une journée peut être illustrée avec la figure suivante¹¹ :

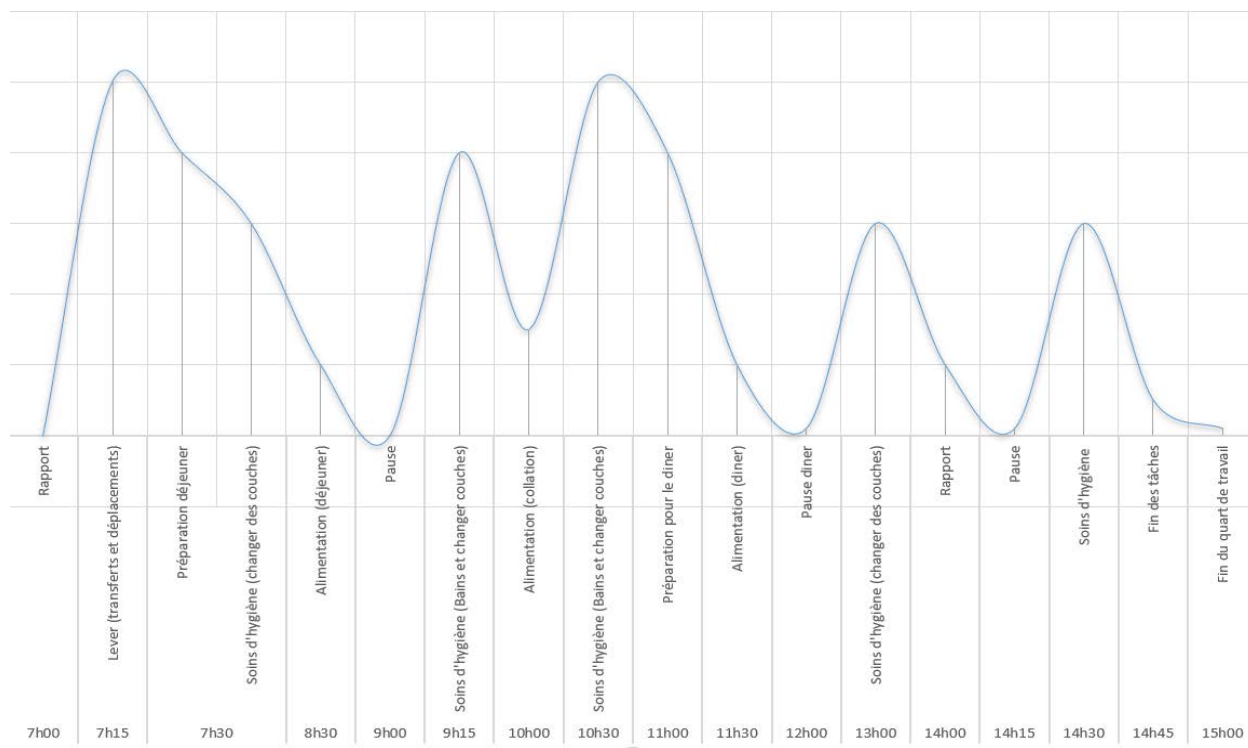


Figure 4 - Illustration des pics d'activité pour le quart de jour

¹¹ Les pics d'activité ont été estimés en tenant compte du nombre de tâches à réaliser et de leur intensité. Les figures 4 et 5 présentent une part de subjectivité et sont présentées à titre d'illustration seulement afin de représenter un des éléments de la variabilité du travail des PAB.

Comme illustré, la plupart des tâches se réalisent avant la pause de dîner des préposés. Cette illustration représente l'organisation dans les milieux observés, mais il peut y avoir des variations selon l'unité des soins et l'organisation des préposés pour travailler en équipe ou individuellement.

Le quart de soir se structure comme suit :

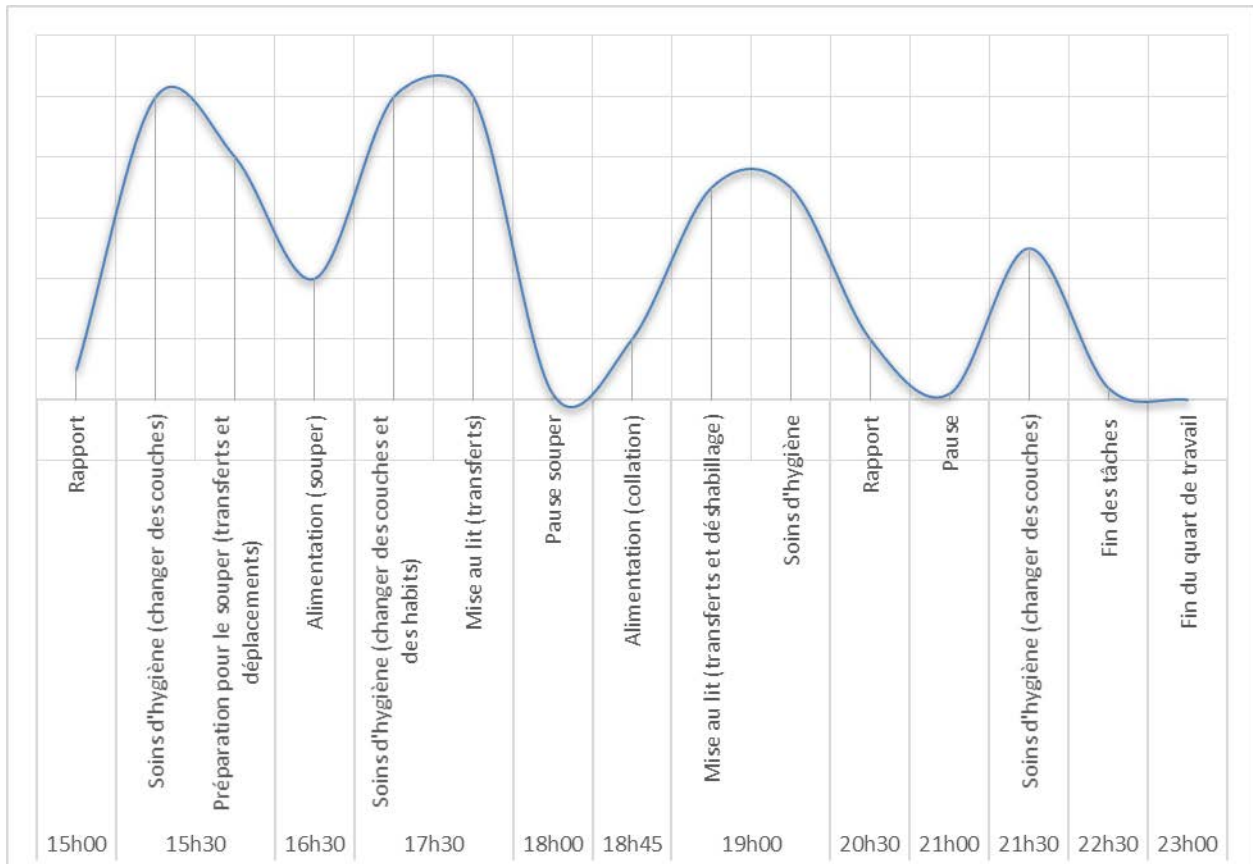


Figure 5 - Illustration des pics d'activité pour le quart de soir

Durant le quart de soir, les préposés vont réaliser une grande charge de travail avant 19 heures pour organiser le souper et faire la mise au lit de la plupart des résidents, tout en considérant le temps nécessaire à la pause souper des PAB.

Des différences en ce qui a trait au ratio de résidents par PAB ont pu être notées, mais dans les trois milieux étudiés il était estimé de six à sept résidents par PAB de jour, et de onze à treize résidents par PAB de soir. Ces ratios sont intimement liés au niveau d'autonomie fonctionnelle des résidents, et aux stratégies organisationnelles utilisées (présence d'équipes et de PAB « volants » qui travaillent dans plusieurs unités, horaires spécifiques pour certains PAB, par exemple). Ces choix organisationnels, s'ils présentent certains rationnels comptables lorsqu'ils sont calculés sur l'ensemble du quart de travail, intensifient le travail des PAB. Dans certaines unités, les résidents en surnombre vis-à-vis du nombre de préposés sont attribués à une PAB

qui se promène entre deux unités. Lors des pics d'activité (cf. figures ci-dessus), ces PAB ne peuvent être que dans l'une des deux unités à la fois, les résidents surnuméraires devant être pris en charge par l'autre équipe en place. Pour ces PAB « volants », il s'agit aussi d'organiser son travail en fonction des membres de deux équipes et de l'organisation des soins de chacune d'elle, et non d'une seule, exacerbant les contraintes temporelles décrites dans la suite du rapport.

Par ailleurs, les situations de régulations entre les soins ont aussi été documentées.

5.3 Résultats généraux sur les enjeux en SST et le PDSB

5.3.1 Résultats des entrevues

- **PAB : l'intensification de la charge de travail au détriment de la SST et du PDSB**

L'influence décisive de la charge de travail, et plus exactement son intensification, est au cœur des préoccupations des PAB. Ce facteur est constamment évoqué lors des entrevues. L'intensité de la charge de travail qu'ils disent subir actuellement provoque selon eux une fragilisation de leur SST, et ce, de deux manières. D'une part, répondre à cette charge nécessite des efforts physiques (accélération de l'activité de travail) et psychologiques (travail sous pression) conséquents; d'autre part, cette intensification se traduit entre autres par un manque de temps pour mettre en œuvre les pratiques sécuritaires, notamment celles issues du PDSB.

Les PAB présentent leur tâche quotidienne comme une suite ininterrompue d'activités (levers, bains, toilettes, aide à la marche, etc.) devant être réalisées à un rythme intense. Par exemple, pour le quart de jour, les PAB rapportent qu'ils doivent assister à la rencontre interquart matinale, voir au réveil des résidents, distribuer les cabarets pour les déjeuners, s'assurer que le résident a été aux toilettes, qu'il a pris un bain, puis réinstaller les personnes pour le dîner, avant de voir aux dernières toilettes l'après-midi et de planifier les activités. Durant le quart de soir, les activités sont également réparties selon une même logique, soient les soupers, les collations et la mise au lit. Les PAB mentionnent plus précisément que le rythme de travail provoque parfois des chevauchements d'activités, telles que les toilettes et les déjeuners. Cette intensité provoque ainsi des tensions physiques et psychologiques (*il faut être sur le go tout le temps*), et ce, peu importe s'il s'agit des quarts de jour ou de soir.

Tu n'arrêtes jamais, pour tous les quarts. Le soir, tu as moins de tâches, mais tu es moins nombreux sur le plancher. Le matin, tu as full de choses à faire, de 7 à 11 h mur à mur. Parfois plus tard. Alors tu vas vite, tu t'épuises physiquement, mais aussi moralement, parce que tu n'arrives pas à donner du temps aux personnes. (PAB 6)

Certains événements imprévus peuvent subvenir dans la journée de travail, et provoquer un grand stress lié au fait de « ne pas finir dans les temps » et un sentiment de « retard à rattraper ». Ces situations intensifient alors le rythme de travail et celui-ci devient incompatible avec la SST et l'application de manœuvres sécuritaires.

Si tu as un dégât, si tu as une personne qui tombe malade, si tu as une chute, si tu as la cuisine qui arrive en retard, si tu as une collègue qui arrive en retard de 10 minutes, toute ta journée s'en ressent [...] Cinq minutes de retard, ça change toute ta journée. Tu vas devoir te dépêcher à faire les bains, c'est là que tu ne seras pas sécuritaire et surtout la qualité des soins va s'en ressentir. (PAB 4)

En fait, cette logique de « flux tendu » rend complexe la mise en application des pratiques de déplacements sécuritaires des bénéficiaires puisque chacun tentera de « gagner du temps » comme il le pourra, sans considérer le PDSB. Certains PAB mentionnent ainsi qu'ils se sentent contraints de ne pas appliquer le PDSB afin de maintenir le rythme de travail, ou parfois de l'accélérer. Le principe visant à analyser la situation du résident ou à faire preuve de réflexivité est, par exemple, fréquemment occulté :

Bien, c'est tellement routinier qu'on arrive à tout faire très vite, tout le temps, sans y penser! On a le temps de prendre un recul? Non. Tu sais, sur 36 résidents, si on prenait 2-3 minutes pour se dire : « Est-ce que je fais bien mon PDSB? » Mais c'est difficile, pas le temps. (PAB 3)

- **Agents syndicaux/préventionnistes : la SST et le PDSB ne sont pas prioritaires**

Les agents syndicaux/préventionnistes rapportent de façon unanime que la formation PDSB a permis des avancées notables sur le plan de la prévention des risques pour la santé et la sécurité des PAB. Ils notent qu'ils ont pu mesurer la différence au regard de la prévention au fil des années, compte tenu de leur grande expérience en qualité de préposé, et reconnaissent la valeur du PDSB dans la prise en compte des enjeux SST. L'ensemble des préventionnistes reconnaissent également que les PAB souffrent beaucoup actuellement de problématiques de TMS. Ils expliquent aussi l'importance de la fragilisation de la santé psychologique des PAB notamment par le stress, le climat de travail, l'intensification des tâches et, plus globalement, le manque de reconnaissance et de valorisation du métier. Selon eux, les causes de cette fragilité seraient liées à des enjeux organisationnels (relation conflictuelle avec les gestionnaires, ratio PAB/résidents trop faible, etc.) et d'autres à l'existence d'une culture organisationnelle de PAB qui les obligerait à privilégier le rythme de travail même s'il ne fait pas l'objet d'une exigence formelle, plutôt que la SST.

Selon les préventionnistes, les PAB, et plus particulièrement les moins expérimentés, ne font pas de leur santé ni de leur sécurité une priorité. Ils mentionnent que la plupart des PAB ne développent une conscience importante des enjeux de SST que lors d'un accident. L'accident de travail serait donc le moment lors duquel les PAB se rendraient compte des enjeux de SST. En fait, les PAB les moins âgés et les moins expérimentés sont fréquemment ceux qui « se sentent invincibles », et qui ne chercheraient pas à enrichir leurs connaissances des enjeux de santé, au contraire de leurs collègues plus expérimentés ou plus âgés. La formation PDSB serait donc davantage reconnue comme une activité bénéfique et plus facilement appliquée par ceux qui ont une conscience plus importante des conséquences physiques et psychologiques des accidents. Néanmoins, si ce degré de conscience ou de sensibilité relatif au PDSB existe, il serait toujours conditionné par la capacité du travailleur à appliquer les manœuvres de déplacements sécuritaires apprises lors de la formation.

Quelqu'un qui a eu 2-3 hernies discales, il va y penser. Il va non seulement y penser, mais il va chercher à l'appliquer. Mais encore faut-il que l'organisation le soutienne, que la charge de travail permette de réfléchir au PDSB (agents syndicaux/préventionniste 1)

- **Infirmières et infirmières auxiliaires : s'appuyer sur l'expertise des PAB**

Globalement, les infirmières interrogées ont peu évoqué les enjeux relatifs au PDSB, bien qu'elles fassent partie de l'équipe de travail. Les infirmières auxiliaires ont cependant fourni davantage d'informations relatives aux conditions d'application des manœuvres et des principes que les ASI, plus éloignées du terrain. Notons que la totalité des infirmières a indiqué avoir reçu une formation PDSB lors de leur formation initiale il y a plusieurs années (parfois plus de 20 ans). Elles n'auraient pas bénéficié depuis de retours en arrière, suivis ou rafraîchissements. Globalement pour les infirmières, le programme PDSB se cristallise dans le respect de grands principes des pratiques dont elles se remémorent de leur formation initiale : « plier les jambes », « faire les contrepoids », « éviter les torsions », etc., mais sans connaissances plus précises relatives à l'application concrète de ces principes.

Généralement, peu d'infirmières relatent devoir mettre en application le PDSB, sauf dans certains cas précis touchant davantage les infirmières auxiliaires (plus proches du terrain que les ASI). Quant aux ASI, elles indiquent que, dans les cas où elles doivent intervenir (chutes, agressivité du résident, etc.), elles vont demander l'aide des PAB pour réaliser certaines manœuvres, qu'elles avouent ne pas nécessairement maîtriser.

Moi, je n'ai pas d'expertise fonctionnelle par rapport à ce que font les PAB avec les résidents au niveau du PDSB. Je l'ai la formation, mais, je ne pratique pas assez avec ces outils-là pour dire : moi, je suis habilitée à dire quelle courroie je vais mettre dans le levier et tout ça là. (Infirmière ASI 2)

Globalement, le programme PDSB n'est pas un objet de discussion sur le « plancher » de la part des infirmières (à part lorsque l'agent de suivi est présent, ou consécutivement à un accident), mais plutôt une pratique imposée. Pour elles, le PDSB est comme une « marque de commerce » dont on se souvient de l'appellation, mais peu de son contenu :

Les PAB vont faire des blagues, des fois, en parlant de PDSB. Mais c'est complètement vide là. Tu sais, quelqu'un qui se penche pour ramasser mais sans plier ses jambes, une autre PAB va dire : « Tout un PDSB! » Mais à part ça, non, ce n'est pas [...] ce n'est pas dans leurs sujets de conversation. Ils vont parfois essayer de trouver des solutions, pour aller plus vite oui, mais dans le PDSB, pas souvent. (Infirmière ASI 4)

- **Chefs d'unité de vie : peu de connaissance du PDSB**

L'ensemble des CUV notent qu'elles ont acquis une connaissance « minimale » du PDSB qui est attribuable principalement à leur précédente expérience professionnelle en tant qu'infirmières, voire comme PAB (pour une CUV). Elles précisent ainsi qu'elles sont capables

d'observer et de reconnaître les situations délicates sur le plan des pratiques sécuritaires. Néanmoins, de manière unanime, les trois se sentent peu compétentes à intervenir conformément au PDSB ou encore à donner de la formation. Certains exemples mentionnés démontrent leur manque de connaissance du PDSB. D'ailleurs, elles ne situent jamais le programme PDSB parmi leur responsabilité directe. Une CUV mentionne clairement qu'elle devrait recevoir une formation adaptée du PDSB, pour mieux connaître les enjeux vécus par les PAB et les résidents et mieux répondre aux enquêtes d'événements accidentels, et proposer des réorganisations spécifiques et pertinentes.

C'est quand même assez loin pour moi toutes les pratiques, tous les transferts, des transferts lit-fauteuil, fauteuil-lit, par exemple, transferts dans le lit et tout ce qui est transfert au bain, exemple. Et les principes que je me rappelle, c'est de bien plier ses jambes ou travailler avec la charge proche du corps, mais c'est très loin pour moi ces principes-là. (CUV 2)

Les CUV indiquent que leur mandat relatif au PDSB concerne le fait de compléter les formulaires d'accidents, les transmettre au bureau de santé, ainsi que mettre en application les recommandations relatives aux accidents de travail. Une CUV précise que sa fonction se résume à s'assurer que les recrues détiennent une formation PDSB, d'organiser le travail des agents PDSB en vue de l'enseignement et de modifier l'environnement de travail si nécessaire. Elles réalisent également un travail de suivi avec les RH, et aussi avec les familles pour les espaces de chambres. En somme, elles réalisent une gestion administrative du PDSB, mais en soutien à la direction RH des CISSS et CIUSSS, tout en restant éloignées des enjeux pratiques de la formation. Une CUV dit qu'elle est incapable de relever les mauvaises pratiques relatives au PDSB, n'étant pas directement « dans les chambres pour voir les problèmes » et que les PAB n'ont pas à faire de suivi PDSB avec elles.

Moi, je ne suis pas une experte là-dedans! Alors je ne suis pas une bonne ressource! Je suis prête à coordonner, prête à faire le suivi, prête à demander, mais je ne suis pas une experte sur le PDSB. Et ce sont les RH qui doivent faire le suivi des accidents [...]. (CUV 2)

- **Gestionnaires administratifs : la critique d'un manque de moyens**

Les différents gestionnaires interrogés répondent que leur mandat est de fournir les bons moyens aux organisations pour le développement de la prévention de la SST, par le biais notamment de l'application du PDSB dans l'ensemble des unités. Ils insistent sur le fait que les PAB représentent un type de travailleurs fortement touché par les lésions professionnelles (accidents du travail, TMS, etc.) dans leurs organisations. Selon les gestionnaires, les causes de cette exposition sont, d'une part, la complexification de l'assistance des résidents du fait de l'alourdissement de leurs problématiques de santé et, d'autre part, la mauvaise application du PDSB par les PAB. Peu d'informations relatives à l'intensification du travail sont mises de l'avant. Seule une gestionnaire note que le manque d'effectifs tend à créer une charge de travail importante, qui, à son tour, tend à avoir des conséquences négatives sur la qualité des soins et la santé des travailleurs. Une autre insiste sur le fait que les PAB victimes de TMS sont souvent plus âgés tandis qu'une autre précise que les PAB de sexe féminin de plus de 45 ans forment l'idéal-type des travailleurs à risque de subir des lésions professionnelles.

Selon les gestionnaires, la prévention des TMS est une priorité organisationnelle pour chacune de leurs structures. À cet égard, ils souhaitent que des agents de suivi soient davantage libérés de leur activité de PAB pour se consacrer à des activités de formation. Mais, selon eux, le budget alloué annuellement par le MSSS est insuffisant; il ne leur permet pas d'augmenter l'offre de formation. Cette offre se réduit au suivi éventuel des connaissances relatives au PDSB lors de l'intégration des nouveaux PAB, et à la diffusion de quelques capsules pour l'ensemble du personnel. Pour eux, le PDSB est une bonne formation, qui souffre néanmoins d'un manque de moyens pour en assurer l'efficacité.

Il faut être coaché. Il ne faut pas seulement de la formation 1 fois, 30 minutes par 2 ans. Les méthodes peuvent changer. Et il y a aussi le travail à 2 pour les cas lourds, il faut apprendre à le faire. Mais on a clairement un manque de moyens. (Gestionnaire 2)

5.3.2 Résultats des observations et autoconfrontations

- **Une grande variation dans l'application du PDSB : l'impact du facteur temps**

Le résultat majeur des observations tient au fait que l'application du programme PDSB varie beaucoup à l'intérieur d'une même unité de soins, d'un soin à l'autre, ainsi que d'un quart de travail à l'autre. La mobilisation de principes du PDSB a cependant été plus importante dans le troisième terrain, au sein duquel les PAB disposaient de plus grands espaces de travail dans les chambres. Ce n'est jamais les principes du PDSB dans son ensemble qui ne sont pas utilisés, mais seulement certaines parties ou certaines manœuvres. Par exemple, la coordination des PAB par consignes orales n'est appliquée qu'occasionnellement dans certaines unités de soins. Au regard de l'assistance qui leur est offerte, un résident dont le dossier indique le besoin d'une « assistance partielle » peut, à certains moments de la séquence des soins, recevoir des PAB une « assistance totale », et ce, sans raison perceptible pour les observateurs.

Terrain B : Nous observons une résidente avec supervision. Elle se tient à une barre à côté du lavabo pour garder la position debout. La PAB déplace la résidente d'une position debout à une position couchée sur le dos pour finir de la laver; elle monte le lit pour éviter de se pencher vers la résidente. Mais elle choisit de réaliser une assistance « totale » pour monter les jambes au lit, même si la résidente est autonome pour faire les transferts.

Un grand nombre de limitations dans l'usage du PDSB a été relevé. Le fait de laisser le résident se déplacer de manière autonome peut exiger du temps pour le PAB, de même que d'établir une communication claire et constante pour guider les mouvements. Ici, les PAB auront plus tendance à « faire à la place » du résident pour gagner du temps. Il est complexe d'identifier les facteurs exacts qui peuvent expliquer une telle variation dans les pratiques des PAB et dans le respect des principes du PDSB, mais l'idée de gérer le rythme de travail fait partie des enjeux mentionnés. Dans le terrain A, par exemple, une variation importante de l'application des

principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires a été observée entre les pratiques de deux quarts de travail. Le facteur temps semble jouer un rôle important.

Terrain A : Dans une première situation, on note globalement une excellente mise en œuvre du PDSB. La PAB fait le contrepois, ajuste ses manœuvres aux résidents, donne le tempo pour le travail en équipe, s'ajuste à sa coéquipière en termes de hauteur d'équipement. Lors d'une seconde situation, la PAB utilise moins les contrepois et le transfert latéral avant-arrière avec appui sur les jambes que la dernière fois. Dans certains cas la PAB est consciente de ne pas réaliser ses manœuvres selon les principes du PDSB, invoquant verbalement de « mauvaises habitudes ». Pourtant ses manœuvres étaient de qualité la fois précédente, et la charge de travail était plus lourde. Par contre dans le second cas, sa partenaire utilise peu les principes du PDSB.

PAB : « *Je n'étais pas bien placée je le savais, normalement tu ne forces pas avec les bras mais avec les jambes. J'aurais pu baisser les ridelles mais je n'y ai pas pensé. Tu manques de temps au départ quand tu commences à travailler. Faut pogner des trucs pour aller plus vite* ».

