

Université de Montréal

Le vieillissement au travail chez les infirmières et le personnel soignant d'expérience
auprès de personnes en perte d'autonomie : activités professionnelles et cadres
bureaucratiques en transformation

par
Yvan Tourville

Programme de doctorat en sciences humaines appliquées
Faculté des Arts et des sciences

Thèse de doctorat présentée à la Faculté des Arts et des sciences en vue de l'obtention
du grade de philosophiæ doctor (Ph.D.) ès sciences humaines appliquées

décembre, 2010

©, Yvan Tourville, 2010

Université de Montréal
Faculté des Arts et des sciences

Cette thèse intitulée :

Le vieillissement au travail chez les infirmières et le personnel soignant d'expérience
auprès de personnes en perte d'autonomie : activités professionnelles et cadres
bureaucratiques en transformation

présentée par :
Yvan Tourville

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

.....
Dominique Damant
président-rapporteur

.....
Frédéric Lesemann
directeur de recherche

.....
Pierre-Joseph Ulysse
membre du jury

.....
Jacques Rhéaume
examineur externe

.....
Guy Lanoue
représentant du doyen

Résumé

Cette thèse cherche à comprendre comment les transformations bureaucratiques influencent l'activité professionnelle des infirmières et du personnel soignant d'expérience dans le domaine des soins aux personnes âgées en perte d'autonomie depuis les années 90 au Québec. Elle s'inscrit dans une profonde remise en question de l'État-providence, de sa régulation hiérarchique, de son rapport avec le marché privé, et particulièrement des agences privées de placement du personnel. Prenant en compte le déploiement inégal des changements imposés de façon *top down* et promus par des considérations économiques visant une plus grande « performance » des services publics, plus près du milieu de vie de la personne, notre démarche tient aussi compte de la dimension relationnelle propre au travail infirmier, qui s'illustre par des formes différenciées tenant compte des modèles de pratique préconisés. Notre démarche s'attarde finalement aux rapports entre l'activité professionnelle et la prise de la retraite.

À travers l'exploration du nouveau rôle attendu de l'infirmière, dont les habiletés de « chef » ou de « gestion d'équipe de travail » sont sollicitées à titre d'« intervenante pivot » ou de « gestionnaire de cas », et de la place importante qu'occupe la notion de compétences relationnelles dans la prescription de nouvelles modalités des services, plus près des besoins spécifiques de la personne, les données empiriques se présentent sous la forme d'un tableau hétérogène qui montre que ce ne sont pas toutes les infirmières qui souscrivent à ce type de pratique professionnelle. Leur âge, expérience et trajectoire professionnelle, le poste occupé ou encore le milieu de pratique influenceront le rapport entre leurs activités professionnelles et le cadre bureaucratique en transformation.

La base empirique de la recherche est constituée d'une collecte de données réalisée entre janvier 2003 et juillet 2006 et qui comprend 9 entrevues exploratoires, 7 entrevues semi-dirigées auprès de retraité-e-s, infirmières, infirmières auxiliaires, 17 réunions incluant majoritairement des membres de la direction d'établissements, ainsi

que des syndicats, 21 observations directes avec des infirmières, infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires et auxiliaires familiales et sociales, la passation de 112 questionnaires auprès de ces différentes catégories professionnelles, et 7 entrevues semi-dirigées complémentaires, réparties dans 4 établissements différents, sur deux territoires.

Quatre grands constats ressortent de notre matériel empirique. Premièrement, la dimension relationnelle au sein des activités professionnelles du personnel soignant d'expérience ainsi que sa perception en ce qui concerne les compétences et l'âge présentent des formes contrastées, voire opposées. Si certains membres du personnel soignant estiment que les interactions professionnelles se sont considérablement réduites à la suite des transformations des dernières années et que la compétence n'est pas reliée à l'âge des professionnelles, les observations directes indiquent, au contraire, un rapport étroit entre ces deux derniers éléments qui s'illustre à travers de riches relations interpersonnelles. Les données quantitatives montrent, quant à elles, qu'une écrasante majorité de répondantes estiment que les compétences associées à leurs fonctions sont reconnues par l'organisation (89,3%), probablement sous l'angle de la conformité aux descriptions de travail, et qu'elles bénéficient d'une marge d'autonomie dans leur travail (83%).