- **Des principes plus difficiles à mettre en œuvre**

Les observations ont mis en lumière que plusieurs des principes sécuritaires de la formation PDSB ne sont pas mis en œuvre. Comme mentionné ci-dessus, ce n'est jamais l'ensemble des manœuvres et principes qui sont appliqués d'un soin à l'autre, même quand *a priori* il aurait été possible de le faire. Par exemple, une manœuvre spécifique concerne la prise douce à l'épaule, qui permet d'assister le résident pour un transfert de position assise à position debout, qui se transforme en prise en crochet.

Terrain C : Pour le transfert, les PAB utilisent la marchette comme appui, à l'encontre des principes de SST. La chaise-toilette n'est pas barrée et quand le résident est levé, la chaise bouge. Les PAB font le transfert au lit (prise crochet à l'épaule). Le transfert est fait rapidement à cause de la faiblesse physique du résident.

La vérification spontanée des capacités du résident est une étape qui ne semble pas franchie la plupart du temps par les PAB. Ils se fient avant tout à leurs connaissances des résidents, ainsi qu'à l'information fournie par leurs collègues. Cette vérification fait pourtant partie des principes de préparation et elle sert à adapter le soin aux capacités du résident. Mais, sur le terrain, les manœuvres ne font que rarement l'objet de discussions, que ce soit sur le plan des équipements, du niveau d'assistance, etc. Un autre principe concerne le fait de maintenir le dos non voûté et sans torsion. Lui non plus n'est pas toujours respecté, et ce, même si la tâche n'est pas un transfert ou un déplacement (par exemple, pour enfiler les bas d'un résident assis, pour apporter les soins d'hygiène debout, pour aider un résident à manger, pour ramasser une serviette par terre, etc.). On constate aussi que les contrepois sont peu utilisés, ainsi que les transferts de poids.

Terrain A : Le PAB assiste le mouvement, il se place à côté de la résidente et avec une prise enveloppante du tronc supérieur il fait un transfert du poids, mais au moment de faire le transfert du poids il fait une flexion du tronc (mouvement commencé, mais qui n'est pas exécuté en totalité).

- **Peu de discussions et de réflexion autour du PDSB**

Les observations ont fait ressortir que le programme PDSB fait très rarement l'objet de discussions informelles ou d'une réflexion entre PAB. En fait, elles permettent de confirmer que les PAB tentent d'abord et avant tout de répondre quotidiennement aux exigences liées à la quantité des tâches à exécuter. Le programme PDSB est souvent associé à une surcharge cognitive qui nécessiterait un temps de réflexion.

Terrain B, PAB : *Le PDSB on n'en discute pas. Cela ne me vient même pas en tête.*

De fait, l'organisation du travail rend complexe toute tentative de consacrer du temps à la discussion et à la réflexion concernant le PDSB. Les phases de transmission servent davantage à discuter des enjeux relatifs à la qualité de vie du résident ou à son état de santé.

5.4 Routine et balises temporelles

5.4.1 Résultats des entrevues

- **PAB : « Finir dans les temps », l'effet des balises temporelles**

Les PAB évoquent clairement l'existence de balises temporelles qu'ils doivent respecter durant leurs divers quarts de travail. Ces balises conditionnent en partie leurs rythmes de travail. Selon les PAB, le rythme de travail durant le quart de jour, par exemple, est structuré par l'obligation de terminer leurs tâches durant la matinée, afin que l'ensemble des résidents puissent profiter des activités qui leur sont réservées durant l'après-midi. Ces bornes temporelles, selon les PAB, seraient imposées et contrôlées en partie par les infirmières.

Ce sont les consignes des infirmières : « Que les résidents soient finis à 11 h ou midi ». Donc oui, on a quand même à chaque étage une routine. L'infirmière nous dit « c'est à telle heure qu'on ouvre les chariots puis il faut que les toilettes soient finies ». Elle nous demande aussi pourquoi telle ou telle personne n'est pas finie. (PAB 6)

Ces balises serviraient également à l'équipe de PAB pour maintenir une continuité des activités entre les toilettes, les levers et déplacements des résidents aux salles de repas, les repas eux-mêmes et les activités. Mais cette continuité serait tout à fait variable selon les unités de soins.

Nous, on aime bien finir les toilettes à 11 h 15 parce que les portes des cabarets, on les ouvre à 11 h 45. Ça, c'est le fun. On remplit notre chariot, on

va chercher nos résidents. Parce qu'on ne peut pas ouvrir les portes puis passer nos cabarets si nos résidents ne sont pas là. Il faut prendre le temps d'aller les chercher dans les chambres. (PAB 4)

Selon les PAB, ces balises temporelles provoquent une tension continue. Elles feraient naître un enjeu relatif au délai imparti pour finaliser les activités, qui intensifierait la charge de travail et rendrait complexe la mise en application de pratiques sécuritaires.

C'est sûr que selon le contexte de travail, on parle du temps tout le temps, c'est toujours une question de temps, surtout au niveau des quarts de matin quand on a plein d'activités. Les gens ne prennent pas le temps de bien faire les choses de manière sécuritaire. (PAB 4).

L'agent de suivi PDSB confesse son incompréhension lorsque les PAB mettent de l'avant leur peur de ne pas parvenir à finir leur travail « dans les temps ». Il déclare que cette attitude est surtout partagée par les plus expérimentés, qui montrent une certaine résistance à flexibiliser leurs tâches, et suivent davantage une routine organisationnelle qui a pour objet l'encadrement des horaires. Pour eux, « il faut finir à 11h », « on doit avoir fini à temps, avant les activités », etc.

Quand ils me disent : on n'arrive pas! Je leur dis : arriver où? On n'a pas de place à arriver. Dans le fond, c'est une continuité de soins. Si vous n'avez pas eu le temps de finir telle chose, bien il y a le quart de soir qui va arriver puis qui va embarquer sur ce roulement-là. Mais ce sont de vieilles perceptions de celles qui sont là depuis longtemps. (PAB 2)

- **Les agents syndicaux/préventionnistes : Une évaluation collective des activités et des temporalités**

Les PAB travaillent, selon les préventionnistes, en procédant à un séquençage des activités qu'ils doivent réaliser durant leur journée de travail afin de parvenir à atteindre les objectifs prescrits (nombre d'activités/nombre de résidents). En ce sens, pour le quart de jour, les PAB réalisent collectivement la majorité des tâches le matin (bains, douches et toilettes), et conservent du temps en après-midi pour réaliser des actes mineurs (brossage de dents, coupage d'ongles, etc.). Clairement, selon les agents syndicaux, les PAB du quart de jour vivent une forte période d'intensité de travail entre 7 h et 11 h environ, tandis qu'il s'agirait de la période entre 16 h et 21 h pour ceux affectés aux quarts de soir.

Les PAB prennent en considération les balises temporelles imposées par les repas (distribution des cabarets), les activités (notamment l'animation, en après-midi), ce qui les oblige à souvent modifier leur horaire en conséquence. Globalement, le plan de travail « horaire », qui est différent du plan de travail réel, soulève des enjeux de temporalité qui s'expriment à travers les commentaires des PAB : *on est en retard, on aurait dû en être là à cette heure-là*. Mais cette perception collective des horaires est critiquée par les préventionnistes, qui considèrent que cela peut complexifier la mise en application du PDSB et, plus globalement, entraîner des risques en termes de SST.

Les préventionnistes s'alarment du fait que les PAB préfèrent éviter d'appliquer le PDSB pour atteindre des objectifs quantitatifs de performance. Ils déplorent le fait que les PAB acceptent volontairement et collectivement de réduire la part de temps dévolue aux pratiques sécuritaires au profit de ces contraintes quantitatives.

On leur dit : Si vous n'avez pas le temps, coupez pas court! Parce que si tu es de bonne volonté, tu travailles à un rythme normal, tu fais bien tes choses, jamais qu'un patron pourra te dire : « Bon ben écoute, tu ne vas pas assez vite et mets de la pression! » (Préventionniste 2)

Selon les préventionnistes, les PAB expérimentés jouent un rôle majeur dans l'augmentation du rythme de travail, au détriment du PDSB. Elles *drivent* l'équipe, ont du *leadership*, et sont capables de dire aux autres PAB (et notamment aux moins expérimentés) qu'elles ne réalisent pas leurs tâches suffisamment rapidement. Les préventionnistes relatent ainsi que les personnes expérimentées construisent une routine de travail et contribuent à implanter une « culture d'organisation » délétère pour l'application du programme PDSB.

Le problème c'est qu'on entre dans une culture! Vous savez comment ce que c'est! Les plus vieux qui ont le contrôle. Ils prennent le contrôle de l'étage, c'est comme ça que ça fonctionne ici. (Préventionniste 1)

Les préventionnistes ajoutent que c'est la peur des PAB de ne pas terminer les tâches dans les délais qui les poussent à réaliser parfois des actes non sécuritaires. Ce serait pour cette raison que certaines pratiques relatives au PDSB ne seraient pas appliquées, du fait d'une accélération collective des pratiques. Ils précisent, par ailleurs, que les PAB qui veulent correctement réaliser des pratiques sécuritaires tout en accomplissant l'ensemble de leurs tâches doivent souvent sacrifier leur temps de pause ou de dîner, ce qui n'est pas une pratique respectueuse de leur propre santé. Selon eux, les PAB devraient plutôt déléguer du travail aux collègues du quart de travail suivant, pour démontrer aux gestionnaires le manque de personnel. Mais le rythme de travail collectif est à la base d'une pratique visant à « finir le travail » avant le début du quart de travail suivant. La peur des PAB de se faire juger par leurs collègues du quart suivant, d'être jugés incompetents, etc. participe aussi de cette acceptation et contribue à l'intensification du rythme de travail et, par conséquent, à la non-application du PDSB.

- **Les infirmières et infirmières auxiliaires : l'existence de bornes temporelles et d'une routine complexifie la coordination**

Une infirmière assistante au supérieur immédiat (ASI) démontre l'importance des bornes temporelles dans l'application du programme PDSB. Selon elle, ce sont les infirmières, et notamment les ASI, qui exigent que les PAB respectent des horaires particuliers relatifs aux différentes activités à réaliser (bains, toilettes, repas, animation, etc.), poussant les PAB à construire et à respecter une routine de travail.

Il y a toujours comme une précipitation qui se fait à 10 h 30, parce qu'il y en a toujours 2 PAB qui vont manger à 11 h. Parce qu'aussi, moi je tiens absolument à ce que le patient soit levé pour midi. (Infirmière ASI 4)

Les visites des familles, les rencontres avec les professionnels, ainsi que les activités durant l'après-midi sont aussi des bornes temporelles contraignantes. Toutes ces balises ne sont pas créées par les infirmières, mais celles-ci mentionnent qu'elles se doivent de les faire respecter, que ce soit durant le quart de jour ou celui de soir :

C'est beaucoup d'anticipation parce que tu te dis : bon, OK, le souper est à 4 h 45. Bien là, il faut que je change mes résidents avant le souper, il faut que je change la culotte ou les amener à la toilette, l'amener à la salle à manger. Il faut qu'ils anticipent tout ça là. Puis là, une telle ne va pas bien ce soir avant le souper, peut-être qu'on devrait la coucher avant le souper, etc. (Infirmière ASI 2)

Selon les infirmières, le respect des bornes temporelles est considéré comme une forme de compétence par les PAB. Le fait de terminer les tâches du matin à l'heure prescrite par la routine organisationnelle prouve leur capacité de réaliser un bon travail, soucieux de répondre à la charge de travail ainsi qu'à l'ensemble de besoins des résidents. Mais la SST et l'application du PDSB ne sont pas présentées de la même manière.

Les PAB avec qui je travaille, ils ont la fierté puis ils veulent que le travail soit fait et bien fait. Donc, ils vont s'arranger pour qu'à 11 h 00, quand ils partent, les chambres sont rangées, les résidents sont couchés, ils sont changés, ils sont en sécurité et tout. Mais le PDSB, ce n'est pas dans leur priorité, je crois. (Infirmière ASI 2)

- **Chefs de l'unité de vie (CUV) : la construction d'une routine de travail par les PAB expérimentés**

Les chefs de l'unité de vie pointent du doigt les PAB les plus expérimentés comme étant ceux qui résistent le plus au changement. Il s'agit ici des préposés avec plus de vingt ans d'ancienneté, sans formation de base, qui sont devenus PAB à l'époque grâce à un apprentissage sur le terrain avec des personnes âgées très autonomes. Elles peuvent être plus réticentes aux rappels et à la formation PDSB. Selon les gestionnaires, les PAB expérimentés adoptent généralement leur propre routine, et les CUV ne comprennent pas les raisons pour lesquelles les PAB ne souhaitent pas flexibiliser leur organisation du travail plutôt que de concentrer leurs tâches sur une courte période. Cette routine est vue comme un frein à la qualité des services.

Ils se sentent pressés. Il y a comme une culture aussi de tout faire le matin entre telle heure et telle heure. Il faut que les toilettes soient faites, alors que l'après-midi, c'est plus tranquille sur le département! Ils veulent tous que ce soit fait avant 11 h. (CUV 1)

De fait, deux CUV critiquent le manque de flexibilité des PAB pour donner des soins, distribuer les repas et réaliser d'autres tâches à d'autres heures de la journée. Une CUV relativise ce point en mentionnant que cette rigidité organisationnelle répond à une demande des résidents et des familles qui souhaitent que les tâches de toilette soient remplies le matin, afin de

respecter un certain « milieu de vie ». Les activités professionnelles (évaluation, animation, autres) participent à la construction de bornes temporelles à la base de cette routine.

Quand tu es PAB, tu « deales » continuellement avec le temps. Ils sont « timés » les PAB : À 7 h 30 c'est le rapport, à 7 h 45 jusqu'à 8 h 15 c'est telle chose qu'ils ont à faire, à 8 h 15 c'est telle autre chose à faire jusqu'à 9 h 00. Donc, les PAB sont continuellement en train de regarder leur montre. (CUV 3)

- **Gestionnaires administratifs : une routine créée par les PAB expérimentés qui rendrait complexe l'application du PDSB**

Une majorité de gestionnaires estime que la SST et l'usage du PDSB ne sont pas des priorités pour les PAB, qu'ils soient expérimentés ou non. Il existerait selon eux une routine visant à « finir dans les temps » qui focalise la majorité de l'attention des PAB. Selon les gestionnaires, cette routine viserait à terminer l'ensemble des activités avant certaines limites horaires, et de prévoir une réserve de temps utile « en cas d'urgence ». Cette routine serait créée par les PAB, notamment expérimentés, pour s'assurer de terminer l'ensemble du travail dans les délais qu'ils se fixent (par exemple, terminer les bains et toilettes avant 11 h pour les PAB du quart de jour).

Ils veulent avoir fait tout le monde [...] avoir réussi à faire tout le monde avant la fin du « shift » ! Ils ne peuvent pas concevoir de dire : On donnerait un bain en après-midi! (Gestionnaire 1)

Néanmoins, les gestionnaires notent que cette organisation informelle du travail n'a pas nécessairement d'effets positifs, car elle ne permet pas de mieux organiser les activités de travail au profit du patient ou de la SST. Elle pousse les PAB à réduire le temps qu'ils pourraient consacrer à la qualité de vie des résidents.

Il y a des gens qui sont mis en jaquette à 3 h de l'après-midi-là! Moi, mon père en jaquette l'après-midi à 3 h, en plein été, je trouverais ça dur moi aussi comme famille! Mais c'est parce que sinon, ils n'arrivent pas! (Gestionnaire 4)

Un gestionnaire met de l'avant le fait que cette routine collective de travail empêche l'application du PDSB. Cette routine est particulièrement ancrée, notamment durant le quart de jour, car les manœuvres (leviers, transferts...) sont plus nombreuses. Ainsi, la routine entraîne une intensification du travail sur une courte durée, c'est-à-dire des cadences de travail qui complexifient l'application des principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires.

Par la cadence de travail, ils oublient tout, hein! Je ris, des fois j'ai des groupes et je leur dis : « Je ne sais pas ce qu'il y a avec le PDSB, mais ça rend amnésique ». Les gens viennent en formation, ils sont tous stimulés, ils voient leurs défauts, ils comprennent parce qu'ils ont eu le temps de décortiquer. Ils arrivent dans la chambre et ils oublient. Ils privilégient la quantité de travail, la vitesse [...]. (Gestionnaire 1)

Il semble clair pour les gestionnaires que les rythmes de travail et les routines établies sont associés à l'organisation du travail du CHSLD en général, notamment l'heure d'arrivée des chariots des repas. Selon eux, par cette routine, les PAB veulent respecter ces balises temporelles tout en s'assurant d'être en mesure de gérer les imprévus. Mais qui est responsable de la construction de cette routine? Dans ce domaine, ce sont les PAB expérimentés, jugés comme des « vieilles mains », qui expriment le plus de résistance au changement. Mais les plus expérimentés ont également acquis de bonnes connaissances des pratiques qui, selon les gestionnaires, peuvent avoir de l'importance pour améliorer la qualité de l'assistance et qui pourraient être transmises aux PAB peu expérimentés.

5.4.2 Résultats des observations et autoconfrontations

- **Dégradation générale du programme PDSB : l'impact de la routine**

Les PAB expriment clairement l'impact du facteur temps dans l'application du programme PDSB. Cet impact se traduit par une application partielle de ces principes, au profit d'un rythme de travail plus intense.

Terrain A, PAB : C'est sûr que je faisais attention en commençant, c'est sûr! C'est juste qu'un moment donné, on dirait que tu te dis : « Bon ben, je pourrais rentrer dans mon temps si je fais moins attention à ça, ça, ça. Mes résidents vont être levés, mais je vais couper sur mon PDSB!

La notion de performance (« rentrer dans son temps ») prend une place importante dans ce discours pour justifier la non-application du PDSB. De fait, les PAB évoquent l'impact majeur de la charge de travail dans la construction d'une routine qui n'inclut pas le PDSB. Certaines manœuvres nécessitent que deux PAB travaillent en binôme. Mais avec une routine de travail conçue pour favoriser un rythme de travail intense, cette façon de faire ne sera pas nécessairement appliquée et va conduire à mettre de côté les manœuvres sécuritaires.

*Terrain B, Chercheur : Est-ce qu'il y a des choses qui s'oublient en lien avec le PDSB, qui se perdent parce qu'on ne les pratique pas?
PAB : À la longue. Oui, à la longue ça va se perdre [...] Ce n'est pas dans notre routine.*

- **Balises temporelles**

Les observations confirment qu'il existe clairement des balises temporelles qui conditionnent le rythme de travail des PAB. Ces balises sont de divers ordres; elles ont trait aux activités du résident (animation, sorties, etc.), aux activités des professionnels médicaux (ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.) ou plus ponctuellement du personnel d'entretien et aux horaires des employés (pause, début et fin de quart).

Terrain A, PAB : Il faut travailler en fonction des interventions prévues ou imprévues d'autres professionnels auprès des résidents pour des activités spécifiques. Par exemple une sortie, la messe, le coiffeur [...] Souvent, c'est la médication ou les repas.

Cas exemplaire : illustration d'une coordination avec le personnel d'entretien

Contexte : Terrain A. La préposée lors de sa tournée de changement des culottes voit que la résidente dont elle doit d'occuper est encore propre, alors elle décide de la changer plus tard. Elle la laisse au lit, dont une des ridelles est cassée depuis 15 jours, ce qui rend les manœuvres plus difficiles. La personne d'entretien vient informer qu'elle va venir faire le remplacement. Vers 9h le technicien discute avec la PAB, car il veut réparer le lit, mais c'est trop tôt selon la PAB pour lever la personne :

Discussion :

PAB 3 : « Là c'est trop de bonne heure pour la lever.

Technicien : 10h ce serait idéal

PAB « on va essayer ».

Un peu avant 10h, une préposée qui ne fait pas partie de l'équipe vient proposer son aide pendant le bain

PAB 3 : « Je peux faire vos lits qui ne sont pas faits »

PAB 1 : « Ce serait apprécié parce que l'homme d'entretien vient à 10h »

Le temps des repas est une balise temporelle particulièrement forte et ce, pour plusieurs raisons. D'une part les résidents ont incorporé eux aussi ces balises et les PAB observent des comportements d'agitation chez certains si leurs horaires habituels de repas ne sont pas respectés. D'autre part, pour des raisons de salubrité des aliments et d'organisation des cuisines, les repas livrés sur chariot doivent être distribués et consommés dans un laps de temps défini. Certains milieux disposent de frigos pour stocker éventuellement des repas en attente non consommés, mais il s'agit de possibilités à la marge.

Plus particulièrement, les infirmières semblent avoir une influence majeure de respect de ces balises. Dans le milieu B, il a été possible d'observer le pouvoir que les infirmières exercent sur le travail des PAB. Dans ce milieu, ce sont les infirmières qui font le plan de travail pour les PAB, elles font l'assignation des résidents et incorporent des variations dans l'organisation surtout pour les nouveaux PAB (tâches d'alimentation, lever des résidents, rappel des pauses, etc.). Dans le terrain A, *a contrario*, c'est un PAB expérimenté qui réalise le plan de travail. On y trouve incorporé les photos des résidents, particulièrement utiles pour les nouveaux PAB, ainsi que certaines informations ayant trait aux préférences des résidents ou à leurs comportements qui peuvent faciliter la phase de préparation du soin ainsi que la réalisation de celui-ci.

L'existence d'une marge de manœuvre des résidents et proches-aidants pour décider le déroulement de leurs journées est notée. Ils peuvent parfois demander aux PAB d'ajuster leurs horaires à leurs besoins s'ils ont des activités planifiées. De toute manière, les PAB tentent de les accommoder en répondant à la fois aux préférences des résidents et aux exigences de la routine organisationnelle. La SST et le PDSB, par contre, ne sont pas directement considérés de manière formelle dans cette réflexion.

- **Rythmes de travail différents des PAB**

Le rythme de travail peut différer entre deux PAB d'une équipe. La rapidité dans l'exécution des gestes et des opérations de chaque PAB est variable. Il a été possible d'observer une équipe dans laquelle le rythme de travail joue un rôle majeur pour l'exécution des tâches. Le PAB avec le plus d'expérience respectait un rythme plus intense, ses gestes et mouvements étaient plus rapides et il assurait le leadership pour la coordination des deux PAB.

Terrain B : Quand les soins sont à deux PAB, le rythme de travail est très rapide. La durée des soins est courte (entre 6 et 10 minutes), le PAB 2 fait des opérations rapidement et il demande la même rapidité à l'autre PAB 1.

5.5 Stratégies, régulation de l'activité et enjeux de collaboration

5.5.1 Résultats des entrevues

- **Les PAB : existence de stratégies de régulation du temps, sans prise en considération de la SST**

Les PAB confirment l'existence de nombreuses stratégies pour réguler les rythmes de travail et parvenir à atteindre les objectifs fixés par l'organisation. Certaines sont clairement antinomiques avec la notion de prévention des lésions professionnelles. Par exemple, une PAB explique le fait qu'elle réduit son temps de pause pour arriver à finir le travail « dans les temps ».

C'est sûr que quand je pars, les gens sont couchés et des fois on a raccourci notre temps de pause, parce qu'on a une pause et bon. Mais je veux toujours finir dans les temps. (PAB 1)

La plus grande majorité des stratégies ont comme fonction de réguler la charge de travail, mais il est rare que les PAB verbalisent les conséquences de ces stratégies sur la SST ou l'application du PDSB. Leur réflexion porte davantage sur le gain de temps, et de nombreux exemples illustrent ce point.

Il a été rasé la veille, je ne vais pas le raser le lendemain. C'est comme ça que j'essaie de sauver du temps. (PAB 5)

Quand on va dans la chambre, on essaie de tout faire justement, pour ne pas retourner 2 et 3 fois. Ça donne rien de laver partiellement puis de mettre une nouvelle culotte puis de retourner comme 20 minutes après pour aller faire la toilette puis l'habiller puis la lever. (PAB 3)

On essaie de compenser. On essaie de couper sur certaines choses. Admettons un lavage de vêtement. On sait qu'on a eu un bain la veille, on va faire plus vite sa toilette [...] On essaie de s'arranger pour que tout le monde ait au moins une petite toilette génitale. Mais ce n'est pas du tout l'idéal. (PAB 4)

La logique des PAB commande de ne pas prendre de retard sur le plan de la charge de travail, afin de prévenir des événements chronophages. Les PAB citent fréquemment la marge de manœuvre qu'ils utilisent pour réduire ces risques. Il semble clair que les PAB trouvent un grand nombre de compromis au profit de la charge de travail prescrite, puis du résident, et ce, sans égard à leur propre santé ou sécurité. La SST n'est jamais identifiée comme une préoccupation centrale de la tâche des PAB. Plus exactement, il semble que les discussions concernant cet équilibre entre logique productive, logique de soin et SST se concentrent surtout sur la productivité et la qualité de vie de l'usager. La SST n'a pas le même poids dans la discussion.

Ton patient, c'est lui qui est important. Mais t'en as 14 autres à faire après! Du coup, impossible de faire le PDSB. Tu te concentres à finir dans les temps, en faisant du mieux que tu peux pour le résident. (PAB 4)

La coordination des PAB est un enjeu complexe à l'égard de l'application du PDSB. Par exemple, les PAB mentionnent qu'ils utilisent fréquemment en solo le lève-personne sur rail au plafond, alors que les façons de faire préconisées par l'organisation mettent de l'avant la nécessité de l'utiliser en tandem. Mais ils notent aussi la problématique qui consiste à affecter deux PAB dans la même chambre, au même moment, du fait de la lourde charge de travail pour chacun des préposés, des événements imprévus ou des pauses. Ils privilégient alors une utilisation en solo et « clandestine » des équipements, principalement des lève-personnes.

Les PAB le font quand même, ils essaient de ne pas se faire prendre ni plus ni moins. Mais ils prennent la chance parce qu'ils attendent une collègue. C'est toujours une question facteur temps. Ils attendent une collègue, elle est partie, elle n'est pas arrivée, elle est occupée quelque part, elle est prise, ils prennent la chance de le faire seuls. Ils disent : non, non, c'est la première fois que je le fais seul [...]! (PAB 2)

Même quand les deux PAB occupent le même espace, le travail en binôme est un enjeu de coordination important. Certaines manœuvres (bains, transferts, etc.) nécessitent une bonne coordination pour éviter les blessures. Aussi, les PAB expliquent qu'une application correcte du PDSB nécessite de bien connaître les résidents, notamment leur état clinique, leur comportement, leur attitude. Mais la plupart, principalement les plus expérimentés, ne lisent pas le plan de travail pour savoir quel type de tâches effectuer, du fait de leur connaissance du résident. Néanmoins, dans un nombre important de situations, et surtout lorsque le rythme est intense, ils mentionnent qu'ils ont tendance à ne pas respecter le bon niveau de soins relatif au PDSB, ne pas assister la personne, et faire « à la place » du résident. « Rattraper le retard » équivaut souvent à passer de la supervision à l'assistance, souvent totale. La supervision est souvent perçue comme une modalité de transfert demandant un temps important.

Des fois, j'en ai, ils n'arrêtent pas de se laver le visage! Là tu es à côté : avancez votre dos. Attends, je n'ai pas fini mon visage! S'il me laissait au moins laver son dos puis continuer, mais non. Puis là, je ne peux pas rien faire. Comprends-tu? Puis, je n'ai donc pas le temps de ne rien faire. C'est ça qui fait qu'on se dit, pour les transferts par exemple : je vais le faire, ça va aller plus vite. Je vais faire à la place de la personne. (PAB 6)

- **Les agents syndicaux/préventionnistes : une collaboration fragilisée entre PAB**

Les préventionnistes précisent que les objectifs fixés par l'organisation conduisent à une intensification du travail, et à une accélération des pratiques des PAB avec les résidents. Ils déplorent le fait que certains PAB préfèrent accélérer leur pratique de soin et consacrer moins de temps aux résidents, afin de répondre aux objectifs fixés.

Je te donne un exemple, quand t'arrives dans la chambre d'une madame qui est dans les selles abondamment, moi, mon travail c'est de venir nettoyer puis de m'assurer qu'elle est bien lavée. Une collègue vient me voir : viens t'en, on n'a plus le temps! C'est parce que là, je m'excuse, mais, tu le vois bien, il faut que je lave comme il faut. Non, non, viens t'en, on n'a pas temps! Ça va jusque-là. (Préventionniste 1)

Les agents syndicaux notent que les PAB développent des stratégies - souvent non éthiques - en situation de travail, afin de gagner du temps. En ce sens, pour répondre aux exigences temporelles, les PAB auraient tendance à utiliser des stratégies réduisant le niveau de la qualité de pratiques et celui de la sécurité des déplacements. Selon eux, certaines de ces stratégies sont contraires aux principes de qualité et de sécurité. Par exemple, le fait de mettre deux couches à une patiente incontinente plutôt qu'une seule permet de gagner du temps (ne pas changer trop fréquemment la couche), ou alors d'utiliser en solo un porte-au-lit, alors que les pratiques organisationnelles exigent un travail en binôme. Les PAB peuvent aussi tenter de gagner du temps en ne mentionnant pas aux résidents quelles pratiques ils vont réaliser, c'est-à-dire en occultant la partie « communication » de leur activité. La pression temporelle serait susceptible de contribuer au développement de ces stratégies et, plus généralement, d'un travail informel qui corrompt la qualité des pratiques et compromet la sécurité des résidents et celle des PAB.

Il y a beaucoup de gens qui trichent [...] et de toute façon, si on veut arriver à tout faire, il faut qu'on néglige à quelque part. (Préventionniste 2).

Généralement, selon les préventionnistes, les PAB vont choisir de réduire le temps consacré au prendre-soin et à la sécurité, plutôt que ralentir le rythme de travail. Ce genre de conflit entre les pôles « soin », « production » et « SST » est particulièrement important lorsque la collaboration avec les autres PAB est nécessaire. Plus généralement, ils mentionnent que l'intensification du travail ainsi que le manque d'effectifs – notamment les fins de semaine – conduisent au développement de situations qui vont à l'encontre du programme PDSB et compromettent le travail en binôme lors des retournements des résidents ou de l'utilisation des leviers. Cela vient nécessairement fragiliser la santé des PAB.

La pauvre madame, qu'elle se lève, ça je comprends ça, mais pas au détriment de ta propre santé. Des fois, on les fait à 2, mais, on devrait utiliser le porte-au-lit par exemple, mais on ne le fait pas, parce que ça va plus vite de le faire en pivot. (Préventionniste 3)

Et ici, les préventionnistes souhaitent que les PAB prennent leur temps pour éviter de se blesser et qu'ils se consacrent à réaliser un travail de qualité. Ils recommandent aux PAB de

faire pression sur les gestionnaires pour dénoncer le manque de temps. Intensifier le rythme de travail signifie en pratique « jouer le jeu » des gestionnaires et de l'organisation, en compromettant la santé et la qualité des pratiques.

Les PAB nous disent : On manque d'effectifs! Nous, on s'organise comme on peut. Mais je leur dis : c'est parce qu'on triche quand on fait ça. On se tire une balle dans le pied [...] Bien, si on ne le fait pas, on n'aura pas le temps de lever tout le monde. Au pire-aller, on ne lèvera pas tout le monde, mais il n'y aura pas personne qui va se blesser. (Préventionniste 2)

Selon eux, les gestionnaires préfèrent responsabiliser individuellement les PAB dans leur incapacité à mettre en application des pratiques sécuritaires dans un contexte d'intensification du travail, plutôt que de réfléchir aux conditions et responsabilités organisationnelles qui permettraient de faciliter leur application, par la voie notamment de discussions collectives. Ils mentionnent ainsi qu'il y a trop peu de discussions collectives sur l'usage du PDSB dans les équipes de travail. Ils précisent ainsi l'intérêt d'intégrer davantage les infirmières auxiliaires aux discussions collectives sur l'usage du programme PDSB.

- **Les infirmières et infirmières auxiliaires : une organisation et une coordination complexe des PAB, à cause des contraintes de temps**

Les ASI affirment que la coordination entre PAB est l'élément qui permet de réaliser correctement le PDSB, notamment lors du travail en binôme, qui permet de « rattraper du temps » lors des situations d'urgence :

Quand on veut lever quelqu'un et qu'on dit à 3, mais à 2 elle est déjà montée ou [] bon bien, toutes sortes de choses comme ça. C'est déjà arrivé [...]. Et la fille était quand même assez costarde et elle l'avait tirée vraiment fort, donc c'est l'autre qui avait eu le contrecoup! (Infirmière ASI 4)

Par contre, les infirmières notent que le fait de devoir attendre un PAB n'est pas beaucoup apprécié de la part des autres collègues. C'est dans ces situations de tensions temporelles que les PAB peuvent être tentés d'effectuer des pratiques non sécuritaires en réalisant en solo ce qui devrait être effectué en tandem.

Si une PAB ne peut pas aider parce qu'elle est occupée, on dit : tu le fais, tu laisses la patiente là, tu la mets en sécurité puis eux autres, ils vont la lever quand ils seront prêts. Mais souvent le PAB préfère le faire seul, même si c'est plus dangereux. (Infirmière auxiliaire - 3)

Un enjeu essentiel aux yeux des infirmières est la nécessité d'assurer un bon niveau de préparation et de communication avec le résident. Selon elles, il s'agit d'un prérequis du PDSB, que ne mettent pas toujours en œuvre les PAB. De fait, les PAB doivent demeurer très alertes à l'égard des enjeux cliniques vécus par les résidents (démence, par exemple). Et de telles préparations et communications sont le gage d'un travail rapide et efficace. Enfin, une ASI note qu'il serait important d'assigner les PAB aux mêmes résidents, puisque cette interconnaissance pourrait potentiellement permettre d'éviter ou prévenir les gestes malencontreux des résidents,

de mieux connaître les changements qu'ils ont vécus et de réaliser correctement le programme PDSB. Cette assignation pourrait occasionner moins de stress, mais peut aussi avoir pour conséquence de créer une inégalité entre PAB; certains pourraient ainsi être assignés à un plus grand nombre de cas plus lourds que d'autres préposés.

- **Les chefs d'unité de vie : un manque de communication entre PAB ?**

Les CUV notent que les PAB souffrent de ne pas partager suffisamment d'informations pour répondre aux enjeux SST. La situation est particulièrement criante lorsqu'il s'agit de transmettre l'information et de faire le pont entre deux quarts de travail, ou entre PAB expérimentés et recrues qui *ont moins le sentiment d'appartenance et le sentiment de continuité des soins.*

Les CUV notent que des tensions peuvent naître entre PAB de deux quarts successifs, si les préposés du deuxième considèrent que l'information transmise par ceux du premier quart est insuffisante. Par exemple, les PAB du quart de jour peuvent laisser du travail supplémentaire à ceux du quart de soir, et ces derniers peuvent juger négativement cette attitude sans comprendre les enjeux vécus leurs collègues du quart précédent.

C'est difficile de rassembler tous ces gens-là pour qu'ils s'expliquent quand on fait les rencontres d'équipe parce qu'on n'a pas le budget pour payer du temps supplémentaire, par exemple. Et c'est sûr que les PAB ne vont pas rester gratuitement après leur quart de travail. (CUV 1)

La communication entre PAB relative à un même soin est aussi un enjeu central, qui peut permettre de créer de bonnes conditions d'application du PDSB. Selon les CUV, certains accidents de travail se produisent à cause d'un manque de coordination lors d'une manœuvre.

Par exemple, le résident est en train de chuter, on n'est pas supposés de le retenir, mais un des PAB va tenter de le retenir alors que l'autre non. Ça va créer un accident, sûr! (CUV 1)

- **Les gestionnaires administratifs : usages de stratégies clandestines**

Les gestionnaires administratifs mentionnent que la routine organisationnelle joue un rôle majeur dans l'intensification du processus de travail. Ainsi, les PAB ne respectent pas toujours les principes du programme. Un des enjeux les plus communément cités demeure la collaboration en binôme pour les activités qui requièrent une assistance totale. Pour les gestionnaires, les PAB ne prennent pas le temps d'attendre qu'un collègue vienne les aider lorsqu'il s'agit d'une activité en tandem. Cela peut favoriser les risques de blessures pour le PAB et le résident.

Quand il y a un plan de travail qui dit « travail à 2 », ils décident de le faire tout seuls parce que ça va plus vite, parce qu'il y a un collègue qui est déjà avec un patient et ils ne veulent pas attendre [...] Ils veulent aller plus vite pour donner les bains avant midi. (Gestionnaire 2)

Un gestionnaire note que le roulement de personnel est aussi un enjeu relatif à la coordination du travail en binôme pour appliquer le PDSB. Le roulement empêche une bonne interconnaissance des PAB pour faciliter le travail en tandem. Mais une grande majorité des PAB sont à temps partiel et doivent travailler dans diverses unités. Enfin, un autre gestionnaire croit que tout le monde serait gagnant en favorisant le dialogue entre gestionnaires, préposés aux bénéficiaires et autres professionnels. Des échanges plus nombreux permettraient de mieux comprendre les raisons qui motivent les PAB à adopter ces stratégies. Et puisque le niveau d'autonomie des bénéficiaires peut chuter rapidement, améliorer la communication pourrait également permettre de comprendre quel sens prend l'usage de telles stratégies par les PAB par rapport aux transformations de l'état clinique du résident, ou au choix de certains résidents qui ne veulent pas être déplacés par certains instruments (lève-personne, par ex.), et ce, d'autant plus que les infirmières discutent peu des enjeux SST ou des principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB).

5.5.2 Résultats des observations et autoconfrontations

- **Collaborations entre PAB dans l'équipe et d'autres professionnels : un enjeu de temporalité**

Un premier enjeu identifié dans le cadre des observations concerne la collaboration entre PAB pour la réalisation de la tâche prescrite. Selon nos observations, l'esprit d'entraide varierait selon les unités mais aussi selon les quarts de travail. Une PAB du terrain B, affectée au quart de soir, déclare : *Ici les gens s'entraident, ce n'est pas toujours le cas de jour.* Cette collaboration est en fait à géométrie variable; elle change selon les besoins des membres de l'équipe (ex : transfert à deux). Sur le terrain A, des régulations entre deux PAB lors des soins ont lieu à plusieurs reprises. Les PAB déterminent où elles en sont rendues, discutent des soins qui restent à dispenser, de la journée à venir, etc. : *Il faut s'ajuster en fonction des bains des autres équipes, de nos bains, des pauses, si le patient veut se lever ou non.*

Ainsi, l'organisation du travail se structure autour des balises temporelles, mais aussi des imprévus (intervention rapide auprès d'un résident, code d'urgence, etc.) et du nombre réel de PAB affectés à l'unité ainsi que de leur connaissance du résident. Sur le terrain A, une PAB « fait » un résident à la place d'un autre collègue qui a des difficultés à composer avec l'agitation du résident : *Comme je suis là, je la fais. Elle peut être agitée si elle ne connaît pas.* D'autres indicateurs jouent un rôle notable, comme l'état des résidents qui doivent être levés ou couchés plus tôt que d'autres, ou les choix associés aux demandes des familles.

Terrain A : Une PAB avance l'heure du repas et fournit de l'aide totale à l'alimentation pour être sûre que la résidente a mangé avant l'arrivée de la famille.

Certains PAB rapportent qu'ils doivent investir le temps nécessaire pour « rattraper » les pratiques mal effectuées par d'autres préposés, comme dans le terrain B : *On doit replacer les sangles pour le hamac. Ils ont tout mal mis.* Le travail des autres collègues ou de la hiérarchie peut entraîner des attentes dans le travail des PAB qui doivent alors « rattraper » le temps lors des soins suivants. La situation se détériore lorsque plusieurs personnes sont nouvellement

recrutées ou intégrées dans l'organisation aux différents échelons de l'équipe (PAB, infirmières, infirmières auxiliaires), puisqu'elles ne connaissent ni les résidents ni les membres de l'équipe de travail.

Cas exemplaire : Une histoire d'attente et ses effets

Contexte : Terrain A. La résidente dont la PAB fait la toilette a une sonde urinaire. Le soin débute à 7h20. La PAB (depuis 2 ans en remplacement sur l'étage) amène la résidente à la toilette pour vider la sonde. Elle connaît la marche à suivre mais elle ne doit pas agir seule, car selon elle, il s'agit d'un acte réservé aux infirmières auxiliaires. Elle laisse la résidente sur la toilette et sort dans le couloir chercher une infirmière auxiliaire, en remplacement sur l'étage. Elles reviennent dans la chambre. L'infirmière auxiliaire ne sait pas quoi faire de plus.

Discussion :

PAB : « Il faut que tu lui ôtes ».

L'infirmière auxiliaire lui demande comment on fait d'habitude pour l'ôter. La PAB lui explique.

INF AUX : « Est-ce qu'ils comptent l'urine? »

PAB : « Je ne sais pas. L'infirmière l'amène avec elle. Y a-t-il un bouchon vert avec elle? »

INF AUX : « Non »

PAB : « Peut-être dans le chariot »

INF AUX : « Je vais appeler l'infirmière, c'est quoi son nom? »

La PAB retourne dans la chambre à 7h35. L'infirmière arrive à 7h44 avec un bouchon et s'en occupe. L'opération (clampage du drain) dure en tout 1 minute. L'opération a occasionné une pause de 10 min durant les soins (pour ne pas laisser la résidente seule sur la toilette).

PAB : « J'en ai 7 à faire avant le déjeuner, mais je ne rentrerai pas dans mon temps. Y'en a encore un autre à faire avant le déjeuner » (7h50)

- **L'importance de la communication et collaboration entre PAB sur le plan de la prestation des soins**

Une variabilité est observée dans l'utilisation des principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires dans le temps. Des principes ou des manœuvres bien appliqués lors d'un quart de travail le sont moins dans un autre, sous l'influence de la présence ou de l'absence d'un partenaire, de l'identité de celui-ci et de l'évolution du soin. Par exemple, les PAB rappellent l'importance de s'adapter à la taille du partenaire le plus petit.

Terrain B, PAB : On m'a appris qu'il faut le lit à la hauteur du pubis pour faire la remontée à la tête de lit. Là, le lit est un peu bas pour moi, mais c'est pour s'ajuster à la plus petite des deux pour les remontées. Il faut que je fasse attention, trop bas, j'ai mal au dos, mais il faut que je fasse attention pour ma collègue.

Il existe aussi une grande variabilité dans les communications entre PAB, concernant les soins. Comme pour l'application du PDSB, une relative variation est observée dans la qualité de la communication. Dans certains cas, les échanges entre PAB se réalisent correctement lors d'une situation, mais peuvent être déficients lors de la suivante. Par exemple, dans une

situation du terrain A, il n'y a pas de communication entre les PAB lors d'une manœuvre de transfert (remontée au lit), et l'un des préposés exécute le mouvement uniquement avec la force des bras, sans donner ou attendre un signal. Ici, l'utilisation de consignes verbales pour assurer une bonne synchronisation, et donc d'éviter que l'un deux débute la manœuvre avant l'autre, n'est pas toujours appliquée.

Lors des analyses des observations, il est ressorti qu'une PAB prend le « lead » lors des soins en binôme. Généralement, le PAB avec le plus d'expérience est celui qui dirige les manœuvres et planifie les soins. Les préposés moins expérimentés vont intervenir pour modifier l'organisation ou l'exécution des manœuvres, surtout si la sécurité des résidents est compromise. Mais globalement, des difficultés peuvent apparaître si les PAB ne respectent pas les mêmes rythmes de travail.

- **L'importance de la communication avec le résident**

La communication avec le résident occupe une place essentielle au regard de la réalisation correcte du PDSB. Il est conseillé aux PAB de communiquer avec le résident et avec leurs collègues avant, pendant et après les déplacements, transferts ou retournements au lit, et ce, peu importe le niveau d'assistance. La communication est l'outil priorisé par la formation PDSB pour appuyer l'exécution de tous les principes, établir un lien de confiance avec le résident et obtenir le maximum de collaboration de sa part pour favoriser les manœuvres et préserver son autonomie. Malheureusement, la communication avec les résidents est souvent négligée au profit des rythmes de travail. La charge de travail a donc un impact direct sur la qualité de la communication.

Terrain A : Chercheur : Est-ce qu'il y a d'autres choses sur lesquelles tu coupes?

PAB : Oui, de prendre le temps de parler aux résidents! Pas le choix! Moi, si ce serait moi, je leur parlerais bien plus!

Néanmoins, il existe une grande variété de situations de communication entre collègues et avec les résidents, selon le soin. Dans certains cas, la différence d'attitudes des membres d'une même équipe envers les résidents est flagrante. Par exemple, l'un communique très peu de façon générale, peu importe le soin alors que l'autre prend toujours le temps d'expliquer et de préparer l'intervention. Dans le terrain A, une résidente nécessite une assistance partielle. Même si la plupart des principes PDSB sont respectés, la communication n'est pas établie. Aucune consigne ni information ne sont données, et la PAB ne cherche pas à utiliser les capacités des résidents. Dans un autre cas du terrain A, une résidente, très craintive face aux soins, nécessite un travail en binôme. Dans ce cas, une PAB décide de ne pas attendre sa collègue et de travailler en solo pour offrir les soins et exécuter les retournements au lit, et ce, sans communiquer avec la personne.

Fait à noter, les PAB peu expérimentés, qui doivent travailler dans plusieurs unités en raison de leur statut précaire, ne connaissent pas spécifiquement les caractéristiques des résidents. Ils font davantage confiance aux PAB qui ont une connaissance du terrain et des résidents. Les préposés peuvent utiliser des stratégies spécifiques pour s'occuper des résidents, les laver, retarder ou devancer un soin en fonction des besoins physiologiques d'un bénéficiaire (par

exemple, ne pas changer la culotte trop tôt, car la personne va aller à la selle peu de temps après), ou pour repousser un soin s'ils jugent que la personne est dans un état de fatigue trop important. La variabilité de l'état des résidents peut avoir un impact majeur sur la réalisation des tâches et l'application du PDSB.

Terrain C : La résidente nécessite une assistance totale, à cause de son manque de collaboration. La résidente est agressive envers la PAB et elle force la PAB à ne pas donner les soins, en plus elle crache vers la PAB. Les principes de PDSB ne sont pas respectés; la PAB doit pousser la résidente et forcer tout le temps pour éviter les mouvements de la résidente. Finalement, la PAB décide de ne pas continuer toute seule et elle sort pour demander de l'aide. Une autre PAB rentre et calme la résidente.

- **Stratégies de gain de temps**

Un nombre important de stratégies sont mises en œuvre par les PAB. Ces stratégies visent prioritairement à réaliser les pratiques et manœuvres avec le résident en ne leur accordant que le temps nécessaire. Dans ce cadre stratégique, la SST et le PDSB sont rarement pris en considération. Un premier gain de temps est obtenu en planifiant au maximum les équipements qui seront requis dans les chambres. Il s'agit, par exemple, d'apporter plus de débarbouillettes pour une personne que pour une autre, parce qu'elle est abondamment souillée. Cela permet d'éviter la rupture de la relation, la perte de temps lors des soins et l'exécution de manœuvres supplémentaires (lits à remonter pour mettre la personne en sécurité). Une autre stratégie consiste à éliminer un soin, une manœuvre ... ou les repousser. Ne pas accomplir intégralement les manœuvres, ou les préparer à la sauvette (comme ne pas ajuster les hauteurs des plateaux d'alimentation) font partie de cette liste.

Une bonne connaissance des résidents permet de déterminer le bon moment pour réaliser les activités de toilette. Les PAB régulent leur temps en fonction de la connaissance qu'ils ont des habitudes des résidents et de leurs activités, ou de leur état de fatigue. Les PAB établissent donc leur horaire de soin en fonction de leur degré de familiarité avec les résidents.

Terrain A, PAB : À 16 h on fait Mme Côté. Car avant elle a la messe et elle n'accepte pas. En début d'après-midi, le lever dépend d'un jour à l'autre. S'il y a une activité, on va la lever. S'il n'y en a pas, on n'est pas obligés de la lever. Il y en a d'emblée, s'ils sont couchés, il faut les lever.

Il existe une stratégie de travail selon laquelle les PAB dispensent des soins à certains résidents plutôt qu'à d'autres. Les observations ont montré que, dans plusieurs organisations, il y a une tendance à débiter par les soins aux résidents plus autonomes, qui ne requièrent pas l'assistance de deux travailleurs, mais d'un seul. Le travail des PAB en binôme est accompli dans un second temps auprès des résidents qui demandent plus d'assistance, notamment pour les soins, pour le lever et la mise au lit. Donc, les résidents nécessitant plus d'assistance reçoivent les soins à la fin de la phase d'activités. Dans d'autres milieux, ceux-ci sont assistés dès le début du quart.

Terrain A, Les PAB travaillent seuls avant le déjeuner et après ils travaillent en équipe pour lever les résidents en même temps. Cette organisation se maintient la plupart du temps, mais elle peut varier en raison des résidents et des coéquipiers.

5.6 Formation des PAB et intégration dans l'organisation

5.6.1 Résultats des entrevues

- **PAB : complexité de la phase d'intégration des recrues**

Les PAB rappellent l'importance et la complexité de la phase d'intégration des recrues, c'est-à-dire celle dite « d'orientation ». Cette phase doit servir, selon certains PAB, à effectuer auprès des recrues un rappel des pratiques sécuritaires qui ont été enseignées lors de la formation PDSB. Précisément, les PAB notent un décalage entre l'environnement de travail décrit durant la formation initiale et le contexte réel de travail en CHSLD. L'intensité de la charge de travail, notamment, n'est pas perçue lors de la formation initiale; ni les conflits qui surgiront sur le terrain entre la productivité, l'aspect relationnel des soins et la SST.