Deuxièmement, des résultats s'opposent également en ce qui concerne l'influence du cadre bureaucratique sur les « capacités » ou l'« intérêt » des infirmières d'expérience à maintenir un lien à l'emploi à la date d'éligibilité à la retraite. La majorité des répondantes s'estiment « incapables » de conserver un tel lien alors qu'une minorité d'entre elles exprime un intérêt face au nouveau rôle souhaité chez l'infirmière. Quantitativement, la prise de la retraite à bas âge est toutefois marquante, surtout pour celles qui occupent une fonction et possèdent une rémunération élevée (ex. cadres).

Troisièmement, des contrastes apparaissent aussi en ce qui concerne les formes que prennent les rivalités entre les infirmières d'expérience et d'autres catégories

professionnelles ainsi que dans les rapports intergénérationnels. Même si les trois quarts (76,2%) des répondantes d'expérience estiment que la répartition du travail devrait être le fruit d'une discussion entre elles et les plus jeunes, et non une imposition de la direction, près de la totalité (92,6%) veulent garder leurs acquis sociaux même si elles savent que la prochaine génération de travailleuses n'aura pas les mêmes avantages. Leur rapport face aux professionnelles d'agences privées de placement est également paradoxal. Huit répondantes sur dix (78,6%) perçoivent le fait que l'établissement recourt aux agences de placement contribue à alourdir leur travail, alors qu'une partie envisage de poursuivre leur activité professionnelle après leur date d'éligibilité à la retraite, par l'intermédiaire de ces mêmes agences.

Finalement, il ressort de ce portrait hétérogène que la confrontation des changements du cadre bureaucratique sur l'activité professionnelle se manifestera différemment selon la vision paradigmatique qu'aura le personnel soignant de sa pratique. Les résultats quantitatifs et qualitatifs soulignent que ce paradigme sera influencé par trois dimensions : le territoire de pratique, le type d'établissement de services et l'unité spécifique de travail. Le style de gestion (traditionnel ou intégrateur) influencera également l'impact de ces changements.

L'analyse et l'interprétation de l'influence différenciée des transformations bureaucratiques sur l'activité professionnelle s'illustrent par la manifestation de rapports plus conflictuels avec les autorités administrative et professionnelle, ainsi que dans les relations interprofessionnelles. Ces conflits ont émergé lors du passage d'un cadre bureaucratique historiquement construit sur un modèle médical (*cure*) qui considère la personne comme un « malade chronique » et associé à un style de gestion traditionnel, voire autoritaire, surtout dans certains CHSLD, à une approche « milieu de vie » privilégiant un modèle d'accompagnement (*care*) favorisant des services associés aux besoins spécifiques de la personne en perte d'autonomie, à titre de « partenaire actif ». Le style de gestion intégrateur de ce dernier modèle rapproche les domaines administratif et de soins de santé, approche que nous retrouvons davantage, mais non exclusivement, dans le cadre de soins à domicile.

Une des conclusions majeures de cette thèse est la possibilité d'« enrichir les qualifications de base » (Le Boterf, 2005) des professionnelles lorsque le cadre bureaucratique et le style de gestion institués tendent vers un modèle *care/intégrateur*, ce qui constitue une forme de « compromis social » (Oiry, 2004). La « surutilisation » des effectifs (O'Brian-Pallas *et al.*, 2005) qui en résulte peut expliquer, en partie, l'incontournable force d'attraction vers la retraite, dès la date d'admissibilité, du personnel soignant, quitte à ce qu'il poursuive ensuite ses activités professionnelles, selon des exigences personnelles, par le biais d'agences privées de placement. Les « fissures » (Laville, 2005) de la frontière entre les services publics et ceux du marché privé ne peuvent alors que s'accroître, surtout lorsqu'on constate que le cinquième des effectifs, soit 14, 000 infirmières de 55 ans et plus, est potentiellement admissible à la retraite dès maintenant (OIIQ, 2008a).

Mots clés :

Vieillesse, personnes âgées, retraite, infirmières, professions, compétences, services publics, bureaucraties.

Abstract

This thesis aims to understand how bureaucratic transformations influence professional activity of experienced nurses since the 90s in Quebec in the field of elderly care who dealing with the lost of autonomy. It falls into a deep questioning of the Welfare state, its hierarchic regulation, and its relationship with the private market, particularly the private nursing agencies. Taking into account the unequal deployment of changes implemented in a top down manner, and promoted by economic considerations for a greater “performance” of public services, closer to the living environment of the individual, our approach takes also into account the specific relational dimension of nursing work, which is illustrated by differentiated forms that reflect practice models. Our research finally focuses on the relationship between professional activity and time of retirement.

While taking into account the new nursing role expectations, in which “leadership” and “management team work” abilities are in demand as a “pivot professional” or “case management”, and of the important place of the concept of relational skills in the prescription of new modalities of service, closer to the specific needs of the individual, empirical data is presented in the form of a heterogeneous picture which shows that not all nurses subscribe to this type of professional practice. Age, experience and professional career, position or the practice environment will influence the relationship between their professional activities and bureaucratic framework in transformation.

The empirical basis of this research consists of a data collection conducted between January 2003 and July 2006 and includes: 9 exploratory interviews; 7 semi-structured interviews with retirees, nurses, and nursing assistants; 17 meetings attended by management and unions; 21 direct observations with nurses, nursing assistants, orderlies, and home and social aids; 112 questionnaires distributed to the aforementioned professional groups; and 7 semi-structured interviews, in 4 different organizations from two territories.

Four major findings emerged from the empirical findings. First, the relational dimension in the professional activities of experienced nursing staff and their perceptions regarding skills and ages have contrasting and even opposite forms: while some believe that professional interactions have greatly reduced following the transformations of recent years and that skills are not related to the age of the professional, direct observations rather indicate a close relationship between these two elements, and which is illustrated through rich interpersonal relationship. The quantitative data shows, in turn, that an overwhelming majority of respondents believe that the skills associated with their functions are recognized by the organization (89.3%), probably in terms of compliance with the job description, and that they enjoy a degree of autonomy in their work (83%).

Second, results are also opposed in regards to the influence of the bureaucratic framework under the "capacities" or "interest" of experienced nurses to maintain a link to the employment at the date of eligibility retirement: the majority of respondents consider themselves "unable" to maintain such a link while a minority express an interest in facing the new expectation. Quantitatively, taking retirement at an early age is outstanding, especially for those who hold high position and pay (ex. managers).

Third, contrasts also appear regarding the forms taken by the rivalries between experienced nurses, other professional groups and in intergenerational relationships. Even if three quarters (76.2%) of respondents believe that the division of labor should be the result of a discussion between themselves and younger staff, and not an imposition of the direction, almost all (92.6%) want to keep their social benefits even if they know that the next generation of workers will not have the same benefits. Their relationship with professionals working for private nursing agencies is also paradoxical: eight in ten respondents (78.6%) perceive that using their services contributes to increase their work, while continuing professional activities at the date of eligibility for retirement is planned through these same agencies.

Finally, this heterogeneous picture underlines confrontational changes in the bureaucratic framework concerning professional activity that will manifest itself differently depending on the paradigmatic vision of the nursing staff of their practice. The quantitative and qualitative results emphasize that this paradigm is influenced by three dimensions: the territory of practice, the type of service establishments and the specific unit of work. Management style (traditional or integrator) will also influence the impact of these changes.

The analysis and interpretation of the differentiated influence of bureaucratic changes on professional activity are illustrated by more conflicting reports with administrative and professional authorities, as well as with inter-professional's relationships. These conflicts have emerged during the transition from a historically bureaucratic framework built on a medical model (cure), which considers the individual as a "chronically ill", and associated with a traditional management style, even authoritarian, especially in some nursing homes, to an approach that emphasizes living environment, a model of support (care) that favors related services to the specific needs of the individual in loss of autonomy, as an "active partner". The integrator's management style of this latter model will bring the administrative and health care closer, that we find more, but not exclusively, through home care.