Souvent, les nouveaux employés me disent : je suis content d'avoir fait ça la première journée parce que ce n'est pas comme ça qu'on l'a appris à l'école. (PAB 2)

Les PAB responsables de l'orientation (et parfois l'agent de suivi PDSB) exécutent une fonction qui leur permet d'évaluer la compétence du personnel, ainsi que leur inculquer ce qu'ils considèrent comme les « bonnes pratiques ». Mais ces pratiques, pour les orienteurs, ne mettent que rarement de l'avant les enjeux de SST, de même que le PDSB. Elles concernent davantage le respect d'un modèle relationnel avec les résidents et de la charge de travail. Certains PAB rapportent que les recrues s'approprient d'abord et avant tout la routine mise de l'avant par les PAB les plus expérimentés et les orienteurs. De plus, ils considèrent que d'inculquer les principes de manœuvres sécuritaires à des PAB peu expérimentés est une tâche complexe, car ceux-ci disposent d'un statut précaire et doivent fréquemment changer d'unités et se réadapter au travail des équipes. Cette mobilité compromet l'appropriation correcte du programme PDSB.

On manque de temps de formation au moment de l'orientation. Et comme les nouveaux partent vite sur d'autres unités, il faudrait des personnes ressources qui seraient jumelées sur une durée plus longue. Si ça pouvait être coordonné comme ça, ça serait l'idéal. (PAB 2)

La coordination est essentielle avec les PAB peu expérimentés. Ceux-ci vont se fier à leurs collègues ayant plus d'ancienneté qui, eux, peuvent fort bien ne pas appliquer correctement le PDSB. Certains PAB ajoutent que de telles situations peuvent alimenter des discussions relatives au PDSB, mais que les recrues refusent de confronter leurs collègues plus expérimentés. Ces derniers sont néanmoins en mesure d'élaborer des stratégies de coordination avec des recrues lors d'activités concrètes :

Mettons que je vais travailler avec un nouveau et que je ne sais pas trop comment il travaille, tu comptes! Je le fais compter, pas moi, lui, s'il est moins habitué, je vais partir en même temps que lui. (PAB 4)

Les PAB déclarent que le PDSB fait peu l'objet de discussions entre collègues, ou entre expérimentés et recrues. Il n'y a pas d'espace ni de créneau horaire disponibles pour assurer de telles discussions collectives entre PAB d'un même quart, ou entre PAB de quarts différents. Par contre, ils jugent positivement la présence d'un agent PDSB, qui demeure utile pour échanger sur les meilleures méthodes à appliquer. Le principe selon lequel les PAB peuvent demander aux agents de les accompagner sur leurs unités pour leur permettre d'effectuer un suivi est fort apprécié.

- **Les agents syndicaux : la résistance au changement des PAB expérimentés durant la phase d'orientation et les suivis du programme PDSB**

Les agents syndicaux mettent de l'avant toute l'importance de la résistance au changement des PAB expérimentés durant la phase d'orientation des recrues et les suivis liés au PDSB dont sont responsables les agents de suivi. Selon les préventionnistes, les PAB expérimentés joueraient clairement un rôle défensif et contraignant qui transpire dans leur manière d'accueillir les commentaires et les formations PDSB. Ainsi, les PAB expérimentés seraient les garants d'une certaine culture organisationnelle et d'une routine ancrée dans la pratique, qui favorisent l'application de pratiques favorisant l'intensification du travail, ce qui est difficilement conciliable avec la SST et des pratiques et manœuvres sécuritaires, dont celles du PDSB.

Les recrues sont encadrées par des PAB expérimentés lors de leur intégration. Cette phase d'orientation, pourtant, serait selon les préventionnistes peu appréciée des PAB « orienteurs » (*Encore un nouveau ce matin!*), et ceux-ci focaliseraient davantage l'objet de leur discussion avec les recrues sur le rapport aux temporalités plutôt que sur les pratiques sécuritaires.

Les anciennes, elles disent : Eux autres, les nouveaux, ils arrivent de l'école, nous autres on veut bien, mais ici, on n'a pas le temps. S'ils me le disent à moi qui a plus de 30 ans d'expérience puis de service dans le domaine puis représentant syndical, imaginez-vous un petit jeune qui sort de l'école. C'est peut-être rendu tellement insidieux qu'ils ne s'en rendent même plus compte. » (Préventionniste 1)

Les préventionnistes mentionnent ainsi qu'il est difficile pour un PAB peu expérimenté de discuter des modalités du PDSB avec un autre PAB expérimenté, qui est chargé de son orientation. Ces difficultés ne sont pas étrangères à la pression temporelle de cette routine organisationnelle et du comportement défensif des vétérans. Aussi, les préventionnistes notent que le PDSB constitue une formation de qualité, qui répond aux besoins des PAB sur le plan de la SST, mais qu'il est nécessaire de mettre en application des retours réguliers et des rafraîchissements des connaissances à l'ensemble du personnel PAB, et plus particulièrement aux recrues qui ont reçu la formation initiale. Ils mentionnent que l'accumulation d'expérience de travail ne conduit pas nécessairement à une bonne application du PDSB. Ils notent qu'il

s'agit d'une formation « technique », et qu'il est nécessaire d'assurer des retours fréquents pour permettre une pratique de qualité.

L'expérience ne fait rien à l'affaire. On peut penser maîtriser une technique, et en fait non [...] surtout les détails techniques! Car la formation est très technique, au niveau du transfert de poids notamment. (Préventionniste 3)

Plus généralement, les préventionnistes mentionnent que les PAB tendent à oublier le PDSB du fait d'un manque de pratique. Par exemple, la « remontée au lit » est plutôt bien réalisée par l'ensemble des PAB, car elle doit être effectuée fréquemment. Pour d'autres manœuvres, la conformité et la qualité ne sont pas nécessairement assurées. Les préventionnistes notent ainsi que le suivi PDSB devrait comprendre un nombre plus important de retours (« rafraîchissements »). Ils souhaitent être plus nombreux sur le terrain, notamment lorsque les PAB en font la demande ou à la suite d'un accident de travail.

- **Infirmières et infirmières auxiliaires : le manque de suivi des recrues**

Les infirmières (ASI) et infirmières auxiliaires notent, d'une part, le manque de suivi des recrues, sans poste fixe, pour lesquelles le temps consacré à la phase d'orientation est reconnu comme étant insuffisant, notamment en ce qui concerne l'application du PDSB. Les infirmières déplorent le fait que les PAB expérimentés transmettraient aux nouvelles un contenu de formation qui est peu conséquent avec le programme PDSB :

Si c'est une PAB qui est régulière avec une autre qui n'est pas régulière, elle va lui dire : regarde, voilà le patient que tu es capable de faire toute seule, c'est telle façon, telle façon. Le PDSB ne sera pas forcément là-dedans. De ce que j'en vois, elles n'en parlent pas beaucoup. (Infirmière auxiliaire 3)

Les ASI insistent sur le fait que les PAB expérimentés suivent une routine de travail peu flexible, qu'ils imposent aux recrues. Par exemple, le fait de réaliser en binôme un transfert d'un patient n'est pas toujours respecté, malgré l'inscription de l'activité dans le plan de travail. Une ASI note par ailleurs que les moins expérimentées vont prendre « le mauvais pli des expérimentées », qui sont « contagieuses ». Pour les ASI, il serait inenvisageable de mettre en œuvre un processus de suivi de l'application du PDSB, car les PAB nouvellement embauchés sont plus facilement portés à changer de poste ou d'établissement, du fait qu'ils ne détiennent pas de poste fixe.

Avec tous les postes, les équipes volantes et un paquet de choses, on les perd de vue, ils nous reviennent au bout de 1 an, 2 ans. Ça, c'est un gros, gros problème. Ils se baladent d'un hôpital à l'autre. (Infirmière ASI 6)

Pour les recrues, qui doivent travailler rapidement dans les unités sans connaître le milieu ni les résidents, la transmission d'information est compliquée en raison de l'intensité de travail à réaliser, et du manque de temps pour communiquer l'information.

- **Chefs d'unité de vie : la SST, un enjeu périphérique de la transmission des savoirs**

Les chefs d'unités de vie (CUV) rapportent que les compétences expérientielles des PAB relatives à la SST ne sont pas au centre de la transmission des savoirs aux recrues. Selon les CUV, les PAB expérimentés ont la compétence pour réaliser efficacement le travail; ils développent des méthodes qui vont allier la réduction de la charge de travail à la qualité des pratiques. Ce genre d'habiletés est très apprécié par les CUV, qui souhaitent que les plus jeunes recrues parviennent à l'intégrer. Cette compétence, qui met en valeur l'aspect « production » et l'aspect « relationnel », occulte toutefois l'aspect SST.

Les gens qui sont plus expérimentés, je dirais qu'ils ont développé des méthodes de travail plus efficaces. Et on peut le voir même lorsqu'il y a des nouvelles admissions, par exemple, il y a comme un moment où est-ce qu'ils ont plus du mal avec leur routine. C'est moins efficace! Ils arrivent moins dans le temps. Au bout d'un certain temps, quand ils connaissent le résident, quand le résident aussi est habitué à la façon de faire, bien, il y a comme un air d'aller qui fait qu'ils arrivent mieux dans le temps. (CUV 2)

Néanmoins, les CUV estiment que les PAB expérimentés font parfois de la « résistance » et ont tendance à ne pas suivre les principes de la formation PDSB, et à construire une routine de travail. Ils exerceraient même une influence négative sur l'orientation des recrues qui, de ce fait, ne se sentent pas à l'aise de critiquer l'avis des orienteurs.

On a des PAB qui sont ici depuis longue date, et qui traînent des vieilles habitudes puis qui vont influencer ces nouveaux-là à dire : non, non, non, on ne fait pas ça de même, on fait ça comme ça. (CUV 1)

Selon les CUV, la formation PDSB est importante pour les recrues. Les PAB expérimentés doivent réaliser durant l'orientation une phase d'évaluation des compétences en matière de PDSB. Mais dans certains cas (2 terrains étudiés sur 3), il n'y a pas de temps dédié au PDSB lors de l'orientation. Ce sont davantage la qualité des soins et la vitesse d'exécution qui sont recherchées comme formes de compétences. Comme le mentionne une CUV, le PDSB, « ça va avec la tâche ». De fait, un PAB pas ou peu formé au PDSB risque de ne pas revoir certains principes lors de l'intégration.

S'ils n'étaient pas trop forts en arrivant niveau PDSB, ce n'est pas dans la première année nécessairement qu'on va améliorer leur connaissance et qu'ils vont nécessairement s'améliorer. (CUV 3)

Les CUV estiment globalement que leurs organisations respectives accordent suffisamment de moyens à la mise en application du PDSB, notamment par l'orientation, lors de l'intégration, et à l'occasion des suivis fréquents par l'agent PDSB. Ils reconnaissent néanmoins le peu d'échanges collectifs sur le sujet. Seuls les temps d'orientation, la présence d'un agent PDSB ou un accident de travail permettent de dégager un espace de discussion consacré au PDSB. Selon eux, les agents de suivi occupent une place essentielle pour montrer aux PAB ce qui doit relever d'un effort ou non, d'une supervision ou pas, d'une assistance partielle ou totale. Les

CUV révèlent que les PAB ont une tendance à privilégier l'assistance totale aux autres formes d'assistance par souci de réduire l'effort et de gagner du temps.

Ça ne leur prend pas grand-chose pour dire c'est au levier! C'est qu'à ce moment-là, on ne peut plus exploiter les capacités résiduelles du résident. Comme il le mérite. Il a encore des capacités, bien profitons-en pour les [...] maintenir. Si on n'était pas alerte à ça. Nos résidents seraient tous en levier. (CUV 1)

Néanmoins, deux CUV admettent le manque important de moyens financiers du réseau actuel des CIUSSS. L'austérité budgétaire empêche la multiplication des formations ou suivis du programme PDSB. Et une CUV confesse même son incapacité à soulever des critiques relatives au manque de ressources lors des rencontres du comité de gestion.

Il ne faut pas trop le dire dans nos rencontres. Quand tu viens dire ça, qu'il manque de moyens, que les filles partent à cause de cela, qu'elles sont fatiguées [...]. On me dit en rencontre que c'est parce que je manque d'originalité! De créativité! Je suis peut-être une gestionnaire qui n'est pas assez optimiste là. (CUV 3)

- **Gestionnaires administratifs : le difficile exercice de la prévention**

Les gestionnaires administratifs notent tout d'abord la complexité de la démarche de prévention. Parmi eux, une gestionnaire affirme que, globalement, la prévention demeure un parent pauvre des ressources humaines au CISSS et CIUSSS. Pour une autre, son équipe ne se compose pas de suffisamment d'effectifs pour permettre une prévention efficace pour l'ensemble des PAB et, pour sa part, elle ne consacre pas suffisamment de temps sur le terrain pour comprendre les enjeux vécus réellement par les PAB. Une dernière stipule que les instructeurs PDSB consacrent de moins en moins de jours à la prévention, et qu'il n'existe toujours pas de programme clair pour le déploiement du PDSB dans le CISSS/CIUSSS duquel elle relève. Plus globalement, il semble difficile pour les gestionnaires d'accroître l'offre de service pour la prévention des PAB. Celle-ci se réduit au déplacement des préventionnistes dans les unités pour encadrer des cas pratiques, et ne permet pas d'atteindre l'objectif de diffuser des capsules de formation à l'ensemble du personnel. Les gestionnaires mentionnent qu'ils cherchent avant tout à cibler la phase d'intégration des recrues (orientation) et les secteurs dans lesquels beaucoup de jours de travail ont été perdus en raison des de LP (accidents du travail ou TMS).

Les gestionnaires rappellent l'importance de la sensibilisation du personnel à la SST, et plus précisément au PDSB, au moment de l'embauche. Selon eux, la SST et, de fait, l'usage du programme PDSB, doivent faire partie de leur culture de travail. Une gestionnaire note à ce propos que la formation initiale n'est pas convaincante, et qu'il faut davantage former les nouveaux PAB aux principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires lors de leur intégration.

Pour l'instant, les jeunes recrues avec un DEP ou une technique infirmière reçoivent un retour important sur la formation, sur les cours « équipements » et « manœuvres ». Ceci nécessite une libération importante des PAB pour

les superviser. Et les PAB ne sont pas assez prêts à assumer une charge d'activités avec assistance totale. Pourtant, on a surtout ça en CHSLD. (Gestionnaire 3)

Le plus souvent, la recrue ne connaît pas les exigences du travail réel dans les unités, principalement du nombre important d'activités qui requièrent une assistance totale. Il y a un manque de suivi des PAB peu expérimentés, surtout ceux des quarts de soir et de nuit, et notamment lors des cas d'urgence (agressivité, confusion...). Deux gestionnaires précisent justement que les phases d'intégration se déroulent prioritairement durant le quart de jour, et qu'ainsi les PAB travaillent souvent à effectif réduit durant les quarts de soirs et de nuit. Durant ces quarts, peu voire pas d'aide n'est donnée aux PAB peu expérimentés, sinon les informations contenues dans le plan de travail. Cela peut représenter une difficulté au regard de la prévention de la SST et de l'application du PDSB.

La phase d'intégration se réalise globalement avec un PAB expérimenté, mais celui-ci n'effectuera pas nécessairement les déplacements conformément au PDSB. Le choix de l'orienteur n'est pas guidé par sa capacité avérée de réaliser le programme PDSB, mais plutôt par sa volonté de réaliser la phase d'orientation, c'est-à-dire de consacrer du temps et de l'énergie aux suivis des recrues. L'intégration est vécue comme une difficulté pour les PAB expérimentés; elle est considérée fréquemment comme un irritant. C'est la gestion du temps et notamment le respect de la routine du travail, qui sont au cœur de l'évaluation des nouvelles recrues par les expérimentés :

L'expérimenté, elle va dire : Ça va, elle suit mon rythme, elle me ralentit pas. Elle a compris vite et elle est rapide. C'est surtout ça qui prend de l'importance! Ou sinon : Ah! Elle me retarde, elle me pose plein de questions, elle n'a pas compris. Je lui ai montré 4 fois et ça ne rentre pas! (Gestionnaire 1)

Tous les gestionnaires ne sont pas d'accord avec l'idée de cibler les PAB nouvellement recrutés pour recevoir un contenu de formation relatif au PDSB. L'un d'eux indique que les PAB expérimentés sont les plus touchés par les problématiques de SST. Mais, paradoxalement, la majorité des fonds dont disposent le CISSS et le CIUSSS visent à donner une formation en situation de travail aux nouvelles recrues.

5.6.2 Résultats des observations et autoconfrontations

- **Écart entre la formation initiale et le travail réel en CHSLD**

Durant la formation initiale, les PAB ont acquis des savoirs pour favoriser l'adoption des postures recommandées par le programme PDSB. Lors des observations (terrain B), il est apparu que ces savoirs sont toujours utilisés par les préposés peu expérimentés, dans certaines situations :

Terrain B : Pour laver la personne, elle laisse la tête du lit un peu montée, comme elle a appris à l'école, pour éviter de se courber. Elle monte les ridelles pour aider au résident à faire les retournements au lit.

PAB : Comme la patiente ne respire pas bien, je laisse la tête du lit un peu montée, mais quand je vais la retourner, je vais mettre le lit à plat, parce qu'ils m'ont appris comme ça à l'école. Sinon le patient peut avoir une fracture des côtes ou quelque chose comme ça.

Des PAB estiment qu'il existe un décalage ressenti entre la formation initiale des PAB et la réalité sur le terrain, en CHSLD. Les PAB ajoutent que la formation initiale donne des conditions favorables à leurs pratiques, mais qu'elle est déconnectée du travail réel et de la charge de travail intense qui le caractérise.

Terrain A, PAB : Tu as 3 résidents de tous tes stages. Tu n'as pas 12 résidents à 2. Tu as 3 résidents, c'est tout. Donc, à l'école, tu fais toujours ton PDSB comme il faut. Tu as le temps toujours de le faire.

Aussi, les enjeux relatifs au degré de collaboration du patient ne sont pas considérés lors de la formation initiale, ou très peu, alors qu'ils sont d'une très grande importance lors des manœuvres.

Terrain A, PAB : Je te dirais qu'à l'école, c'est un peu superficiel. Ils te montrent la technique sur papier. Ils te le font pratiquer, mais quand tu arrives ici puis que là, tu as un résident qui ne veut pas, qui essaie d'agripper, l'espace qu'on a ici... à l'école, tu as un local grand de même et ici il est tout petit]

Certains savoirs relatifs au PDSB tendent à se rigidifier dès la formation initiale, comme le fait de « ne pas pousser » le résident, de toujours le remonter dans son lit pour son « bien-être », ou encore d'ajuster le lit à la hauteur du pubis avant de réaliser les manœuvres. Dans chacun de ces exemples, le savoir appris en formation initiale se transforme en règle intangible et non en principes visant à être appliquée différemment d'un milieu à l'autre.

- **Intégration des recrues : un évitement du PDSB?**

La phase d'intégration est cruciale pour les recrues. Même si on peut noter plusieurs divergences minimes, le processus d'orientation dans son ensemble est assez identique d'un milieu à l'autre. Les gestionnaires ne choisissent pas des « intégrateurs » selon leurs compétences relatives au PDSB. Les PAB critiquent le fait qu'il n'y a pas de libération de personnel lors de ces phases, et que la gestion de l'orientation est une tâche qui s'ajoute à la charge de travail.

Selon les PAB, les premières journées d'intégration se déroulent très rapidement. L'apprentissage doit donc se faire dans un laps de temps très court, notamment le repérage des lieux (unités, équipements), la connaissance des résidents et des équipes de travail. Cette intensité durant la période d'intégration ne favorise pas l'application correcte du PDSB.

Terrain A, PAB : Donc, déjà là, c'est jour-soir-nuit, il faut que tu t'adaptes à tous les quarts, à tous les pavillons parce que les emplacements, c'est tout différent. Les serviettes et les chambres de bain, tout est différent! Alors là, il fallait qu'on [...] à 11 h 30, on avait fini tout, mais il y avait 2 résidents qu'on n'avait pas réussi à laver. On n'avait jamais rentré dans notre temps et je jure sur ma vie que mon PDSB n'était pas parfait non plus : tout l'avant-midi! Donc ça, quand tu ne connais pas le monde, tu n'es pas habituée au départ, il faut que tu t'actives!

- **Imiter le PAB expérimenté... au détriment de ses propres savoirs**

Certains PAB parlent d'une intégration par mimétisme : les recrues doivent imiter les façons de faire et les modalités de travail des PAB expérimentés, notamment en ce qui a trait à l'évitement de certaines tâches et à l'usage des stratégies de régulation des temporalités, afin de soutenir un rythme de travail intense.

Terrain A, PAB : C'est pour rentrer dans ton temps [...]. Tu vois les autres le faire. En t'habituant, tu le fais!

Les « nouveaux » s'identifient aux plus expérimentés, mais ceux-ci n'appliquent pas nécessairement le PDSB correctement. Certains PAB expérimentés exercent en effet une influence négative qui défavorise l'utilisation du PDSB. Les nouveaux PAB n'osent pas critiquer les pratiques des plus anciens puisqu'ils ont plus d'expérience.

Terrain A, PAB : On a commencé à travailler, [...] tu es avec une PAB. [...] tu es 2 pour faire 6 résidents, mais là, elle te le montre. Mais, déjà là, elle ne te montre pas le bon PDSB que tu as à faire, pas comme à l'école. Tu es nouvelle, tu n'es pas pour dire à la personne : Veux-tu lever le lit stp plus haut? Ne dis pas ça parce que la personne elle va dire : Ben là! Penses-tu qu'on a le temps! [...]. Moi, personnellement, je ne dis pas un mot, donc... Ok! Je vais suivre!

Ainsi, les PAB peu expérimentés racontent les difficultés qu'ils éprouvent à critiquer leurs collègues plus expérimentés, et plus exactement à confronter leurs savoirs issus de la formation initiale aux savoirs valorisés par les plus expérimentés lors de l'intégration.

- **Rôle de l'agent PDSB et des rappels**

Enfin, l'agent PDSB joue un rôle majeur en tant que ressource pour analyser des situations de SST problématiques, même si cette ressource semble insuffisante pour réduire drastiquement les problématiques de SST ou favoriser l'application du PDSB. L'intervention de l'agent peut mener à un changement de mode opératoire des PAB, à un changement de pratiques et d'équipements. En général, les formateurs PDSB sont une source importante de rappels. L'agent de suivi est présent sur l'étage dans le cas d'un accident pour refaire les plans de travail et pour regarder les transferts et déplacements d'une résidente en particulier. Plusieurs employés mentionnent que ces agents permettent une prise de conscience.

Terrain A : À la dernière visite, le PAB a travaillé seul, mais aujourd'hui ils font la résidente à deux et ils appellent l'agent de suivi PDSB pour le consulter sur la ceinture de la station debout qui est trop grande pour la résidente.

Les rappels PDSB sont aussi très utiles, notamment pour la communication avec les résidents, la préparation, le positionnement avant la manœuvre, etc. Les discussions permettent de remettre en question les modalités d'application du programme PDSB. Néanmoins, cela ne remet pas en cause les enjeux relatifs aux rythmes de travail qui sont pourtant cruciaux dans l'appropriation et l'application du PDSB.

Terrain A, PAB : J'ai déjà travaillé avec des instructeurs de PDSB qui sont PAB. Et quand je travaille avec eux, on fait très attention. J'ai vu que j'étais capable d'utiliser mes manœuvres sans qu'ils me le disent! De remonter au lit, tourner les résidents, j'ai gardé mes manœuvres, je sais comment les faire. Ça va bien, mais on ne rentre pas nécessairement dans notre temps!

5.7 Environnements de travail, espaces et équipements

5.7.1 Résultats des entrevues

- **PAB : la dimension des chambres**

Les PAB mentionnent globalement que la disponibilité et la qualité (bris, mauvais fonctionnement, etc.) du matériel facilitant les déplacements sécuritaires constituent des enjeux. Le problème de la dimension des chambres est fréquemment cité; elles sont jugées trop étroites pour faciliter les manœuvres, tout en respectant le PDSB. Dans certaines chambres, les PAB doivent déplacer les meubles pour parvenir à appliquer une manœuvre sécuritaire.

Moi, ce que je fais et ce que je conseille, c'est de déplacer les meubles. Pas les gros, mais les choses à roulettes. Si on a une table à roulette, on la sort dans le corridor pour se faire de la place pour faire la manœuvre parce que sinon, c'est trop dangereux. (PAB 2)

La dimension réduite de certaines chambres provoque des enjeux à l'égard de la sécurité des pratiques, en raison de la complexité à appliquer les principes issus de la formation PDSB sans modifier l'environnement des résidents. Mais cela provoque aussi des enjeux de temps. Pour parvenir à effectuer des pratiques sécuritaires, les PAB doivent effectuer un travail de préparation (déplacement de meubles, par exemple) qui exige souvent du temps supplémentaire :

Quand tu rentres, la porte est vraiment dans le centre de la chambre et tu as un lit de chaque côté et c'est tellement pas grand que tu dois coller les murs aux lits. Donc, à chaque fois que tu fais une manipulation au lit et que tu veux rester sécuritaire, tu dois débarrer le lit, avancer le lit, rebarrer le lit. Tsé! Ça finit plus! Ça, on rencontre ça. Et même dans les chambres toutes seules, souvent le lit est contre le mur. (PAB 6)

L'encombrement des chambres et leur dimension réduite provoquent ainsi des enjeux de temps : les PAB préféreront opter pour une manœuvre qui hypothèque potentiellement leur sécurité, mais qui ne nécessite aucune préparation, pour ne pas perdre trop de temps pour réaliser l'activité.