A major conclusion of this thesis is the ability to "enrich the basic skills" (Le Boterf, 2005) of professionals when the bureaucratic framework and management style tend to set up a care/integrator's model, which is a form of "social compromise" (Oiry, 2004). However, the "overuse" of the workforce (O'Brien-Pallas *et al.*, 2005) that may result can explain, partially, the inescapable pull of retirement, from the date of eligibility of nursing staff, even if they then continue their professional activities, according to their personal requirements, through private agencies. The "cracks" (Laville, 2005) in the border between public services and private market can then only increase, especially as the fifth of the workforce, 14 000 nurses aged 55 and over, are potentially eligible to retire now (OIIQ, 2008a).

Keywords:

Aging, elderly, retirement, nurses, professions, competencies, public services, bureaucracies.

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	vii
Table des matières.....	xi
Liste des tableaux.....	xvi
Liste des figures.....	xvii
Liste des sigles, des abréviations et des acronymes.....	xviii
Remerciements.....	xx
Avant-propos.....	xxii
INTRODUCTION.....	1
<i>Développement conceptuel de la thèse.....</i>	<i>1</i>
<i>Plan de la thèse.....</i>	<i>5</i>
<i>Conclusion.....</i>	<i>8</i>
PARTIE I - CLÉS DE COMPRÉHENSION GLOBALES ET SPÉCIFIQUES DE LA PROBLÉMATIQUE.....	10
1. CADRE D'ANALYSE.....	11
<i>Échange politique et brouillage des frontières entre le marché et les organisations publiques de services : la mythique nouvelle gestion publique et l'État-providence.....</i>	<i>11</i>
1.1 Structure et dynamique des organisations : configurations bureaucratiques de Henry Mintzberg et applications aux transformations actuelles.....	16
<i>Typologies organisationnelles de Mintzberg.....</i>	<i>16</i>
<i>Des problèmes bureaucratiques au sein d'un environnement complexe et dynamique.....</i>	<i>23</i>
<i>Rivalité entre cultures fortes et collaboration en situation de crise.....</i>	<i>27</i>
<i>Différencier les soins de santé du traitement de la maladie : implication sur les cadres bureaucratiques.....</i>	<i>29</i>
<i>Construire une culture commune par le développement de la coopération entre les acteurs.....</i>	<i>31</i>
<i>Conclusion.....</i>	<i>32</i>
1.2 Le système des professions : nouvelles formes de coordination.....	34
<i>La licence et le mandat.....</i>	<i>34</i>
<i>Les semi-professionnels et les professionnels : la médecine comme idéal-type révisé.....</i>	<i>36</i>
<i>La profession en tant que système complexe.....</i>	<i>39</i>
<i>Conclusion.....</i>	<i>41</i>
1.3 Sociologie de l'action organisée de Michel Crozier.....	43
<i>Déconstruction et reconstruction de l'organisation.....</i>	<i>45</i>
<i>Les concepts clés de l'analyse organisationnelle.....</i>	<i>47</i>
<i>L'interdépendance des acteurs dans l'action organisée.....</i>	<i>49</i>
<i>Conclusion.....</i>	<i>49</i>
Conclusion.....	50

2.	LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SOINS	54
2.1	Histoire et évolution des politiques de santé et d'hébergement	54
	2.1.1 L'empreinte de l'État-providence	55
	<i>Repères historiques et évolutifs depuis la fin des années 60 : un brouillage des frontières</i>	57
	<i>Orientations actuelles des politiques de santé et d'hébergement : le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux</i> ...	62
	2.1.2 La place d'une nouvelle gouvernance dans le système de santé	64
	<i>Modèle de gouvernance dans le secteur de la santé et des services sociaux au Québec</i>	65
	2.1.3 Éléments d'analyse en matière de nouvelles politiques de santé ..	66
	Conclusion	67
2.2	Philosophie de l'Approche centrée sur le client ou l'Approche milieu de vie	69
	2.2.1 La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux	70
	2.2.2 L'importance accordée aux enjeux financiers et leur impact sur les orientations en matière de soins	72
	2.2.3 La prestation de soins auprès de personnes âgées en perte d'autonomie	73
	<i>L'approche « milieu de vie »</i>	74
	<i>Transformation des tâches et des activités à travers la philosophie centrée sur le client</i>	75
	Conclusion	76
2.3	Histoire et évolution de la profession infirmière	78
	2.3.1 De la vocation à la profession : un processus de professionnalisation des soins infirmiers	79
	<i>Les modèles de pratique comme cadres paradigmatiques d'activités de soins</i>	85
	2.3.2 L'impact de l'émergence de la notion de productivité sur les activités professionnelles dans le secteur de la santé	88
	<i>Une nouvelle productivité en matière de soins</i>	89
	<i>Les notions de compétence et de qualification : une co-habitation tendue</i> ...	95
	<i>Le cas du personnel soignant</i>	103
	<i>Agences privées de placement de personnel infirmier</i>	109
	Conclusion	115
3	VIEILLISSEMENT EN EMPLOI ET INFIRMIÈRES D'EXPÉRIENCE	117
3.1	Le vieillissement en emploi chez les infirmières	121
	<i>Données sur la composition des effectifs infirmiers au Québec</i>	121
	<i>Le vieillissement en emploi dans le secteur de la santé et chez les infirmières</i>	125
	<i>Pratiques de gestion organisationnelle favorisant la rétention du personnel infirmier</i>	131
	<i>Participation des infirmières d'expérience à l'organisation de travail</i>	138
	<i>Le domicile et le centre de soins de longue durée comme cadres d'activités professionnelles : l'exemple montréalais</i>	151

<i>Débat sur l'âge d'éligibilité à la retraite chez les infirmières : 55 ou 65 ans?</i>	162
<i>Réforme proposée et infirmières d'expérience : modèle innovateur de prestation des services au sein d'une conception traditionnelle des âges</i>	166
Conclusion	167

PARTIE II - DÉMARCHE EMPIRIQUE : MÉTHODOLOGIE, PRÉSENTATION, ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES EMPIRIQUES	170
--	-----

4 MÉTHODOLOGIE	175
4.1 Implication conceptuelle sur la méthodologie de la recherche	175
4.2 Stratégies méthodologiques	180
4.2.1 Méthodes qualitatives	186
<i>Entrevues semi-dirigées</i>	186
<i>Observations in situ</i>	189
4.2.2 Méthode quantitative	192
<i>Questionnaire</i>	192
4.3 Population à l'étude	196
Conclusion	196

5 DONNÉES EMPIRIQUES SUR L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DANS UN CADRE BUREAUCRATIQUE EN TRANSFORMATION	198
5.1 Structure et dynamique organisationnelles en transformation	201
<i>Continuité des services et interactions du personnel soignant</i>	204
<i>Cadre bureaucratique et relations intergénérationnelles</i>	208
<i>Activités professionnelles et relations avec les personnes âgées en perte d'autonomie et leur famille</i>	212
<i>Agences privées de placement de personnel : un paradoxe irritant</i>	214
<i>Conclusion</i>	217
5.2 Compétences détenues par le personnel soignant d'expérience	218
<i>Compétence et coordination des activités professionnelles au sein de l'équipe de travail : tension avec les modèles de soins institués</i>	222
<i>Conclusion</i>	224
5.3 Âge et emploi : l'influence hétérogène des transformations du cadre bureaucratique sur l'activité professionnelle	225
<i>Perception hétérogène du vieillissement et activité professionnelle</i>	225
<i>L'impact des revenus sur l'âge prévu pour la retraite</i>	227
<i>Entre souplesse, autonomie et responsabilité : l'impact différencié de la réorganisation de la prestation de services chez les dispensatrices de soins d'expérience</i>	230
<i>Conclusion</i>	234
5.4 Regard sur la différenciation des milieux de travail	235
<i>Différenciation des modèles de pratique infirmière institués</i>	240
<i>Rôles différenciés de l'infirmière entre deux territoires voisins (A et B) : visions de la santé des personnes âgées en perte d'autonomie (CHSLD)</i>	243