- **Agents syndicaux/préventionniste : un ajustement continuuel à l'environnement et l'équipement**

Les agents syndicaux pensent également que, dans certaines unités, la grandeur des chambres est insuffisante et peu appropriée à la possibilité pour les PAB d'appliquer le programme PDSB.

Moi, j'ai déjà vu des chambres qui sont petites, encombrées de boîtes jusqu'au plafond, le lit collé sur le mur. Comment voulez-vous faire un dégagement de 24 pouces quand il n'y a pas d'espace? Ça, c'est des cas qui doivent se faire à deux. Ça, c'est le genre de problématique [...].
(Préventionniste 2)

La dimension et l'organisation des chambres sont sujets à critiques, de même que, parfois, le manque de matériels (ex. : leviers sur rail au plafond) ou leur mauvaise qualité. Cela implique que les PAB doivent s'ajuster continuellement en fonction de la qualité du matériel, de sa disponibilité et de l'application de manœuvres sécuritaires.

Les chambres sont très petites, les plafonds ne sont pas très hauts. Quand on met un porte-lift au plafond, il faut qu'il descende pour le mettre sous ta charge, alors les gens se cognent la tête. Ce n'est pas idéal.
(Préventionniste 1)

- **Infirmières (ASI) et infirmières auxiliaires : des espaces de travail encombrés ou mal adaptés**

Du côté des infirmières (ASI) et infirmières auxiliaires, une ASI note aussi que les meubles des chambres (la télévision, par exemple) peuvent empêcher l'application correcte de la formation PDSB en raison de l'encombrement de l'espace. Aussi, certaines pièces, telles que les salles de bains, sont parfois mal adaptées au PDSB. Cela entraîne l'usage de stratégies, parfois au détriment des résidents eux-mêmes et de la qualité des pratiques, mais aussi de la SST des PAB.

Quand les résidents ont besoin d'assistance de 2 personnes chaque côté, on ne peut pas rentrer 3 de front dans la toilette, ce n'est pas assez large. Et si on a quelqu'un qui est sur la toilette, moi je ne peux même pas rentrer, juste une personne pour l'aider à se relever. C'est impossible, c'est trop petit!
(Infirmière ASI – 6)

D'une manière générale, les infirmières estiment que les PAB doivent avoir leur mot à dire sur la disposition des chambres. En effet, le manque général d'espace pose problème et conduit à des difficultés, qui auraient sans doute été révélées par les PAB s'ils avaient participé aux

choix de la disposition. Certes, les PAB peuvent déplacer les objets – si cela est possible - et, notamment, créer des espaces pour réaliser des manœuvres sécuritaires. Mais cela peut contrevenir à l'idée que le PAB doit respecter le « milieu de vie » du résident. Et parfois, pour ne pas allonger le temps de pratique, les PAB vont préférer tenter des manœuvres dangereuses à leurs risques et périls.

Les PAB vont se pencher pour éteindre la cloche qui est mal placée. Ils veulent aller au plus rapide alors ils se penchent plutôt que de tirer le lit. Il faudrait des cloches à la tête de lit. C'est mal bâti ici. (Infirmière auxiliaire – 3)

- **Chefs d'unité de vie : espace de travail ou espace de vie pour les résidents ?**

Les chefs d'unités de vie (CUV) considèrent aussi que les chambres sont parfois mal adaptées ou trop petites pour réaliser correctement les manœuvres relatives au PDSB. De fait, les CUV disent assumer une responsabilité importante dans les discussions avec le résident et les aidants naturels, afin de ne pas surcharger la chambre, par exemple, et de concilier « milieu de vie » et « milieu sécuritaire ». Elles insistent clairement sur l'idée qu'un environnement mal adapté soulève des enjeux en matière de SST pour les PAB.

Elles affirment également que leurs moyens sont limités pour obtenir, par exemple, des chambres plus grandes ou du matériel de type leviers sur rail, ainsi que des conseils pour choisir l'emplacement ou pour faciliter l'installation. Elles se présentent alors seulement comme des « transmetteuses d'information » lors des comités de gestion, pour faire émerger les besoins en matériel de SST de l'équipe clinique.

- **Gestionnaires administratifs : un financement limité pour rendre l'environnement de travail adéquat**

Enfin, les gestionnaires administratifs mettent peu l'accent sur l'influence de l'environnement (la chambre, principalement) et de l'équipement sur l'appropriation et l'application du PDSB par les PAB. Une gestionnaire mentionne que, dans certaines unités, l'équipement peut être désuet et qu'en raison d'un sous-financement il est difficile pour eux d'acquérir du matériel neuf. Aussi, une autre gestionnaire note que pour réaliser le programme PDSB, il faut un environnement propice à la SST, mais qui peut aller à l'encontre de la volonté des familles de personnaliser la chambre du résident :

Les équipements, c'est un enjeu, surtout quand la famille met des gros meubles, et qu'il y a plus la place pour le PDSB. Il faut un minimum de convention sur la manière de faire ça. Il faut communiquer avec la famille et expliquer. Il faut éduquer leur compréhension. (Gestionnaire 3).

Plusieurs gestionnaires insistent enfin sur l'importance d'uniformiser et standardiser les outils entre unités et entre CHSLD, et de faire en sorte que les maisons d'enseignements utilisent les mêmes outils et les mêmes environnements que ceux des CHSLD pour la formation des PAB.

5.7.2 Résultats des observations et autoconfrontations

Les observations et autoconfrontations réalisées permettent de regrouper les problématiques que soulève l'application du programme PDSB sur le plan des équipements et l'environnement des résidents.

- Des chambres mal adaptées à l'usage du programme PDSB

La conception de la chambre du résident ainsi que l'intégration des différents éléments du mobilier peuvent contraindre l'utilisation correcte du PDSB. La conception des chambres n'est pas toujours adéquate : les salles de bains sont souvent trop étroites, les leviers sur rail sont parfois mal positionnés, etc. Dans le terrain B, il y a des chambres qui ont été reconstruites. De fait, leur espace a augmenté, mais les PAB n'ont pas été impliqués dans le processus de conception et, dans ce cas, l'augmentation de l'espace n'a pas réglé tous les problèmes à l'égard d'une application appropriée des principes PDSB de la part des PAB.

Cas exemplaire : Illustration de manœuvres dans une chambre étroite

Contexte : Des traces sur les murs d'une chambre prouvent que les leviers à station debout passent difficilement dans les chambres. La verbalisation du PAB valide l'observation.

Discussion :

PAB : « L'aménagement n'est pas correct. Les murs de la salle de bain sont trop longs. Ce qui fait que le passage d'entrée dans la chambre est très étroit ».

Le fait de devoir déplacer le mobilier complique l'usage du PDSB et les PAB adoptent alors des postures contraignantes. Les PAB notent l'importance de s'adapter à l'environnement (déplacer des objets, des meubles, le lit, etc.) lorsque celui-ci n'est pas propice à l'application du PDSB. L'espace de travail a donné lieu à beaucoup de verbalisations, durant les observations ou les autoconfrontations, entre autres sur le positionnement du fauteuil, de la table de nuit, etc. dans la chambre pour réaliser les pratiques.

PAB : On n'a pas beaucoup d'espace ici, regarde l'espace entre le lit et le mur et entre le lit, le mur et la tablette. Regarde, comment on peut travailler comme ça? Il faut déplacer le fauteuil pour mettre le lève personne perpendiculaire et bien l'utiliser selon les consignes. On ne veut pas forcer, mais on n'a pas le choix de tirer le fauteuil. Dans l'autre unité, il y a des chambres plus grandes, pas chez nous. On n'a pas le temps pour les imprévus (source : terrain B_FYS_C3_Chronique de quart).

Les PAB considèrent globalement que les besoins en espace ne sont pas suffisamment pris en compte pour favoriser l'application du PDSB. La disposition des chambres peut entraîner des manœuvres compliquées.

Cas exemplaire : Situation de soin contraignante du fait de l'environnement de travail

Contexte : Terrain B. Dans une petite chambre, la PAB doit déplacer un fauteuil, la marchette et la tablette pour dégager l'espace. La PAB explique que le soin doit être fait au lavabo parce que la toilette est trop étroite et l'oblige à rester en face du résident (pas d'accès aux zones à nettoyer). La PAB 1 nettoie la résidente en position debout, la résidente est debout et elle saisit la barre à côté du lavabo. La PAB explique qu'elle doit laver rapidement la résidente parce qu'elle ne peut pas rester longtemps en position debout. La figure 6 présente la composition de la chambre.

Discussion :

PAB : « Les chambres sont trop petites, et c'est un risque pour nous et pour les résidents » « Les conditions du travail ne sont pas 100% favorables, chaque minute compte, et s'ils (l'organisation) coupent dans le personnel, la charge augmente pour nous. »

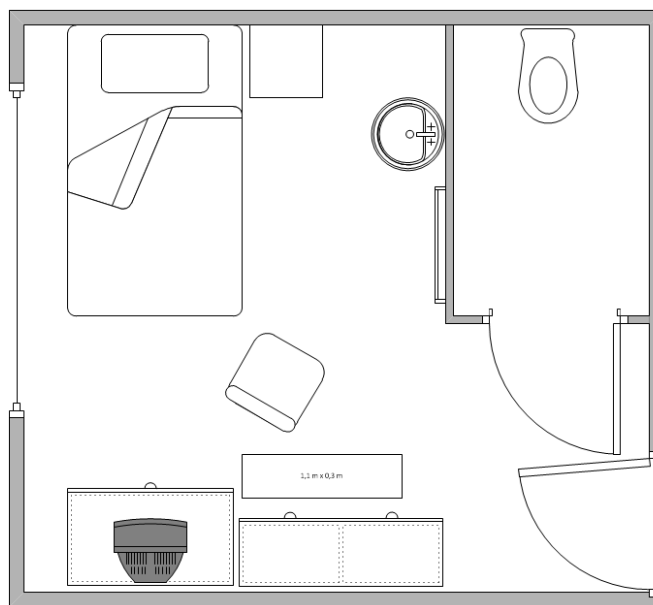


Figure 6 - Schématisation de l'aménagement de la chambre

Dans un autre exemple dans le terrain A, un gros fauteuil contraint les manœuvres. Dans ce cas, soit la PAB bouge le fauteuil et elle fait une remontée au lit en étant positionnée correctement ; le fauteuil étant lourd, elle risque de se blesser en le déplaçant. Soit elle fait une remontée approximative au lit, sans bouger le fauteuil. C'est ce dernier choix qui est fait; dans les deux cas, aucune stratégie ne permet à la PAB de protéger sa santé.

L'environnement de travail peut ainsi contraindre l'usage du PDSB. Ces enjeux et problématiques sont encore plus criants dans certains cas complexes, notamment ceux qui nécessitent des manœuvres auprès de résidents obèses ou agressifs, par exemple.

Cas exemplaire : Effets combinés des caractéristiques du résident, de la conception des chambres et de contraintes organisationnelles

Contexte : Deux PAB habillent un matin une résidente souffrant d'une obésité morbide, qui présente des comportements obsessionnels mais comprend les consignes. La chambre est partagée avec une autre résidente, de ce fait il y a le double de mobilier, le lieu est encombré et il n'y a pas beaucoup de choix pour manipuler la station debout. Cette chambre est présentée par le PAB pour illustrer le manque d'espace pour faire les soins, ainsi que les problèmes d'organisation dans l'établissement.

Discussion :

PAB : Madame X est problématique. (...) c'est une madame qui est très lourde et elle a peur. Donc, elle peut faire des mouvements... Puis, il n'y a pas de place! Tu as vu c'est une chambre double, il y a 2 lits, 2 chaises, 2 bureaux, 2 télévisions, 2 marchettes... il n'y a pas de place. Ici, les chambres sont trop petites pour être à deux. (...). Il y a des places pires que ça, je suis d'accord. Mais, je pense que c'est ici qu'on a les chambres les plus petites. Puis, le fait aussi qu'on n'est pas de levier ça c'est vraiment problématique. La salle de bain n'est pas utilisée, elle est trop petite. Son fauteuil a des dimensions limites pour le transport adapté et pour les restaurants. Exemple : Madame X encore, elle, elle va être levier total avant longtemps. Ses jambes à un moment donné ne seront plus capables. Je n'ai pas de levier au plafond... là, ça va vraiment être compliqué et dangereux pour nous pour se blesser parce que de tourner une madame de 225 livres avec un appareil mobile, c'est facile de se faire une torsion dans le dos. Si tu vas trop vite, tu peux de faire mal.

- **Quand l'espace et l'usage de l'équipement deviennent un enjeu de temps**

Le manque d'espace ou la mauvaise disposition du mobilier dans les chambres créent des enjeux de temps. Mieux organiser l'environnement de travail requiert du temps pour les PAB. Circuler dans une chambre mal agencée exige plus de temps et augmente la probabilité de ne pas utiliser le matériel ou de se blesser. L'usage du matériel impose parfois d'investir plus de temps. Or, cela est reconnu comme un enjeu important pour les PAB. Certains mentionnent qu'ils cherchent à gagner du temps en refusant d'utiliser certains équipements, tels que le levier ou le piqué.

Terrain A, PAB : Le piqué c'est l'outil pour les tourner. Je te dirais que s'il y a un moment dans les soins où est-ce qu'on essaie de sauver du temps, c'est là. Il faut qu'elle tourne, on n'a pas de temps à perdre! Puis dépêche-toi, on lave! Puis... tu comprends, il faut que ça avance puis, je te dirais que souvent, on n'appliquera pas les bonnes méthodes pour sauver du temps.

- **Difficultés d'utilisation des équipements**

La disponibilité des équipements et leur qualité sont des déterminants importants de leur utilisation. Ainsi, les PAB ne disposent pas toujours de la disponibilité d'un équipement (ex : levier sur rail) ou d'un équipement en bon état de marche.

Certains PAB dénoncent le fait que le matériel est parfois défectueux. Dans une situation sur le terrain A, une PAB a été observée alors qu'elle utilisait sa force physique pour remonter la ridelle du lit brisée, et ce, afin de la placer dans une position sécuritaire. D'autres situations peuvent aussi alimenter des discussions sur la qualité de l'équipement.

- **Peu d'intégration des PAB aux décisions relatives à l'équipement et l'environnement de travail**

Au fil des observations, les PAB déplorent qu'ils ne participent aucunement au processus d'aménagement des chambres. Le mobilier de l'institution et celui appartenant au résident ou à sa famille sont intégrés sans qu'ils soient consultés. Les PAB peuvent seulement informer leurs supérieurs des difficultés liées à l'encombrement, mais ils n'ont aucune influence sur la suite des actions. Généralement, les PAB sont tenus à l'écart des échanges relatifs à la conception et à l'aménagement des chambres.

Terrain B, PAB : Les objets dans la chambre sont au choix de la famille et du résident, mais c'est la chef d'unité qui décide à fin. On n'a pas notre mot à dire. Moi, je n'aime pas quand il y a trop des choses dans la chambre, je dois tout bouger pour travailler.

6. DISCUSSION

Cette section présente la discussion des résultats de cette étude. Elle permet également de formuler plusieurs recommandations destinées à faciliter l'appropriation et l'application du programme PDSB par les PAB et, plus globalement, à prévenir les lésions professionnelles. La contribution de chacun des participants à l'étude, quel que soit son métier ou sa profession, a permis de mener une analyse selon les thèmes abordés dans le cadre de la recherche et qui ont déjà été utilisés dans la section Résultats, soit 1) les constats généraux sur les résultats portant sur la SST et l'application du PDSB par les PAB, 2) la routine et les balises temporelles, 3) les stratégies, régulations et collaborations, 4) la formation et l'intégration des PAB, 5) l'environnement, l'espace de travail et les équipements. Les résultats associés à chacun de ces thèmes sont discutés ci-dessous.

Notons d'abord que le programme PDSB est une formation globalement très appréciée par l'ensemble des personnes interrogées, et ce, pour diverses raisons qui sont teintées par leur position dans l'organisation : Les PAB considèrent que cette formation est bénéfique pour leur pratique, par ce dont elle permet de mieux comprendre les contraintes physiques qu'ils subissent et pour mieux prévenir les TMS. Par contre, ils constatent la difficulté de l'application d'un tel programme du fait de l'intensité de la charge de travail. Les agents syndicaux/préventionnistes mettent de l'avant l'importance d'une telle formation dans l'élaboration d'une véritable culture de prévention dans les CHSLD, mais critiquent également l'intensité de la charge de travail qui limite son application et la centration des PAB, surtout expérimentés, sur les horaires de travail plutôt que sur le PDSB. Ajoutons aussi que les infirmières et chefs d'unité de vie ont en commun leur méconnaissance des principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires, bien qu'ils admettent collectivement l'intérêt et la pertinence du programme; ils ajoutent que le contenu de la formation n'est pas suffisamment appliqué par les PAB. Enfin, les gestionnaires critiquent le manque de moyens généraux fournis pour optimiser la formation; ils estiment que les PAB, individuellement, choisissent de ne pas l'appliquer pour gagner du temps.

Deux idées jaillissent donc de ces résultats. D'une part, chacune des personnes interrogées perçoit positivement l'impact de la formation PDSB, mais identifie également des freins à son appropriation et son application. D'autre part, il existe un décalage à l'égard du PDSB entre la perception qu'en ont les acteurs professionnels de terrain et celle exprimée par les gestionnaires. Ces derniers considèrent que c'est le choix des PAB sur une base individuelle de ne pas appliquer le PDSB. Pour leur part, les PAB préfèrent majoritairement invoquer l'influence négative de la charge de travail sur la capacité d'appropriation et d'application du programme PDSB. Plusieurs autres constats liés aux objectifs de la présente étude peuvent aussi être tirés. Le contexte d'appropriation et d'application du PDSB est globalement favorable dans les CHSLD. *A priori*, il existe plusieurs facteurs importants qui peuvent favoriser ces processus. Ces facteurs sont les pratiques d'intégration (orientation des recrues), la présence de ressources dédiées au programme PDSB (préventionnistes, agents de suivi, budgets récurrents, collaborations régulières avec l'ASSTSAS), le soutien de l'encadrement (rôle du chef d'unité de vie pour favoriser l'application du PDSB), la présence d'espaces de discussion (réunions interquarts) et la disponibilité des outils (plans de travail, équipements, etc.). Mais

l'influence de l'ensemble de ces facteurs est conditionnée par l'intensification de la charge de travail, qui empêche les PAB de pouvoir profiter pleinement de ces ressources.

Les prescriptions de l'organisation relatives à la quantité de travail et à la qualité des pratiques occupent une place prépondérante dans l'activité des PAB. La routine de travail qu'ils choisissent de suivre est conditionnée en partie par l'intensification de la charge de travail, mais aussi par la présence de balises temporelles de divers ordres, relatives au milieu de vie des résidents, aux horaires de travail des PAB eux-mêmes et aux autres services professionnels et techniques du CHSLD. Les stratégies de régulation des temporalités qu'ils développent ont pour fonction de parvenir à répondre aux contraintes quantitatives et qualitatives imposées par l'organisation. Que reste-t-il, à ce titre, de la SST et de l'usage du programme PDSB?

6.1 La SST et l'application du PDSB

6.1.1 *Peu de discussion autour de la SST des PAB*

Premier constat général : la SST, définie comme la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles, fait peu l'objet de discussion formelle en CHSLD. Les résultats des entrevues indiquent qu'à l'exception des visites des agents PDSB, il n'existe pas d'espaces de discussion à ce propos, ni de moments durant lesquels les PAB tentent d'identifier et de résoudre des enjeux en SST. Les résultats des observations prouvent que les seuls espaces de discussion collective sont ceux caractérisant le passage d'un quart de travail à l'autre; ces communications concernent toutefois davantage l'évolution de l'état de santé des résidents. Globalement, les PAB parlent peu de la SST comme d'un enjeu central de leur pratique.

Le thème majeur qui ressort des entrevues et autoconfrontations concerne sans conteste l'intensification de la charge de travail. Plus précisément, la charge de travail est citée par une très grande majorité de personnes interrogées et observées, bien que ce soient les PAB et les agents syndicaux/préventionnistes qui en démontrent le plus l'effet sur l'appropriation et l'application du PDSB. Ils définissent la charge de travail comme étant l'ensemble des tâches devant être effectuées au cours d'un quart de travail (jour ou soir), afin de répondre aux prescriptions organisationnelles (aspect quantitatif, c'est-à-dire les activités pour chaque résident) et aux besoins des résidents (aspect qualitatif, c'est-à-dire les choix et besoins de ceux-ci). Il semble clair que la charge de travail impose le déploiement d'un rythme de travail conséquent et surtout plus rapide. C'est l'intensification de la charge de travail qui accentuerait les risques de lésions professionnelles, du fait des pressions temporelles pour réaliser toutes les activités prescrites, et qui rend difficile la possibilité de discussions formelles autour de la SST. Cela est vrai pour l'ensemble de l'activité quotidienne des PAB, mais de façon plus marquée à certains moments (fins de semaine, vacances, etc.), durant lesquels les effectifs de PAB sont moins nombreux, ou moins expérimentés, ou lors d'un événement provoquant une tension temporelle. Selon des PAB et agents syndicaux, l'organisation du travail (ratio) et la culture organisationnelle accordent davantage d'attention aux rythmes de travail plutôt qu'à la SST. Ainsi, les lacunes en matière de SST transparaissent en filigrane dans les critiques que les PAB expriment sur les conséquences physiques et psychologiques (fatigue, épuisement, blessures, etc.) de l'intensification de la charge de travail.

Mais quelle serait la priorité des PAB si la charge de travail était moins intense? Les PAB répondent globalement qu'ils pourraient alors réaliser un travail relationnel de qualité, c'est-à-dire mettre en œuvre des pratiques de proximité avec le résident, et prendre le temps de répondre plus adéquatement à ses besoins ou à ses choix. La SST n'est pas rapportée comme un sujet dans lequel les PAB pourraient s'investir davantage en y consacrant plus de temps. La SST est le plus souvent perçue par les PAB à travers les conséquences physiques et psychologiques que provoque l'intensification du travail, rarement comme un enjeu de prévention auquel ils peuvent concrètement répondre, et ce, malgré l'existence du programme PDSB. De fait, la SST est comme occultée du discours des PAB, contrairement à la charge de travail et des aspects relationnels. La figure 7 présente ce déséquilibre.

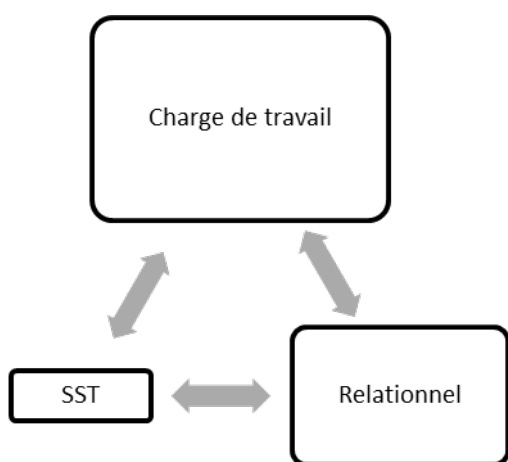


Figure 7 - Disproportion entre les pôles de l'activité des PAB

La tension entre charge de travail et relationnel est largement documentée par le contenu des entrevues. Il semble clair, notamment aux yeux des PAB, que la volonté de réaliser des activités de qualité avec les résidents est incompatible avec le respect des rythmes de travail intenses. La tension entre SST et charge de travail peut être aussi illustrée. Le fait de vouloir respecter des rythmes de travail intenses conduit parfois les PAB à utiliser des stratégies peu sécuritaires (ex. : ne pas prendre de temps de pause, utiliser un lève-personne en solo malgré les pratiques préconisées par l'organisation, etc.), qui peuvent provoquer un épuisement psychologique et/ou physique. Enfin, la tension entre la SST et l'aspect relationnel dans la pratique des PAB est peu documentée. De fait, la SST ne fait pas directement l'objet d'une problématisation dans les entrevues et observations; elle demeure en filigrane, dans une forme peu réflexive, et directement liées aux enjeux concrets des situations de travail, et principalement aux rythmes de travail.

Cela ne veut pas dire, par contre, que la SST est totalement occultée du processus de travail. Définie comme une activité de prévention, la SST semble effectivement quasi absente des pratiques et des discours; elle n'est que rarement ciblée comme un enjeu majeur. Notons néanmoins que les PAB font face à une malencontreuse situation, puisque le fait de ne pas finir le travail « dans les temps » conduirait à douter de leur professionnalité et à remettre en question leurs compétences. Le « bon travail » des PAB consiste à répondre d'abord aux enjeux de type organisationnel (temps), et ensuite aux prescriptions de type « domestique »

(prendre-soin). Le fait que les enjeux de la SST n'apparaissent pas clairement dans les entrevues ou dans les observations ne signifie pas que la SST est évacuée de leur réflexion. Comme le mentionne Feillou (2016, p.22), « les PAB sont constamment à la recherche de compromis entre les objectifs organisationnels, le respect des préférences et de l'autonomie des résidents, la protection des résidents et leur propre protection. »

Il s'agirait davantage d'une stratégie pour éviter de subir les conséquences psychologiques consécutives à une remise en question de ses compétences par la hiérarchie (chefs d'unité de vie, infirmières) et ses collègues (PAB expérimentés, PAB du quart de travail suivant). En ce sens, la SST, telle qu'elle est perçue par les PAB, peut se définir par le fait de prévenir les troubles psychologiques consécutifs au fait de ne pas réaliser la charge de travail prescrite. On peut comprendre que beaucoup de stratégies utilisées dans le cadre de leur travail visent à réduire la tension cognitive qui est nourrie par la pression de réaliser l'ensemble des activités prescrites dans le cadre horaire du quart de travail. À ce titre, les PAB tentent de répondre à des prescriptions incompatibles (relationnel par rapport à charge de travail) avec inventivité.

6.1.2 Le PDSB : une formation appréciée, mais dont l'application est complexe

Il est frappant de constater à quel point l'application du PDSB est très variable d'une situation de soin à l'autre, d'un quart de travail à l'autre, etc. Il n'y a pas de démonstration claire et certaines informations circulent à l'effet que des facteurs contextuels spécifiques viennent influencer directement et sans nuances l'application du programme PDSB. Les observations n'ont pas permis non plus d'identifier les facteurs précis, micro-situationnels, qui permettent d'expliquer ces variations.

Un grand nombre de principes issus de la formation PDSB ne sont pas toujours respectés. Si une grande variation dans l'application du programme est généralement observée, il ressort que c'est le respect du niveau d'assistance requis par les bénéficiaires qui est un des principes les moins respectés. Ce principe consiste à réguler le degré d'assistance aux besoins du résident. La raison évoquée est d'abord et avant tout la charge de travail, ainsi que les rythmes de travail : la supervision du déplacement d'un résident demanderait davantage de temps qu'une assistance partielle ou totale. D'autres types de principes sont aussi inappliqués, tels que l'absence de vérification des capacités du résident, le contrepoids, etc. À chaque fois, les contraintes de temps sont évoquées comme justificatives.

Il existe un lien indéniable entre la non-application ou l'application partielle du programme PDSB et la charge de travail. Les acteurs proches du terrain reconnaissent que l'intensité des rythmes de travail est un facteur de l'épuisement physique et psychologique. Plus précisément, la charge de travail conditionnerait le rythme du travail, qui à son tour compromettrait l'application des PDSB. Cette logique organisationnelle de « flux tendu » aurait comme conséquence de cristalliser les efforts autour de la réduction de la charge de travail. En ce sens, plusieurs principes issus du PDSB ne sont pas respectés, car ils sont considérés par les PAB comme exigeants en matière de temps; il s'agit surtout des principes touchant les étapes de préparation, l'usage d'équipements et le respect du rythme du résident. Si la charge de travail est une explication majeure, d'autres éléments peuvent être invoqués, comme l'identité du partenaire de travail et sa capacité de réaliser une manœuvre en binôme ou encore l'état de fatigue des PAB.

Le programme PDSB n'a pas vraiment été évoqué concrètement lors des entrevues et des observations. Dans les entrevues, il est unanimement présenté comme une formation positive, qui promeut des savoirs utiles pour mieux prévenir les TMS chez le personnel. Mais plusieurs participants mentionnent qu'il est difficile pour les PAB d'appliquer concrètement le PDSB en raison de la dégradation de la condition physique et psychologique des résidents, qui subissent de plus en plus des pertes d'autonomie et font face à des problèmes cognitifs. Le PDSB prend souvent la forme d'une « règle » désincarnée, davantage que comme des savoirs en prévention. Le programme est souvent comparé à une image vide dont le contenu n'est pas clairement identifié et qui fait rarement l'objet d'échanges entre les PAB. L'appropriation du PDSB peut aussi représenter une marque de distinctive qui désigne les PAB compétents (« je fais mon PDSB correctement ») et ceux, jugés incompetents, car plus à risque de se blesser du fait d'un accident de travail, par exemple (« elle n'a pas fait son PDSB »). Ainsi, lors des observations, des échanges entre PAB laissent croire que le PDSB est perçu par les PAB comme une prescription davantage que comme un outil de prévention des TMS. Par contre, le programme peut se retrouver au cœur des discussions lors de certaines situations spécifiques, un accident par exemple, ou lorsqu'un agent de suivi vient sur le terrain pour discuter des problématiques.

Enfin, le programme PDSB demeure une formation réputée être destinée exclusivement aux PAB. Il est intéressant de noter que les infirmières (ASI), infirmières auxiliaires et chefs d'unité de vie se sentent peu concernés par la formation PDSB, même s'ils l'endossent. Lorsque surgissent des problématiques relatives, notamment, aux déplacements des bénéficiaires, ils laissent le soin aux PAB de les résoudre puisque les préposés sont plus familiers avec les connaissances issues de la formation. La méconnaissance des CUV est particulièrement préoccupante, du fait de leur fonction centrale dans la gestion des accidents de travail. Elles disent laisser les infirmières gérer les enjeux entourant le programme PDSB, mais ces mêmes infirmières ne sont pas toujours en mesure de fournir un avis valable sur la question. Pour leur part, les agents syndicaux/préventionnistes critiquent le fait que le PDSB se traduit par une responsabilisation individuelle; ils reprochent aux gestionnaires leur incapacité de faire de l'application de ce programme un enjeu collectif en matière de prévention des lésions professionnelles. Selon eux, l'application du PDSB est, d'une part, intimement associée à la charge de travail et, d'autre part, à la possibilité de bénéficier d'un espace de discussion collectif, qui dépasse les seules et rares participations des agents de suivi dans les unités. Enfin, la majorité des gestionnaires administratifs admettent un manque de moyens sur le plan de la gestion et de la prévention des LP. Ils dénoncent le peu de moyens et de ressources dont ils disposent pour faciliter le retour au travail des PAB accidentés et accroître le nombre d'agents de suivi, dont le rôle est pourtant essentiel en matière de transfert des connaissances et de déploiement d'un espace de réflexion et de discussion, qui n'existe pas actuellement dans les unités de soins.

6.2 Routine et balises temporelles

6.2.1 *L'existence de balises temporelles*

Une majorité des intervenants, et notamment des PAB, mentionne l'existence de balises temporelles qui conditionnent leur rythme de travail. Les repas, les pauses du personnel, les activités, la médication en sont quelques exemples. Certaines balises sont relatives aux

résidents (visites, repas, etc.), d'autres aux activités des professionnels médicaux (ergothérapeutes, médecins, etc.) et quelques-unes à l'organisation du travail des PAB (pauses, fins de quarts, etc.). Les observations ont démontré que les infirmières et infirmières auxiliaires assumaient une grande part de responsabilité à cet égard, puisqu'elles estiment que ces balises assurent le respect du milieu de vie des personnes. Les PAB procèdent ainsi collectivement au séquençage des activités qu'ils doivent réaliser durant leur journée de travail et en déterminent la durée afin de parvenir à atteindre les objectifs prescrits (nombre d'activités/nombre de résidents).

Les gestionnaires savent que cette routine permet de répondre aux balises temporelles, mais ils souhaitent tout de même une flexibilisation de la routine quotidienne pour permettre d'y intégrer la réalisation d'activités relationnelles. Par contre, ils ne font mention en aucun cas des enjeux relatifs à la SST. Néanmoins, l'ensemble des autres informateurs rapporte que les balises temporelles sont difficilement modifiables, du fait même du travail interdisciplinaire en CHSLD.

6.2.2 « Finir dans les temps », une construction de la « routine » par les expérimentés?

Plusieurs intervenants, notamment les gestionnaires, indiquent que les PAB expérimentés jouent un rôle fondamental dans la construction d'une routine de travail. Celle-ci est fondée sur l'idée que l'ensemble de l'équipe de travail doit « finir dans les temps », c'est-à-dire organiser son travail pour terminer l'ensemble des tâches auprès des résidents avant que ne débutent certaines autres activités. Les balises temporelles sont des éléments constitutifs de cette routine. Ces balises, corrélées à l'intensification de la charge de travail, participent à la construction de la routine de travail, c'est-à-dire à la cristallisation et à la rigidification des activités de travail.

Les acteurs ne partagent pas tous une compréhension commune de cette culture routinière. Les gestionnaires considèrent que celle-ci permettrait surtout aux PAB de finir leur quart de travail plus tôt, alors que les PAB, eux, entendent qu'en dégageant du temps de travail durant leur quart, ils disposent ainsi d'une marge de manœuvre temporelle pour faire face à d'éventuelles situations d'urgence en fin de quart. Pour les gestionnaires, cette situation est vue comme allant à l'encontre du respect du « milieu de vie », c'est-à-dire les soins donnés aux personnes hébergées en respectant leur choix et leur rythme. Les PAB notent plutôt que la routine est le moyen choisi pour parvenir à respecter la charge de travail prescrite ainsi que les balises temporelles. Elle serait donc une stratégie pour réduire la contrainte cognitive relative au fait de « finir dans les temps ». Les PAB expérimentés seraient ainsi garants d'un savoir expérientiel pour terminer les tâches dans les temps, au détriment de l'application du PDSB. Quelques PAB expérimentés sont perçus par les gestionnaires comme de « vieilles mains » qui sont associées à un mouvement de résistance au changement. Une participation accrue des PAB à la planification des journées des résidents et à la gestion des balises temporelles est souhaitée par un petit nombre de participants.

La cristallisation du rythme de travail autour d'une routine a des conséquences sur l'application du programme. La culture organisationnelle qui sous-tend cette routine se traduit en effet par une utilisation non optimale du programme PDSB, voire à un oubli progressif des savoirs appris en formation. C'est cette culture que les gestionnaires souhaitent modifier. Pour leur part, les

agents syndicaux/préventionnistes n'appuient pas l'usage de cette routine temporelle et souhaitent plutôt que les PAB réduisent le rythme de travail et fassent œuvre de prévention en respectant le PDSB. Mais réduire le rythme de travail pourrait conduire à une délégation du travail à des quarts suivants, et serait vécu comme une forme d'incompétence part des PAB.

6.3 Stratégies, régulations et collaborations

6.3.1 Stratégies de régulation des temporalités

Un nombre important de stratégies de régulation des temporalités a été estimé. Toutes les personnes interrogées disent les connaître (sauf les gestionnaires administratifs). La plupart concernent les soins (raser une personne un jour sur deux, restreindre les échanges verbaux, parler plus tard, faire déjeuner une personne sur le lit plutôt que sur une chaise pour réduire les déplacements, etc.). Ces stratégies visent à répondre aux prescriptions organisationnelles en matière de charge de travail. Elles prouvent à quel point les PAB sont capables d'ingéniosité, loin de l'image de personnel exécutant sans réfléchir les prescriptions de l'organisation.

Par contre, la SST est rarement évoquée formellement dans l'usage de ces stratégies. Celles-ci ne visent pas directement la prévention des TMS lors des activités d'assistance, mais bien plus la régulation des temporalités. Il n'y a pas d'arrimage entre ces stratégies et le PDSB. Certaines stratégies de régulation des temporalités entrent en conflit direct avec les enjeux de prévention en SST, et ceci conduit à des dilemmes éthiques importants entre SST et performance, et aussi entre productivité et relationnel. Par exemple, une stratégie spécifique consiste à faire « à la place du résident », à ne pas respecter le niveau d'assistance, c'est-à-dire passer de la supervision à l'assistance partielle, ou de l'assistance partielle à l'assistance totale. Une autre est de ne pas utiliser le lève-personne, ou de l'utiliser seul alors que la norme de l'établissement précise un usage en duo. Ces stratégies ne sont pas toujours sécuritaires, car elles nécessitent des efforts spécifiques et peuvent occasionner des mouvements imprévus des résidents.

6.3.2 Une coordination complexe entre PAB

La coordination est jugée complexe entre PAB dans l'organisation, notamment pour les manœuvres à deux. Le fait d'attendre un PAB pour un soin est mal perçu, du fait de la perte de temps que cela occasionne. Souvent, les PAB vont faire une tâche seuls, de manière clandestine, plutôt qu'à deux, sans respecter les principes du PDSB. L'intensification de la charge de travail revient comme une explication centrale.

Mais même lorsque les PAB sont les deux présents, la coordination peut être complexe, tout comme l'entraide autour de pratiques en duo. La communication demeure un enjeu central, dans la manière de réaliser les manœuvres PDSB et dans la capacité de réaliser des activités communes. Les gestionnaires mettent clairement de l'avant le manque de communication entre PAB sur les manœuvres. Les infirmières notent aussi ce rôle de communication, en démontrant qu'elle permet des gains de temps dans l'application du PDSB. À ce titre, on constate une grande variation dans la qualité des manœuvres PDSB, d'une unité à l'autre, et d'un soin à l'autre, notamment autour des consignes verbales pour discuter de la modalité du PDBS. La collaboration entre différents PAB ayant des rythmes de travail individuel différents ou des pratiques différentes peut engendrer des formes diverses de pratiques PDSB. Souvent, les PAB

avec plus d'expérience vont prendre la responsabilité de l'activité, en entraînant le PAB moins expérimenté à l'imiter.

6.3.3 Une connaissance indispensable des caractéristiques de résidents

La connaissance des caractéristiques des résidents (état clinique, comportement, attitudes) est sensiblement importante, notamment pour la bonne application du PDSB et l'adaptation des manœuvres. Elle permet de lier les pratiques aux spécificités cognitives du résident, pour éviter, par exemple, les actes d'agression de sa part. Plusieurs enjeux peuvent toutefois compromettre cette connaissance. On constate une grande variabilité dans la qualité de cette connaissance des résidents en raison de l'intensification de la charge de travail. Le fait que des PAB ne soient pas assignés à des tâches spécifiques à cause de leur statut d'emploi précaire complexifie également la situation. Il faut néanmoins du temps pour parvenir à bien connaître les résidents et à utiliser des bonnes stratégies (tel que le fait repousser un soin dans le temps, par exemple) pour répondre à leurs besoins tout en gagnant du temps.

6.4 La formation et l'intégration en milieu de travail

6.4.1 Un décalage entre la formation initiale et le milieu de travail

Une majorité de nos résultats mettent l'accent sur le décalage perçu entre les situations de travail telles qu'elles apparaissaient lors de la formation initiale et les situations de travail telles qu'elles sont dans l'organisation réelle. Ce décalage concerne précisément l'intensité du travail. En effet, il est clair que l'intégration des recrues dans le CHSLD nécessite de leur part une appropriation des façons de faire imposées par le rythme de travail des PAB expérimentés puisque celles-ci ne sont pas les mêmes que celles apprises lors de la formation initiale. Le décalage concerne aussi le degré de collaboration avec les résidents, entre autres ceux souffrant de problèmes cognitifs. Il semble en effet évident que les PAB doivent connaître intimement les réactions des résidents pour être en mesure d'effectuer des manœuvres de qualité en toute sécurité, comme le prescrit le programme PDSB. Enfin, le niveau de collaboration entre collègues PAB nécessite aussi un travail d'adaptation. À l'égard des deux derniers cas, plusieurs mentionnent l'impact négatif de la forte mobilité des PAB peu expérimentés entre unités, puisque ces derniers doivent à chaque fois construire des liens avec les résidents et autres PAB. Enfin, plusieurs personnes estiment qu'il y a une différence majeure entre l'environnement des milieux de formation et celui en CHSLD. Plus particulièrement, les gestionnaires interrogés notent l'importance que les chambres et le matériel utilisés lors de la formation initiale soient identiques à ceux du CHSLD.

Dans le cadre de leur intégration (ou phase d'orientation), les recrues constatent que les stratégies de leurs collègues expérimentés sont principalement associées à la réduction de la charge de travail, et très rarement au PDSB. La formation fait l'objet de peu de discussion collective comparativement aux stratégies de réduction de la charge de travail. Pourtant, l'encadrement des PAB nouvellement recrutés est un enjeu central puisqu'il ressort des entrevues et observations que cette catégorie de PAB est moins consciente des risques relatifs aux TMS et aux problèmes de santé psychologiques, et que la qualité des contenus transmis à l'égard du PDSB est très variable d'un centre de formation professionnelle à l'autre. Plus globalement, les PAB expérimentés le plus souvent chargés de cette phase d'orientation

seraient largement critiques du processus qui ne permettrait pas de construire une relation d'apprentissage convenable, compte tenu de l'impossibilité pour les expérimentés de se libérer de leur processus de travail durant l'intégration des recrues. Intégrer un nouveau PAB se traduit par une augmentation de la charge de travail du personnel régulier et une prestation de travail moins bien « rythmée ». De fait, les PAB expérimentés, qui se sentent épuisés à réaliser simultanément deux tâches (orientation et quart de travail normal) vont parfois utiliser des stratégies spécifiques pour éviter que cette situation nécessite plus de temps qu'un quart de travail classique. Cette intensification s'effectue au détriment d'un processus de transmission des savoirs adéquat. Ainsi, de l'avis des gestionnaires, les PAB expérimentés travaillent à transmettre des savoirs qui ne s'inspirent pas du PDSB, mais bien plus des stratégies relatives à la régulation du rythme de travail. Pourtant, ces stratégies ne sont pas que des « mauvais plis »; elles peuvent être considérées comme étant favorables à la SST, tout en étant déconnectées des enjeux du PDSB. La routine de travail des expérimentés serait davantage une stratégie de préservation, d'un autre ordre que le PDSB; elle vise à démontrer à la recrue l'importance de suivre un rythme de travail soutenu et de « terminer dans les temps ». Cette routine, vue comme une culture organisationnelle défensive par les agents syndicaux/préventionnistes, serait aussi une stratégie défensive visant l'efficacité, et ainsi un assouplissement des contraintes cognitives associées à la crainte d'être en retard.

6.4.2 L'impact positif des agents de suivi PDSB

Une des particularités du programme PDSB est de remettre en cause le modèle unidirectionnel de transmission des connaissances qui met en relief l'autorité de l'expert. Il s'agit d'une approche de développement de compétences valorisant une transposition de l'apprentissage en milieu de travail, notamment pour identifier les situations dangereuses et appliquer les manœuvres pertinentes. En ce sens, le contexte de formation, et notamment la disponibilité des ressources, le soutien des supérieurs et des collègues, etc. prennent une importance considérable.

Dans ce cadre, l'agent de suivi PDSB est fortement apprécié par l'ensemble des intervenants, notamment les moins expérimentés. Il permet de partager sur le terrain de courts moments de discussions sur le PDSB, qui sont nécessaires à la construction d'une culture de prévention. Il fait également en sorte que le PDSB ne constitue pas seulement une règle rigide, mais un moyen de réflexivité. Mais plusieurs personnes précisent toutefois que l'agent de suivi a un impact de courte durée sur la réflexion portant sur le PDSB, et ne permet pas aux PAB de maintenir un niveau de réflexion constant sur le programme, compte tenu de l'impact de la charge de travail. De fait, le manque d'agents de suivi est rapporté par une majorité de PAB et d'agents syndicaux. De plus, le budget est insuffisant pour permettre les rappels et la diffusion des capsules de formation. Les gestionnaires notent le manque de moyens pour établir des objectifs réalisables, en favorisant la présence accrue de préventionnistes dans le milieu de travail ou l'augmentation du nombre de leurs activités.

6.5 Environnements, espaces de travail et équipements

6.5.1 Des chambres encombrées : milieu de vie ou milieu de pratique

La très grande majorité des résultats porte sur la petite dimension des chambres ou la disposition de l'ameublement. Cet environnement est celui dans lequel vivent les résidents mais aussi celui où travaillent les PAB. Les observations ont permis de constater l'encombrement des chambres qui oblige les PAB à déplacer du mobilier afin d'être en mesure d'accomplir les manœuvres comme le recommande la formation PDSB. Plus exactement, il est clairement établi que ces chambres sont la cause des conflits pratiques que vivent les PAB qui veulent appliquer correctement le PDSB. Ils disent devoir déplacer fréquemment des meubles pour parvenir à dégager un espace suffisant pour appliquer les manœuvres. De fait, les PAB font face à un dilemme; ils doivent soit consacrer du temps à déplacer les meubles, soit accomplir une manœuvre dans un environnement encombré. Même si le PAB met sa SST en danger dans les deux cas, le second est souvent privilégié, par souci de travailler rapidement; ils jugent que le temps nécessaire à la préparation d'une manœuvre correctement effectuée est trop long. Cette situation engendre alors des problématiques SST importantes, notamment avec l'adoption de postures contraignantes.

Les PAB se retrouvent alors dans une situation paradoxale, soit celle d'appliquer des pratiques sécuritaires conformes au PDSB, sans avoir l'espace physique nécessaire pour les réaliser. Au regard des dimensions et de l'encombrement des chambres, les CUV et les gestionnaires admettent clairement leurs difficultés à concilier les exigences du « milieu de vie » et celles de « SST ». Essentiellement, les chambres seront aménagées (même si elles sont vastes) selon la volonté du résident, au détriment des enjeux en SST des PAB. Pourtant, les CUV interrogés s'attribuent la responsabilité de gérer l'aménagement des chambres en vue de disposer de l'espace suffisant pour les manœuvres des PAB et l'utilisation de l'équipement. De plus, les PAB notent qu'ils sont peu impliqués dans le processus de « milieu de vie » des résidents, c'est-à-dire dans l'aménagement des chambres (position du matériel, disposition des meubles, etc.). Pourtant, leur point de vue serait utile pour mieux comprendre les problématiques et l'incompatibilité entre le respect du milieu de vie des résidents et l'importance d'être en mesure d'appliquer correctement le PDSB.

6.5.2 Du matériel disponible et de qualité

La qualité et la disponibilité du matériel, notamment des leviers, ont aussi leur importance. La plupart des gestionnaires sont conscients de cet enjeu, mais avouent leurs difficultés à obtenir du matériel supplémentaire. Un grand nombre de personnes interrogées rapporte l'enjeu majeur que constituent la disponibilité du matériel et la qualité de celui-ci. Les chefs d'unité de vie endossent leur responsabilité à ce titre, mais n'hésitent pas à pointer du doigt l'insuffisance des budgets consacrés à l'achat et à l'entretien de ce matériel. Les membres de l'équipe de travail, notamment les PAB, confirment qu'ils n'ont pas beaucoup de moyens de communiquer leurs besoins, et se sentent peu impliqués dans le processus d'acquisition et de distribution du matériel.

6.6 Constats finaux

Le constat général de cette étude est que l'organisation du travail complexifie nettement l'appropriation et l'application du PDSB par les PAB. Plusieurs raisons sous-tendent cette conclusion. La première est l'intensification de la charge de travail qui se traduit par l'aménagement d'une routine et de balises temporelles qui ne sont pas favorables à la prévention. Il en découle un souci de la productivité qui se conjugue mal avec les exigences de la SST. Le personnel cherche alors à réduire la charge cognitive relative au fait de ne pas « finir dans les temps ». En ce sens, la réflexion des PAB les amène à considérer la SST comme un enjeu de santé psychologique lié au fait de répondre aux objectifs prescrits en matière de charge de travail, ce qui est considéré comme une marque de compétence. Ainsi, les PAB expérimentés ont acquis une expertise majeure en CHSLD dans la régulation du temps; celle-ci favorise la prévention des contraintes psychologiques associées au fait de « finir dans les temps » et à la reconnaissance de la compétence professionnelle, tout en assurant un maximum de qualité aux activités relationnelles et d'assistance. En effet, le modèle de « milieu de vie » mis de l'avant par les directions de CHSLD favorise aussi l'adéquation entre le temps consacré à la productivité et celui aux activités relationnelles; il est plus ou moins incompatible avec la SST. La seconde raison dicte que les moyens organisationnels et matériels ne sont pas suffisants pour conscientiser le personnel aux enjeux du programme PDSB, dans le cadre de la formation, de l'environnement et l'équipement de travail; le manque d'appui des supérieurs est également mentionné.

Une troisième raison est liée à la faible participation des PAB au processus d'organisation du travail alors que celui-ci pourrait pourtant leur permettre de mieux concilier les enjeux relationnels, de SST et de productivité. La quatrième et dernière raison porte sur le processus de délégation de la responsabilité du PDSB entre les gestionnaires administratifs, les PAB en passant par les CUV et les infirmières (ASI) et infirmières auxiliaires. Cette chaîne de délégation est largement reconnue comme une problématique majeure dans les organisations gériatriques. Dujarier (2015), dans le contexte français, montre que les gestionnaires cliniques et administratifs tendent à déléguer aux catégories professionnelles inférieures la responsabilité de la qualité du travail. Le processus est semblable pour la SST. En bout de piste, aux yeux des gestionnaires, les PAB doivent individuellement assumer la responsabilité de l'application des principes du PDSB, et ce, sans égard aux contraintes organisationnelles qui l'accompagnent et à l'existence de balises temporelles.