<i>Rôles différenciés au sein de deux établissements d'un même territoire (A) : rôles infirmiers confrontés au milieu de pratique (CHSLD et soins à domicile)</i>	248
<i>Rôles différenciés au sein d'un même établissement (CHSLD-territoire A) : application divergente de la même philosophie de soins centrés sur le client (Personnes âgées en perte d'autonomie et personnes atteintes de déficience intellectuelle)</i>	252
<i>Conclusion</i>	257
Conclusion	258
6 ANALYSE ET INTERPRÉTATION	262
6.1 Autorité administrative et autorité professionnelle	265
<i>Autorité administrative et modèle médical : l'injonction paradoxale</i>	265
<i>Autorité professionnelle : confrontation du système administratif et d'un modèle de soins traditionnel</i>	268
<i>Conclusion</i>	273
6.2 Relations interprofessionnelles : enchaînement complexe des activités professionnelles	273
<i>Relations interprofessionnelles différenciées selon les quarts de travail : l'exemple d'un modèle de pratique en transformation</i>	274
<i>Reconnaissance interprofessionnelle, mandat et licence : frontière étanche entre les infirmières d'expérience et les préposées aux bénéficiaires</i>	279
<i>Laisser-faire étatique en matière d'agences privées de placement du personnel : une brèche qui s'accroît à la frontière de l'État providence et du marché privé</i>	284
<i>Conclusion</i>	290
6.3 Les compétences relationnelles	291
<i>1) Nouvelle organisation productive</i>	292
<i>2) La compétence en matière de soins de santé : nouvelle forme de domination?</i>	299
<i>Rapport du personnel d'expérience à l'organisation</i>	299
<i>Rapport du personnel d'expérience à la personne en perte d'autonomie</i>	306
<i>Rapport du personnel d'expérience à la famille de la personne en perte d'autonomie</i>	309
<i>Conclusion</i>	312
6.4 Activités professionnelles et vieillissement	313
<i>Une « bombe démographique » sur le point d'exploser</i>	313
<i>Maintien en activité des compétences d'une minorité d'expertes</i>	315
<i>Relations intergénérationnelles</i>	322
<i>1) Impact historique d'un régime enchâssé dans les conventions collectives</i>	323
<i>2) Fossé de générations</i>	326
<i>3) Capacités de choix et de stratégies</i>	328
<i>Conclusion</i>	330
Conclusion	331
CONCLUSION GÉNÉRALE	334

Bibliographie	341
Annexe 1 : Considérations éthiques - Consentement à participer à la recherche	xxvi
Annexe 2 : Lettre d'information aux établissements	xxviii
Annexe 3 : Grille d'observation <i>in situ</i>, selon Montmollin (1986)	xxx
Annexe 4 : Questionnaire quantitatif	xxxvii
Annexe 5 : Lettre d'invitation à compléter le questionnaire quantitatif	xlvi

Liste des tableaux

Tableau 1 : Différence entre le modèle hiérarchique-wébérien et celui de la nouvelle gestion publique, selon Merrien (1999).....	13
Tableau 2 : Passage des théories classiques de l'organisation à celle de l'action organisée, selon Friedberg (1997, p. 43-113)	46
Tableau 3 : Éléments de synthèse et critiques sur les notions de qualification et de compétence.....	101
Tableau 4 : Importance accordée aux pratiques de ressources humaines par les infirmières de 50 ans et plus d'hôpitaux ontariens dans leur décision de rester à l'emploi, extraites d'Armstrong-Stassen (2005)	136
Tableau 5 : Processus de la collecte de données	182
Tableau 6 : Proportion des répondantes, par catégories d'âge et de fonctions, en faveur d'une répartition du travail entre les travailleuses âgées et les plus jeunes d'une équipe qui est le fruit d'une discussion entre elles et non d'une imposition de la direction, n=112 (Tourville, 2005, p. 152)	210
Tableau 7: Âge prévu pour la retraite selon la rémunération annuelle brute du ménage, n=112, selon Tourville (2005, p. 148)	228
Tableau 8 : Composition différenciée des effectifs par territoires et établissements (n=105)*, à partir de Tourville (2005).	239
Tableau 9 : Distribution par tranches d'âge dans trois CHSLD du territoire B (n=469).	244
Tableau 10 : Regard différencié sur la reconnaissance des compétences selon les territoires et les établissements, n=105*, à partir de Tourville (2005).....	247
Tableau 11 : Regard différencié sur les effets des contraintes de l'environnement, selon les territoires et les établissements, n=105*, à partir de Tourville (2005).	256
Tableau 12 : Proportion des répondantes, en fonction de leur âge et de leur fonction, en faveur d'une répartition du travail entre les travailleuses âgées et les plus jeunes d'une équipe qui est le fruit d'une discussion entre elles et non d'une imposition de la direction, n=105*, à partir de Tourville (2005).....	303
Tableau 13 : Réponses différenciées aux propositions pour différer la prise de retraite, selon les territoires et les établissements, n=105*, à partir de Tourville (2005).	319