Le PDSB n'est pas totalement évacué de la pratique des PAB pour autant. Celle-ci prend appui sur certains savoirs issus du PDSB pour effectuer adéquatement leurs manœuvres et réaliser leurs activités, mais sans qu'il soit possible de déterminer exactement à quel point, compte tenu de la grande variation des activités de travail observées. Il est néanmoins observé que la réflexivité des PAB à l'égard de la conformité de leurs activités au PDSB n'est pas un processus fréquent, du fait même des rythmes de travail qu'ils disent devoir respecter. Ceux-ci n'ont lieu que durant la phase d'intégration, de suivi PDSB ainsi qu'en présence des agents de suivi à la suite d'un accident de travail. Sinon, l'intensité de la charge de travail et le respect des balises temporelles créent une routine intégrant une diversité de stratégies de régulation des temporalités, ce qui complexifie l'appropriation et l'application du programme PDSB. La figure 5 illustre cet enjeu.

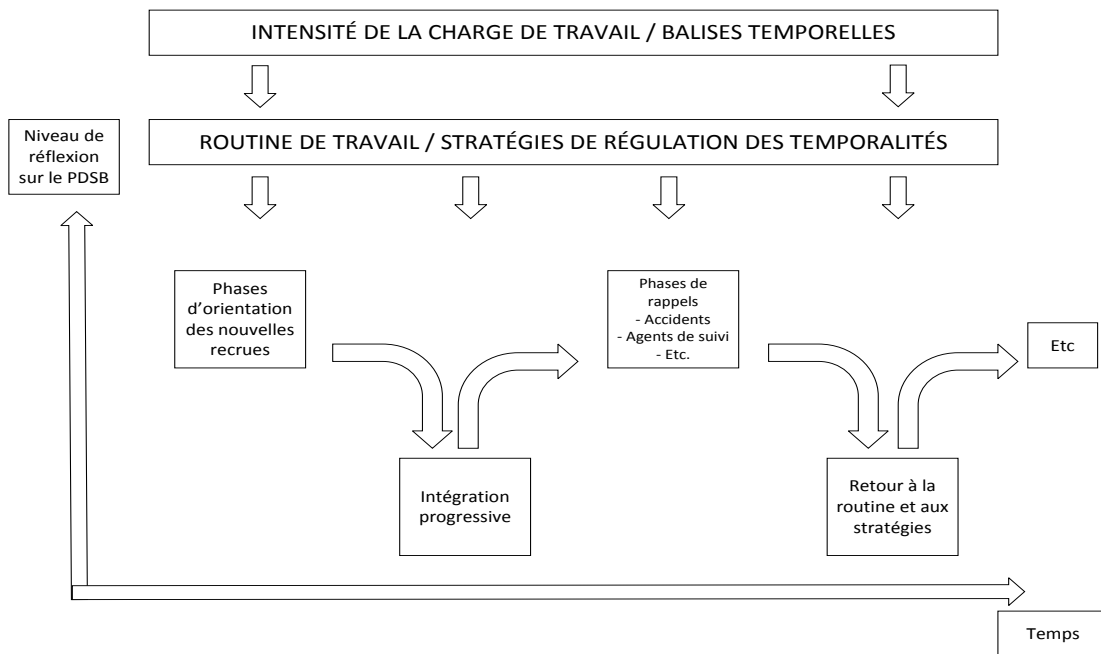


Figure 8 - Processus d'appropriation et d'application du PDSB à travers le temps

La figure 8 montre que l'appropriation du PDSB est complexe en raison du degré d'intensité de la routine de travail et des stratégies de régulations des temporalités. Le niveau d'utilisation du PDSB diminue au fur et à mesure des semaines et des mois de travail pour ne reprendre de la vigueur que lors de discussions collectives relatives à un accident de travail ou d'une formation. Certains facteurs pourraient permettre de favoriser une meilleure réflexion sur le PDSB.

À cet égard, les recommandations formulées dans la présente étude reprennent les points fondamentaux déjà entrevus. Deux enjeux transversaux doivent être débattus. Le premier enjeu concerne la réduction de la charge de travail, problématique incontournable et directement liée à l'action du MSSS. Il ressort clairement que toute proposition de bonification du programme PDSB doit prendre en considération la charge de travail et les balises temporelles de la routine et les stratégies de régulation des temporalités que se sont données les PAB. Il est utile de noter qu'un arrimage entre la méthode d'application de la formation et la réalité de travail des PAB est fondamental pour réussir la formation. La seconde perspective concerne la valorisation et la participation accrue des PAB aux décisions organisationnelles prises en CHSLD, et qui les concernent directement. Il est nécessaire d'offrir aux PAB la capacité de fournir leur point de vue sur les éventuels enjeux qu'ils vivent dans l'organisation, la résolution des conflits potentiels et la conciliation entre les problématiques organisationnelles et ce que prescrit la formation PDSB (Feillou, 2016). En ce sens, la filière théorique relative à une approche développementale est suivie. Son postulat principal se résume ainsi : « Le développement des activités professionnelles dans et par l'intervention constitue le levier principal de la prévention des TMS pour l'action ergonomique » (Coutarel et Petit, 2013, p.175). Une telle démarche permettra de mettre davantage l'accent sur les savoirs et les perceptions des PAB concernant la SST, et de prendre communément en considération les connaissances issues de l'ergonomie et des

sciences humaines telles que la sociologie de la situation professionnelle et sociale des travailleurs.

6.7 Recommandations

Huit recommandations concrètes pouvant être développées par des CISSS et CIUSSS sont présentées dans cette sous-section.

Recommandation 1 : Former davantage les chefs d'unité de vie et les infirmières (ASI) et infirmières auxiliaires au PDSB, afin qu'ils se représentent en quoi la formation PDSB est exigeante en termes de temps, d'analyse des situations de travail et de réflexivité. Il semble clair, en effet, que le manque d'informations des CUV et infirmières sur ce point complexifie le développement d'une culture de prévention axée sur le PDSB.

Recommandation 2 : Construire des espaces de discussion autour des enjeux de la SST en général et du PDSB en particulier. Les interrogations et les observations ont établi que la SST et le PDSB ne sont pas des sujets discutés formellement par les PAB, sauf à quelques rares exceptions près. Il est important de développer des espaces de discussion et réflexion collectifs pour redonner à la prévention des LP le statut d'enjeux importants de la pratique des PAB, et de mettre en lumière l'influence de la charge de travail sur ces enjeux.

Recommandation 3 : Créer des espaces de discussion sur l'aménagement des journées de travail avec la participation directe des PAB ainsi que des professionnels. Cette stratégie permettrait d'aider les PAB à flexibiliser leur routine de travail et replacer le PDSB comme une activité réfléchiée et intégrée à la pratique quotidienne.

Recommandations 4 : Libérer les PAB expérimentés de leurs tâches habituelles lors des phases d'intégration des recrues et y créer davantage d'espaces de discussion sur le PDSB. Cette recommandation paraît essentielle aux PAB expérimentés afin qu'ils puissent consacrer davantage de temps à discuter des enjeux du PDSB avec les recrues. Un temps spécifique dédié au PDSB pourrait être réservé lors de cette phase.

Recommandations 5 : Augmenter le nombre d'agents PDSB et de préventionnistes, ou d'activités réalisées par ces agents. Cette recommandation permettrait le maintien d'une culture de prévention, par la présence accrue de personnel formé à détecter les situations à risque.

Recommandation 6 : Désencombrer les chambres, promouvoir leur conception à une dimension adéquate à l'usage du PDSB et permettre aux PAB de participer aux discussions collectives sur leur aménagement. Cette recommandation permettrait d'éviter les conflits et d'atténuer les incompatibilités perçues par les PAB entre le fait de devoir mettre en application les principes du PDSB et ne pas avoir les moyens matériels de le faire.

Recommandation 7 : S'assurer de la qualité du matériel et de sa disponibilité, tout en permettant aux PAB d'émettre leur point de vue sur l'état du matériel. Leur point de vue serait important pour faire en sorte que les décisions relatives à l'acquisition ou à la disponibilité du matériel soient clairement associées aux problématiques vécues par les PAB.

Recommandation 8 : Diminuer la charge de travail pesant sur les PAB, et notamment le ratio de résidents, afin que le PDSB puisse être appliqué à partir d'une analyse des tâches et de leurs exigences.

6.8 Portée, limites et applicabilité des résultats et recommandations

Les résultats et recommandations de la présente étude sont principalement destinés aux gestionnaires de CISSS et CIUSSS, notamment les directions RH et SAPA. Tirés d'une étude qualitative avec un échantillon réduit, les résultats ne sont pas caractérisés par une saturation des données. Par contre, ces résultats sont compatibles avec l'ensemble des situations vécues en CHSLD. Il existe, en effet, une grande homogénéité dans les problématiques auxquelles font face les PAB, notamment sur le plan de l'intensification de la charge de travail et de la faible latitude décisionnelle dont ils jouissent. Chacun des gestionnaires des CISSS et CIUSSS, et notamment les coordonnateurs à l'hébergement et les directions des RH, peuvent s'inspirer des recommandations de cette étude qui, par ailleurs, pourront avoir des répercussions sur des enjeux connexes à la SST, tels que la fidélisation de la main d'œuvre, la motivation au travail, la réduction de l'absentéisme, etc. Cela nécessitera des discussions entre deux directions de CISSS et CIUSSS, soit la direction des RH (responsable de la mise en application de la formation PDSB) et la direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) responsable de la qualité des soins, pour appliquer correctement les recommandations aux milieux de travail.

7. CONCLUSION

L'objectif général de cette étude fut de comprendre si les stratégies de régulation des temporalités créées et utilisées par les PAB contraignent l'appropriation et l'application des principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB), principalement par les PAB les moins expérimentés. L'hypothèse selon laquelle il existe effectivement une forte relation d'influence, et que ces stratégies sont principalement la conséquence de balises temporelles imposées par l'équipe de soins (infirmières, infirmières auxiliaires, etc.) et les autres secteurs du CHSLD (loisirs, alimentation, etc.) a été formulée. Les résultats permettent de mettre de l'avant l'idée selon laquelle l'application du PDSB est difficilement compatible avec l'enjeu central, soit l'intensité de la charge de travail. Cette intensification conduit à la construction d'une routine de travail jalonnée de repères temporels qui ponctuent le déroulement des pratiques et l'usage de stratégies de régulation des temporalités afin de parvenir à tenir le rythme. Il semble clair que cette routine est en partie indissociable de l'édification de balises temporelles.

Le premier sous-objectif fut de déterminer en quoi l'équipe de travail composée des infirmières, infirmières auxiliaires et autres professionnels est à la base de la construction de balises temporelles qui conditionnent les rythmes de travail des PAB. La démonstration a été faite que ces balises proviennent de l'organisation des activités envers les aînés dans les CHSLD (heures d'animation, de sorties, etc.), des professionnels (repas, soins, etc.) et des horaires de travail des PAB eux-mêmes (pause, début et fin de quart de travail). Un second sous-objectif consista à reconnaître quelles sont les stratégies de régulation des temporalités développées par les PAB, et quelle place elles occupent par rapport aux savoirs issus du programme PDSB. Plusieurs stratégies ont été identifiées; certaines liées aux soins du résident, d'autres aux activités. Les PAB considèrent qu'une part importante de ces stratégies est difficilement compatible avec la formation PDSB, compte tenu notamment des fortes contraintes temporelles. Enfin, un troisième sous-objectif était de bien cerner les facteurs contextuels relatifs notamment à l'organisation du travail, à l'environnement de travail, au processus de formation et aux relations avec le résident qui influencent l'appropriation et l'application du PDSB par les PAB peu expérimentés. Il semble clair que l'appropriation et l'application du PDSB par ces PAB ne sont pas optimales, compte tenu notamment du peu d'espace de discussion et de réflexivité sur le sujet, de l'absence de centration de la phase d'orientation des recrues sur le PDSB, du manque de moyens pour assurer une formation continue de qualité, du peu d'encadrement assuré par les infirmières, infirmières auxiliaires et chefs d'unité de vie, et des lacunes en ce qui a trait à l'espace de travail et à l'équipement. Enfin, l'absence de participation des PAB aux enjeux vécus en CHSLD est aussi relevée. Le développement des CHSLD comme des « environnements capacitants » (Falzon, 2013) serait une formule gagnante qui permettrait une meilleure intégration des PAB dans la résolution des enjeux SST, par le biais entre autres du programme PDSB, et au contraire d'une approche « top-down », qui fut durant de longues années le *modus operandi* des formations en SST (Teiger, 2002). Conformément aux propos de Messing (2016), les employés de service, tels que les PAB, sont détenteurs d'un savoir et d'habiletés qui méritent d'être reconnus et valorisés, et ce, autant à l'avantage du salarié que de l'organisation.

BIBLIOGRAPHIE

Acker, F. (2013). Prendre soin dans la société : Une fonction sociale aux figures multiples, aux compétences distribuées, aux cadres de référence brouillées. Dans V. Chagnon, C. Dallaire, C. Espinasse et E. Heurgon (édit.), *Prendre soin : Savoirs, pratiques, nouvelles perspectives* (pp.167-174). Québec : Presses de l'Université Laval.

Alamgir, H., Drebit, S., Li, H. G., Kidd, C., Tam, H. et Fast, C. (2011). Peer coaching and mentoring: a new model of educational intervention for safe patient handling in health care. *American Journal of Industrial Medicine*, 54, 609-617.

Allaire, E. (2016). *Être préposée aux bénéficiaires : l'expérience de travail des immigrants de la ville de Québec* (Mémoire de maîtrise en anthropologie, Université Laval, Québec, Canada).

Arborio, A. M. (2001). *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Anthropos.

Arborio, A. M. et Fournier, P. (1999). *L'enquête et ses méthodes : L'observation directe*, Paris : Nathan.

ASSTSAS. (2009). *Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires. Cahier du participant*. Montréal : ASSTSAS.

ASSTSAS. (2010). *Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires. Cahier du formateur*. Montréal : ASSTSAS.

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). Tiré de <https://temporalites.revues.org/2237>

Aubry, F. et Couturier, Y. (2014). Regard sur une formation destinée aux préposés aux bénéficiaires au Québec, *Travailler*, 31, 169-192.

Aubry, F. et Couturier, Y. (2012). L'habilitation des nouveaux préposés aux bénéficiaires par le groupe de pairs dans les organisations gériatriques de type CHSLD au Québec. *Phronesis*, 1(2), 5-14.

Aubry, F. et Couturier, Y. (2013). La contradiction des rythmes temporels subie par les aides-soignantes en gériatrie : une cause de leur épuisement professionnel. Dans P. Zawieja et F. Guarnieri (édit.), *L'épuisement professionnel : innovations théoriques et méthodologiques* (p. 159-181). Paris : Armand Colin.

Bédard, S. (2012). Portrait des lésions dans le secteur de la santé et des services sociaux, *Objectif prévention*, 35(1), 8-9.

Bédard, S. (2016). L'importance des TMS chez les soignants en quelques chiffres, *Objectif prévention*, 39(2), 31-32.

Béland-Ouellette, V. (2014). *Maintien en emploi des préposés aux bénéficiaires et problématiques en santé et sécurité au travail* (Maîtrise de maîtrise, Université de Sherbrooke, Canada).

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*. (Rapport R-857). Montréal : IRSST.

Berthelette, D. (2002). Les déterminants de l'implantation et des résultats des programmes de santé et de sécurité du travail. Dans Harrisson D. et Legendre C. (édit.), *Santé sécurité & transformation du travail. Réflexions et recherches sur le risque professionnel* (pp. 107-128). Sainte-Foy : PUQ.

Berthelette, D., Bilodeau, H. et Leduc, N. (2008). Pour améliorer la recherche évaluative en santé au travail. *Santé publique*, 20(3), S171-S179.

Berthelette, D. et Desnoyers, L. (2009). Une évaluation de l'efficacité d'un programme de formation en santé et sécurité du travail. Dans V. Ridde et C. Dagenais (édit.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (pp. 287-306). Montréal : PUM.

Berthier, N. (1998). *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Paris : Armand Colin.

Bigaouette, M. (2001). La gestion professionnelle des émotions et l'approche prothétique : un nouveau travail prescrit pour soigner les déments, *Pistes*, 3(1). Tiré de <https://pistes.revues.org/3806>

Billaud, S. et Xing, J. (2016). « On n'est pas si mauvaises! ». Les arrangements des aides-soignantes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) face aux épreuves de professionnalité, *Sociologies*. Tiré de <https://sociologies.revues.org/5372>

Blanchet, A. et Gotman, A. (2001). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Paris : Nathan.

Bonnemain, A. (2011). *Conflit éthique et conflits de temporalités : une approche ergonomique de la maltraitance en EHPAD* (Mémoire de maîtrise, CNAM, Paris, France).

Bourassa, J. (2015). *Effets d'une transformation du travail sur la santé mentale des préposés aux bénéficiaires travaillant en CHSLD* (Mémoire de maîtrise, UQTR, Trois Rivières, Canada).

Bourbonnais, R., Gauthier, N., Vézina, M., Viens, C., Durand, P.-J., Brisson, C., Alderson, M., Bégin, P. et Ouellet, J.-P. (2005). Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail, *Pistes*, 7(2). Tiré de <https://pistes.revues.org/3207>

Camus, I. (2009). Les expositions aux risques professionnels des personnels soignants en 2003, *DARES (Premières synthèses)*, 41(4), 1-5.

Caroly, S. (2002). Différences de gestion collective des situations critiques dans les activités de service selon deux types d'organisation du travail, *Pistes*, 4(1). Tiré de <https://pistes.revues.org/2696>

Caroly, S. et Barcellini, F. (2013). Le développement de l'activité collective. Dans P. Falzon (édit.), *Ergonomie constructive* (pp.33-45). Paris : PUF.

Caroly, S. et Clot, Y. (2004). Du travail collectif au collectif de travail : Développer des stratégies d'expérience. Autour de l'expérience et de sa validation. *Formation-Emploi*, 88, 43-55.

Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF.

Clot, Y. et Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, 4, 7-42.

Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G. et Scheller, L. (2001). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Éducation permanente*, 146(1), 17-25.

Cloutier, E., Bourdouxhe, M., Ledoux, E., David, H., Gagnon, I. et Ouellet, F. (2006a). *Étude descriptive des conditions d'emploi, de travail et de santé et de sécurité du travail des infirmières d'agence privée dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre* (Rapport R-475). Montréal : IRSST.

Cloutier, E., David, H. et Teiger, C. (2003). Auxiliaires familiales et sociales expérimentées et patientes âgées : des stratégies d'entraide. *Vie et vieillissement*, 2(1-2), 59-66.

Cloutier, E., Fournier, P.-S., Ledoux, E., Gagnon, I., Beauvais, A. et Vincent-Genod, C. (2006b). *La transmission des savoirs de métier et de prudence par les travailleurs expérimentés. Comment soutenir cette approche dynamique de formation dans les milieux de travail* (Rapport R-740). Montréal : IRSST.

Cloutier, E., Ledoux, E. et Bourdouxhe, M. (2006). Personnel chargé des soins à domicile. L'importance de l'organisation du travail comme moyen de protection, *Protection au travail*, 19(2), 24-25.

Cloutier, E., Lefebvre, S., et Ledoux, E. (2002). Transfert de connaissances entre générations : le cas de l'usinage. Dans F. Lamoncé (édit.), *La gestion des âges. Face à face avec un nouveau profil de main-d'œuvre* (pp.57-68). Québec : PUF.

Coutarel, F. et Petit, J. (2013). Prévention des TMS et développement du pouvoir d'agir. Dans P. Falzon (édit.), *Ergonomie constructive* (pp. 176-190). Paris : PUF.

D'Arcy, L.-P., Sasai, Y. et Stearn, S. C. (2012). Do assistive devices, training, and workload affect injury incidence? Prevention efforts by nursing homes and back injuries among nursing assistants. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 836-845.

Dejours, C. (2009). Entre inégalités individuelles et coopération collective : la question de l'autorité. Dans M. Jouan et S. Laugier (édit.), *Comment penser l'autonomie? Entre compétences et dépendances* (pp. 291-313). Paris : PUF.

Desmarais, L. et Lortie, M. (2011). *La dynamique du transfert des connaissances. Une perspective centrée sur l'usager*. Québec : Presses de l'Université Laval.

De Terssac G. et Maggi, B. (1996). Le travail et l'approche ergonomique. Dans F. Daniellou (édit.), *L'ergonomie en quête de ses principes. Débats épistémologiques* (pp. 77-102). Toulouse : Octarès.

Dujarier, M.-A. (2006). La division sociale du travail d'organisation dans les services. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1(1), 129-136.

Dujarier, M.-A. (2015). *Le management désincarné. Enquête sur les nouveaux cadres du travail*. Paris : La Découverte.

Engkvist, I. L. (2006). Evaluation of an intervention comprising a No Lifting Policy in Australian hospitals. *Applied Ergonomics*, 37, 141-148.

Engkvist, I. L. (2007). Nurses' Expectations, Experiences and Attitudes towards the Intervention of a "No Lifting Policy". *Journal of Occupational Health*, 49, 294-304.

Estryn-Behar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Rennes : Presses de l'école des hautes études en santé publique.

Falzon P. (2004). Nature, objectifs et connaissances de l'ergonomie. Dans P. Falzon (édit.), *Ergonomie* (pp. 17-36). Paris : PUF.

Falzon, P. (2013). Pour une ergonomie constructive. Dans P. Falzon (édit.), *Ergonomie constructive* (pp. 1-15). Paris : PUF.

Faye, C. (2013). *Utilisation sur le lieu de travail des compétences acquises par la formation : analyse évaluative d'un programme de formation visant la prévention primaire des maux de dos chez du personnel soignant* (Thèse de doctorat, UQAM, Montréal, Canada).

Faye C., Berthelette D. et Leduc N. (2011). La formation pour prévenir les maux de dos au travail : problématique de transfert des résultats de la recherche ou des connaissances et effets contextuels. Dans L. Desmarais et M. Lortie M (édit.), *La dynamique du transfert des connaissances. Perspectives centrées sur l'usager* (pp. 201-215). Québec : Presses de l'Université Laval.

Feillou I., Bellemare M., Viau-Guay A., Trudel L., Desrosiers J., Robitaille M.-J. (2014), Le soin relationnel en CHSLD : De la formation à l'approche relationnelle de soins, à la réalité du travail des préposés aux bénéficiaires, Dans F. Aubry et Y. Couturier (édit.), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes : entre domination et autonomie* (pp.51-71), Québec : Presses de l'Université du Québec.

Feillou, I. (2016). Adapter les soins d'hygiène aux résidents en CHSLD. *Objectif – prévention*, 39(1), 20-22.

Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière.

Fournier, P.-S., Montreuil, S., Brun, J.-P., Bilodeau, C. et Villa, J. (2010). *Étude exploratoire des facteurs de la charge de travail ayant un impact sur la santé et la sécurité. Étude de cas dans le secteur des services* (Rapport R-668). Montréal : IRSST.

Garg, A. et Kapellusch, J. M. (2012). Long-term efficacy of an ergonomics program that includes patient-handling devices on reducing musculoskeletal injuries to nursing personnel. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 54(4), 608-625.

Gaudart, C. (2006). Les âges au travail. Dans I. Thery (édit.), *Le travail intenable. Résister collectivement à l'intensification du travail* (pp.119-137). Paris : La découverte.

Gaudart, C. et Thébault, C. (2012). La place du care dans la transmission des savoirs professionnels entre anciens et nouveaux à l'hôpital. *Relations industrielles*, 67(2), 242-262.

Gonon, O., Barthe, B. et Gindron, G. (2009). *Organisation du travail à l'hôpital : comprendre l'articulation des temporalités pour agir sur la transformation des situations de travail*, Communication au 44^{ème} congrès de la SELF, Toulouse, 22-24 septembre 2009.

González, R. et Weill-Fassina, A. (2005). Modalités de régulation du processus de travail dans les activités de service en crèche, *@ctivités*, 2(2), 2-23.

Grégoire, A., Levesque, M., et Proulx, D. (2010). *Organisation du travail et revalorisation des pratiques : les rôles des membres de l'équipe de soins en CHSLD* (Rapport), Sherbrooke : CSSS-IUGS.

Grenier, N. (2008). *Portrait de la main-d'œuvre Préposés aux bénéficiaires* (Rapport). Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Kurowski, A., Gore, R., Buchholz, B. et Punnett, L. (2012). Differences among nursing homes in outcomes of a safe resident handling program. *Journal of Healthcare Risk Management*, 32(1), 35-51.

Lechevalier Hurard, L. (2013). Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique. *Sociologie du travail*, 55(3), 279-301.

Ledoux, E. et Bigaouette, M. (2001). Améliorer le travail du personnel soignant. *Travail et santé*, 17(1), 7-11.

Legault, M.-J. et Dionne-Proulx, J. (2003). *Problèmes de sécurité au travail*, Québec : Télé-Université.

Lejeune, M. (2012). Transmettre l'informel en milieu de travail : proximité, posture et modalités organisationnelles. Dans J. Clénet, P. Maubant et D. Poisson (édit.), *Formations et professionnalisations : à l'épreuve de la complexité* (pp.107-116). Paris : L'harmattan.

Lemieux, V., Bergeron, P., Begin, C. et Bélanger, G. (2003). *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*. Québec : Presses de l'Université Laval.

Leplat, J. (1996). Quelques aspects de la complexité en ergonomie. Dans F. Daniellou (édit.), *L'ergonomie en quête de ses principes. Débats épistémologiques* (p 57-76). Toulouse : Octares.

Leplat, J. (2006). La notion de régulation dans l'analyse de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 8-1 | URL : <http://pistes.revues.org/3101>

Major, M. E. et Vézina, N. (2011). Élaboration d'un cadre de référence pour l'étude des stratégies : analyse de l'activité et étude de cas multiples dans deux usines de crabe, *Pistes*, 13(2). Tiré de <https://pistes.revues.org/1843>

Marquier, R., Vroylandt, T., Chenal, M., Jolidon, P., Laurent, T., Peyrot, C., Straub, T. et Toldre, C. (2016). *Les conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés* (Rapport, n°5). Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Messing, K. (2016). *Les souffrances invisibles. Pour une science du travail à l'écoute des gens*. Montréal : Écosociété.

Miles, M.-B. et Huberman, M.-A. (2005). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2000). *L'exercice infirmier en soins de longue durée. Au carrefour du milieu de soins et du milieu de vie. Guide d'exercice* (Rapport). Montréal : OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2011). *La contribution des aides-soignants et des proches aidants aux soins infirmiers* (Rapport). Montréal : OIIQ.

Owen, B.-D., Keene, K. et Olson, S. (2002). An ergonomic approach to reducing back/shoulder stress in hospital nursing personnel: a five year follow up. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 295-302.

Peretz, H. (2004). *Les méthodes en sociologie : L'observation*. Paris : La découverte.

Powell-Cope, G., Toyinbo, P., Patel, N., Rugs, D., Elnitsky, C., Hahm, B., Sutton, B., Campbell, R., Besterman-Dahan, K., Matz, M. et Hodgson, M. (2014). Effects of a national safe patient handling program on caregiver injury incidence rates. *The Journal of Nursing Administration*, 44(10), 525-534.

Santerre, H. (2016). Développer une culture pour prévenir les TMS. *Objectif prévention*, 39(2), 28-29.

Schoenfisch, A. L., Myers, D. J., Pompeii, L. A. et Lipscomb, H. J. (2011). Implementation and adoption of mechanical patient lift equipment in the hospital setting: The importance of organizational and cultural factors. *American Journal of Industrial Medicine*, 54, 946-954.

St-Vincent, M., Tellier, C., Petitjean-Roget, T. (1995). *Analyse des accidents survenus durant une année dans trois centres hospitaliers* (Rapport R-093). Montréal : IRSST.

St-Vincent, M., Vézina, N., Bellemare, M., Denis, D., Ledoux, É. et Imbeau, D. (2011), *L'intervention en ergonomie*. Montréal : Éditions Multi-Mondes.

Stevens, L., Rees, S., Lamb, K. V. et Dalsing, D. (2013). Creating a culture of safety for safe patient handling. *Orthopaedic Nursing*, 32(3), 155-164.

Strauss, A. et Corbin, J. (2003). L'analyse des données selon la grounded theory. Procédures de codage et critères d'évaluation. Dans D. Cefaï, (édit.), *L'enquête de terrain* (pp. 363-379). Paris : La découverte.

Teiger, C. (2002). Origines et évolution de la formation à la prévention des risques « gestes et postures » en France. *Relations Industrielles/Industrial Relations*, 57(3), 431-462.

Volkoff, S. (2012). Le travail en évolutions. Dans A. F. Molinié, C. Gaudart, C. et V. Pueyo (édit.), *La vie professionnelle. Âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail* (pp. 31-42). Toulouse : Octarès.

Voyer, P. (2016). Les ratios infirmières/résidents en CHSLD - Pénurie de soins ou pénuries d'infirmières?. *Perspective infirmière*, 13(3), 45-50.

Wardell, H. (2007). Reduction of Injuries Associated With Patient Handling. *AAOHN Journal: Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*. 55(10), 407-412.

ANNEXE A : DESCRIPTIF DES PARTICIPANTS AUX ENTREVUES

	Unité	Âge	Genre	Statut	Quart de travail	Ancienneté CHSLD	Ancienneté unité
Syndicat Préventionniste	A	60	H	Temps complet	Jour	20	20
Syndicat Préventionniste	B	50	H	Temps complet	Jour	32	32
Syndicat Préventionniste	C	55	H	Temps complet	Jour	25	25
Infirmière ASI	A	47	F	Temps complet	Soir	5.5	3.5
Infirmière ASI	A	52	F	Temps complet	Jour	9	2
Infirmière aux.	B	46	F	Temps complet	Jour	20	7
Infirmière ASI	B	52	F	Temps complet	Jour	31	1
Infirmière aux.	C	44	F	Temps complet	Soir	20	5
Infirmière ASI	C	55	F	Temps complet	Jour	25	25
Gestionnaire RH	A	51	F	NA	NA	24	NA
Gestionnaire RH	A	50	H	NA	NA	10	NA
Gestionnaire RH	B	40	F	NA	NA	11	NA
Gestionnaire RH	C	42	F	NA	NA	10	NA
CUV	A	50	F	NA	Jour	3	3
CUV	B	55	F	NA	Jour	15	6
CUV	C	52	F	NA	Jour	18	15
PAB	A	48	H	Temps complet	Soir	4	4
PAB	A	50	H	Temps complet	Jour	13.5	6
PAB	B	48	F	Temps complet	Jour	23	7
PAB	B	52	F	Temps complet	Jour	22	2
PAB	C	48	F	Temps complet	Jour	18	5
PAB	C	55	F	Temps complet	Soir	24	6

ANNEXE B : GRILLE D'ENTREVUE DES PAB

Introduction

Présentation de l'étude / Signature du formulaire d'information – consentement

Caractéristiques du participant

Âge / Genre / Ancienneté dans l'établissement / Ancienneté dans l'unité / Statut d'emploi / Horaires de travail

Description de l'activité et formation au PDSB

Pouvez-vous me décrire ce que vous faites dans une journée de travail?

Avez-vous eu une formation initiale pour devenir PAB? Si oui, quand?

Avez-vous été formé au PDSB durant votre formation?

De quand date votre dernier suivi PDSB? Si vous en avez eu un, en quoi consiste-t-il?

Perception du programme PDSB par le préposé

Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste le PDSB et quelle est son utilité?

Y a-t-il des techniques que vous appliquez plus particulièrement?

Vous sentez-vous à l'aise pour appliquer les principes et les techniques du PDSB?

Quelles sont les techniques ou les principes que vous estimez bien maîtriser?

Quels sont les techniques ou les principes avec lesquels vous avez encore de la difficulté?

Selon vous, existe-t-il eu des situations possiblement dangereuses où vous avez ou vous auriez dû utiliser le PDSB durant le dernier mois? Pouvez-vous nous les décrire?

Mise en œuvre du programme PDSB : Utilité

Y a-t-il des techniques/manœuvres qui vous semblent plus particulièrement utiles dans votre travail? Si oui, lesquelles et pour quelles raisons?

Y a-t-il des techniques/manœuvres que vous jugez inutiles? Si oui, lesquelles et pour quelles raisons?

Pouvez-vous me donner des exemples de situation durant le quart de travail où vous utilisez ces techniques/manœuvres?

Mise en œuvre du programme PDSB : Facilité d'application

Y a-t-il des techniques du PDSB que vous trouvez faciles à mettre en œuvre? Si oui, lesquelles? Pouvez-vous m'expliquer en quoi elles sont faciles à mettre en œuvre?

Pouvez-vous me donner des exemples de situation durant le quart de travail où vous les utilisez?

Auriez-vous un bon coup à partager pour mettre en œuvre le PDSB?

Mise en œuvre du PDSB : Difficulté d'application

Y a-t-il des techniques du programme PDSB que vous trouvez plus difficiles à mettre en œuvre? Si oui, lesquelles? Pouvez-vous m'expliquer en quoi elles sont difficiles à appliquer?

Pouvez-vous me donner des exemples de situation durant le quart de travail lors desquelles vous trouvez que ces techniques sont difficiles à utiliser?

Comment avez-vous fait face à ces difficultés (sur le plan des stratégies et des compromis) dans ces situations?

Dans votre expérience de travail, avez-vous vécu des événements particuliers durant les derniers mois qui ont eu une influence sur l'utilisation du programme PDSB et qui ont rendu son utilisation difficile (exemples : interruptions, modification de l'ordre des soins, opposition du résident...)? Si oui, pouvez-vous me les décrire?

Déterminants particuliers : Rôle du collectif de pairs PAB

Est-ce que vous pensez que vos collègues maîtrisent l'application du PDSB?

En parlez-vous entre collègues?

Partagez-vous (ou pas) des trucs et astuces relatifs au PDSB avec vos collègues préposés?

Décrivez-nous des situations où vous devez appliquer le PDSB en duo et que vous arrivez à le faire.

Décrivez-nous des situations où vous devriez appliquer le PDSB en duo et que vous n'arrivez pas à le faire.

Déterminants particuliers : Rôle de l'équipe de travail

Est-ce que vous pensez que les infirmières auxiliaires et infirmières mettent en œuvre le PDSB? Si oui, dans quelles situations?

En parlez-vous avec elles?

Est-ce qu'elles donnent des conseils pour appliquer le PDSB?

Y a-t-il des situations où elles exigent que vous mettiez en œuvre certaines manœuvres du PDSB? Si oui, lesquelles et comment faites-vous?

Y a-t-il des situations où les infirmières et infirmières auxiliaires viennent vous aider à mettre en œuvre le PDSB? Si oui, lesquelles, et comment cela se passe-t-il?

Déterminants particuliers : Rôle de l'agent de suivi PDSB

Y a-t-il un agent PDSB dans votre unité? Le connaissez-vous?

Est-ce que l'agent de suivi intervient dans certaines situations pour vous conseiller dans l'application du PDSB?

Est-ce que vous avez déjà vécu une situation de résolution de problèmes dans l'application du PDSB avec l'agent de suivi? Si oui, pouvez-vous la décrire?

Conclusion

Avez-vous d'autres éléments que nous aurions oubliés et que vous trouvez important de mentionner?

ANNEXE C : GRILLE D'ENTREVUES DES AUTRES PROFESSIONNELS

Introduction

Présentation de l'étude / Signature du formulaire d'information – consentement

Caractéristiques du participant

Âge / Genre / Ancienneté dans l'établissement / Ancienneté dans l'unité le cas échéant / Fonctions / Horaires de travail

Description de l'activité et lien avec le programme PDSB dans l'établissement

Pouvez-vous me décrire votre rôle dans l'établissement?

Quels sont les liens entre votre rôle et le PDSB? Par exemple, êtes-vous amené à former des PAB? À gérer l'implantation de la formation PDSB? À approuver des budgets pour sa mise en œuvre? À diffuser de l'information dans l'établissement à propos du PDSB?

Depuis quand le programme PDSB est-il implanté dans l'établissement? Combien de personnes ont été formées? Quels sont mes mécanismes de suivi du PDSB?

Avez-vous été formé vous-même au PDSB? De quand date votre dernier suivi de formation si vous en avez eu un ? En quoi consistait-il?

Perception du programme PDSB par le participant lors de l'entrevue

Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste le programme PDSB et quelle est son utilité selon vous?

Vous sentez-vous à l'aise pour recommander aux PAB l'application du PDSB?

Si vous avez été formé, quelles sont les techniques ou les principes que vous estimiez bien maîtriser après la formation PDSB?

Quels sont les techniques ou les principes avec lesquels vous avez encore de la difficulté?

Mise en œuvre du PDSB par les préposés aux bénéficiaires : Utilité

Y a-t-il des techniques qui vous semblent plus particulièrement utiles dans le travail des PAB? Si oui, lesquelles et pour quelles raisons? Y a-t-il des techniques que vous jugez inutiles? Si oui, lesquelles et pour quelles raisons?

Pouvez-vous me donner des exemples de situation durant le quart de travail où les PAB utilisent ces techniques?

Mise en œuvre du PDSB : Facilité d'application

Y a-t-il des techniques du programme PDSB que vous trouvez faciles à mettre en œuvre par les PAB? Si oui, lesquelles? Pouvez-vous m'expliquer en quoi elles sont faciles à appliquer?

Pouvez-vous me donner des exemples de situation durant le quart de travail où les PAB utilisent ces techniques?

Mise en œuvre du PDSB : Difficulté d'application

Y a-t-il des techniques du programme PDSB que vous trouvez plus difficiles à mettre en œuvre par les PAB? Si oui, lesquelles? Pouvez-vous m'expliquer en quoi elles sont difficiles à appliquer?

Pouvez-vous me donner des exemples de situation durant le quart de travail où vous trouvez que ces techniques sont difficiles à utiliser par les PAB ?

Pouvez-vous me décrire comment les PAB font face à ces difficultés (sur le plan des stratégies et des compromis) dans ces situations?

Déterminants du programme PDSB : Rôle du contexte organisationnel de l'établissement

Pensez-vous que l'organisation donne les moyens aux PAB d'appliquer le PDSB? Pouvez-vous me décrire les moyens mis à leur disposition?

Y a-t-il des actions que vous aimeriez mettre en œuvre pour renforcer son application mais pour lesquelles vous rencontrez des difficultés? Pouvez-vous me donner des exemples?

Déterminants du PDSB : Rôle du collectif de pairs préposés aux bénéficiaires

Est-ce que vous pensez que les PAB parlent du PDSB entre eux? Partagent-ils (ou pas) des trucs et astuces sur le PDSB? Si oui, avez-vous connaissance de quelques trucs et astuces que vous pourriez me décrire?

Décrivez-moi des situations où les PAB doivent appliquer le PDSB à plusieurs. Avez-vous connaissance de situations où les PAB devraient appliquer le PDSB à plusieurs et ne le font pas?

Déterminants du PDSB : Rôle de l'équipe de travail

Les infirmières auxiliaires et les infirmières réalisent-elles des activités nécessitant la mise en œuvre du PDSB (par exemple certains soins d'hygiène)? Si oui, pensez-vous qu'elles l'appliquent dans leur travail ? Dans quelles situations?

Savez-vous si les PAB et les autres membres de l'équipe parlent du PDSB entre eux? Est-ce qu'ils donnent des conseils pour appliquer le PDSB?

Y a-t-il des situations où les gestionnaires exigent que les PAB mettent en œuvre certaines manœuvres du programme PDSB? Si oui, lesquelles et comment font-ils?

Y a-t-il des situations où les infirmières et infirmières auxiliaires viennent aider les PAB à mettre en œuvre le PDSB? Si oui, lesquelles, et comment cela se passe-t-il?

Déterminants du PDSB : Rôle de l'agent de suivi PDSB

Y a-t-il des agents de suivi PDSB ou des accompagnateurs PDSB dans votre établissement? Y a-t-il un agent PDSB dans l'unité où nous menons des observations? Quel est le rôle de l'agent de suivi au regard de l'application du PDSB par les PAB?

Est-ce que l'agent de suivi intervient dans certaines situations pour conseiller les PAB dans l'application du PDSB ou pour les aider à résoudre des problèmes? Si oui, pouvez-vous me les décrire?

Conclusion

Avez-vous d'autres éléments que nous aurions oubliés et que vous trouvez important de mentionner ?

ANNEXE D : CHRONIQUES DE QUART ET SOINS DÉTAILLÉS - DOCUMENT CONSIGNE

1. Chronique détaillée

La chronique détaillée est précédée d'éléments concernant le contexte des observations, l'organisation du travail ainsi que des événements particuliers et la synthèse du quart observé.

Code du Préposé au bénéficiaire participant :

Code de l'établissement :

Code de l'unité :

Date :

Code de l'observateur :

Spécificités du contexte :

- **Connaissance et application du PDSB :**
- **Organisation du travail**
- **Événements particuliers**

Tableau synthèse récapitulatif de la période observée

Heure	Nombre de soins	Tâches et activités
<i>Indiquer les grandes périodes de temps par type de tâches</i>	<i>Indiquer le nombre et les chambres où ont lieu les soins</i>	<i>Indique les types de tâches réalisées (HYG, ALIM....), si réalisées seules ou à deux</i>

La chronique est constituée de 6 colonnes, la dernière colonne indiquant si le soin ou les échanges ayant eu lieu lors du quart doivent être repris par la suite en détail car présentant un intérêt particulier pour l'analyse. Ainsi sont seulement retranscrites certaines notes de terrain en détail. Les communications ou verbalisations significatives doivent être mentionnées le cas échéant. On

les intègre directement dans le tableau si elles sont courtes. Sinon, elles sont intégrées dans le tableau des communications détaillées.

Repères temporels	Lieu (x)	Type d'activité	Soignants impliqués	Synthèse de l'activité	Commentaires À détailler (o-n)
<i>Indiquer le début de l'activité. Suivre aux 5 minutes jusqu'à la fin de l'activité</i>	<i>Indiquer si l'activité a lieu dans : CH : chambre COU : couloir SDB : salle de bain SAM : salle à manger LOC : local infirmière AU : autres</i>	<i>Indiquer s'il s'agit d'un soin, d'une aide à la marche, d'une transmission informelle d'informations, d'une prise de quart, une fin de quart, une réunion, etc.</i>	<i>Indiquer si l'activité implique d'autre (s) soignant(s) que le participant PAB : préposé au bénéficiaire, INF AUX; INF : infirmière GEST : gestionnaire, AU : autre.</i>	<i>Synthétiser ici le déroulement de l'activité ainsi que les points saillants de l'activité pouvant justifier une transcription détaillée par la suite.</i>	<i>Si choix de détailler, indiquer ici le code du soin avec le formalisme suivant : Code unité-code pab participant-mois-jour-heure</i>

La colonne « **repères temporels** » mentionne dans le cas des soins ou communications à détailler l'endroit physique dans les cahiers de notes où retrouver le soin par la suite.

Codage des types d'activités

CODE	SIGNIFICATION	
HYG HYG-PREP	Soins d'hygiène	Recouvre les opérations effectuées pour les différents soins, les différents types de soins (toilette partielle, totale, bains, mise à la toilette), ainsi que les opérations de préparation (aller chercher serviettes, ouvrir le lit, le monter ou le descendre, etc.)
ALIM ALIM-PREP	Soins d'alimentation	Recouvre les opérations effectuées pour l'alimentation : distribuer cabarets, donner à manger, ramasser le cabaret ainsi que les opérations de préparation (lever la tablette, préparer les bavettes, se dégager un chemin pour le chariot...)
MISE AU LIT-LEVER		Peut avoir lieu avec soins d'hygiène et d'alimentation ou non.
MARCHE		Faire marcher une personne, éventuellement pour aller à la toilette ou à la salle à manger. Programme d'aide à la marche.
CONT	Contention	Opérations consistant à vérifier que les contentions sont en place sur les résidents et que les livres de contention sont à jour.
ORGA ORGA-REGUL ORGA-PLANIF	Organisation du travail	Recouvre : régulations des soins (par ex à l'aide du plan de soin), planifications des soins, prise de repères temporels, d'informations sur les R (ex. : à l'aide du plan de soin), discussion entre collègues ou avec la hiérarchie sur la marche à suivre

INTER-R	Interactions avec les résidents hors des soins	Répondre aux alertes, aux cloches. Rediriger un résident dans le couloir, discuter
ENTRAIDE	Entraide	Peut avoir lieu informellement lors de soins, ou en parallèle
INTERUP	Interruption	Interruption de l'activité du PAB du fait d'autres soignants, par exemple pour la passation de médicaments, le changement de sondes
CO	Communication chercheurs	Communications avec le chercheur, verbalisations
AUTRES TACHES		Tâches d'entretien, jeter déchets, linge sale, ligne à laver, etc.

Description détaillée des échanges des équipes de travail (si pertinent).

Utiliser autant d'espace que nécessaire dans le tableau pour détailler l'échange.

Inscrire au tableau le code de l'activité, la durée et la description du contexte autant de fois que nécessaire pour couvrir l'ensemble des échanges en équipe de travail qui ont sélectionnés pour faire l'objet d'une retranscription intégrale.

Discussion post-activité entre l'observateur et le préposé (si pertinent) :

Retour sur les activités associées au PDSB

Les questions suivantes seront éventuellement posées en se référant aux activités de mise en œuvre du programme PDSB ou aux interactions observées durant la journée qui peuvent s'ancrer dans les réalités du travail quotidien.

- Durant le quart de travail au cours duquel nous vous avons suivi, pouvez-vous me dire ce qui vous a gêné dans l'application du PDSB? À quelle occasion?
- Durant le quart de travail au cours duquel nous vous avons suivi, pouvez-vous me dire ce qui vous a aidé à appliquer le PDSB? À quelle occasion?
- Y a-t-il eu des événements particuliers qui ont eu une influence sur l'utilisation du programme PDSB? (ex. : interruptions, ordre des soins...)
- Durant le quart de travail au cours duquel nous vous avons suivi, pouvez-vous me dire si d'autres éléments parmi ceux que je vais vous citer vous ont gêné pour appliquer le PDSB? Si oui, à quelle occasion?
 - Caractéristiques des résidents

- Organisation du travail de l'équipe
- Relations avec les autres membres de l'équipe
- Information à disposition (sur le résident, le matériel...)
- Environnement physique (lieux de travail)
- Équipement-matériel
- Temps disponible
- Connaissance-aisance pour utiliser certaines techniques
- Votre propre état (émotionnel, de santé)

Si certains échanges se rapportent à des soins en particulier, noter le code des soins correspondants.

2. Soins détaillés

Les soins détaillés sont consignés au sein de la chronique de quart.

Utiliser autant de lignes que nécessaire dans le tableau pour détailler l'activité.

Répéter le tableau avec le code de l'activité, la durée et la description du contexte autant de fois que nécessaire pour couvrir l'ensemble des activités nécessitant l'utilisation du PDSB sélectionnées pour être transcrites en détail.

Description détaillée des activités nécessitant l'utilisation du PDSB

Code de l'activité :

Caractéristiques du résident :

Équipe :

Description de l'activité			Verbalisations ou synthèses	Analyse par l'observateur
Unité d'observation (tâche)	Opérations effectuées	Modes opératoires et communication du ou des PAB Action (collaboration par ex) ou communication du résident signifiant	Point de vue du PAB en cours d'action ou post action suite à nos questions <i>Si les verbalisations sont trop longues, les insérer dans un tableau spécifique à la suite</i>	Commentaires - questions - analyse

CODAGE

Code unités observations : PREP : préparation matérielle DPT : déplacement (marche, pousser FR....) TR : transfert (ex : lit- FR) ML : manœuvre au lit (ex. : remontée, tourner) MFR : manœuvre FR AU : autre	Types de modes opératoires : Type de manœuvre, type effort, positionnement Échanges signifiants (ex : 1,2, 3, GO ou aidez-moi) Utilisation du mouvement naturel
--	---

Commentaires-questions-analyse

*Indiquer si présence : Enjeux de l'équipe de travail, Enjeux du matériel (disponibilité, maintenance, accessibilité, etc.)
Collaboration du Résident*

ANNEXE E : OBSERVATION : DESCRIPTIF DES PARTICIPANTS ET RÉPARTITION DES OBSERVATIONS

CHSLD	Âge	Genre	Statut	Quart de travail	Ancienneté CHSLD	Ancienneté unité	Autoconf.
A	54	H	Temps complet	Éq. volante	2 ans	1 jour	Non
A	21	F	Temps partiel	Éq. volante	2 ans	2 semaines	Non
A	50	H	Temps complet	Soir	4 ans	4 ans	Oui
A	21	F	Occasionnel	Jour	1,5 ans	4 mois	Oui
A	25	H	Temps partiel	Jour	1 an	1 mois	Non
B	40	F	Occasionnel	Jour	2 ans	1 jour	Non
B	53	F	Temps partiel	Soir	2,5 ans	2 ans	Oui
B	41	F	Temps partiel	Jour	1 an	1,5 mois	Non
B	37	H	Temps partiel	Éq. volante	2,5 ans	2,5 ans	Oui
C	20	F	Occasionnel	Jour	6 mois	3 mois	Oui
C	24	F	Occasionnel	Jour	18 mois	18 mois	Non
C	27	F	Occasionnel	Éq. volante	20 mois	1 mois	Non
C	46	F	Occasionnel	Soir	2 mois	2 mois	Non
C	34	F	Occasionnel	Soir	2 mois	2 mois	Oui
C	35	H	Occasionnel	Soir	2 mois	2 mois	Non

ANNEXE F : RÉPARTITIONS DES OBSERVATIONS

Terrain	Nombre des PAB	Quart de travail	Unité de soin	Heures d'observation	Totales heures d'observation
A	2	Jour	Unité 1 Unité 2	14	34
	3	Soir	Unité 1 Unité 2	20	
B	2	Jour	Unité 3 Unité 4	18	36
	2	Soir	Unité 5 Unité 6	18	
C	3	Jour	Unité 7 Unité 8	12	21
	3	Soir	Unité 7 Unité 9	9	
TOTAL					91