Liste des figures

Figure 1 : Relations entre les concepts.....	178
Figure 2 : Corpus empirique sélectionné pour la thèse, à partir de Tourville (2005)	196
Figure 3 : Schématisation du processus d'analyse et d'interprétation des données empiriques.....	264

Liste des sigles, des abréviations et des acronymes

AFS	Auxiliaire familiale et sociale
B.Sc.	Baccalauréat ès sciences
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de santé communautaire
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
EC	Entrevue complémentaire (semi-dirigée)
ESD	Entrevue semi-dirigée
EEX	Entrevue exploratoire
D.E.S.	Diplôme d'études secondaires
D.E.C.	Diplôme d'études collégiales
DRH	Directeur des ressources humaines
DSI	Directeur des soins infirmiers
FQRSC	Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture
INRS-UCS	Institut national de la recherche scientifique – Urbanisation Culture Société
Inf.	Infirmière
Inf. aux.	Infirmière auxiliaire
NGP	Nouvelle gestion publique
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
OIS	Observation <i>in situ</i>
PAB	Préposée aux bénéficiaires
QQ	Questionnaire quantitatif
TS	Travailleur social

*À tout le personnel soignant d'expérience qui a accepté
de partager si généreusement son expérience.*

Remerciements

Mes remerciements vont en premier lieu à Frédéric Lesemann, mon directeur de thèse. Depuis presque dix ans, l'accès privilégié à sa vaste expérience ainsi qu'à ses qualités humaines exceptionnelles ont été une source d'apprentissage inestimable. Sans l'encadrement, le soutien et la confiance qu'il m'a démontrés, cette thèse n'aurait jamais vu le jour. Je lui suis profondément reconnaissant.

Je remercie également tout le personnel soignant et les gestionnaires que j'ai rencontrés au plus près de leur travail sur le terrain. Merci de la confiance que vous m'avez témoignée en me partageant votre expérience. Faire honneur à votre générosité m'a constamment guidé dans la production de cette thèse.

À tous(tes) mes collègues du *Groupe de recherche sur les transformations du travail, des âges et des politiques sociales* (transpol) pour l'expérience unique qui m'a été donnée de travailler, penser et agir dans la société actuelle, et particulièrement Stéphane Crespo pour sa collaboration en matière d'analyse statistique, ainsi que pour son amitié.

Mes plus sincères remerciements aux professeur(e)s et aux étudiant(e)s du *Programme de doctorat en sciences humaines appliquées* de l'Université de Montréal pour les stimulants échanges qui ont ponctué cette démarche doctorale. Les commentaires constructifs qui ont été formulés dans le cadre de ce programme ont grandement contribué à l'avancement de cette thèse.

Il en va de même pour Jacques Rhéaume, qui a évalué ce projet de thèse. Ses commentaires m'ont permis de développer cette dernière avec plus de profondeur.

Ce projet de recherche a bénéficié d'une bourse conjointe d'études supérieures de l'Institut national de la recherche scientifique et d'un CLSC-CHSLD participant,

ainsi que de bourses d'excellence et de soutien à la rédaction de la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal. Je les remercie.

À ces collègues du Service correctionnel Canada qui m'ont témoigné depuis plus de trois ans des encouragements bien sentis à la conclusion de cette thèse, je vous remercie.

Mes pensées vont également à tous ces proches et ami(e)s qui m'ont soutenu durant ce long parcours.

Merci à mes parents et à ma famille pour leur soutien constant au cours des dernières années.

Enfin, merci à Cécile, pour son amour, son talent, son intelligence, bref, la femme extraordinaire qu'elle est. La confiance et les encouragements qu'elle m'a sans cesse témoignés, en toutes circonstances, et mon admiration pour son parcours exceptionnel, ont été pour moi une source de persévérance.

Avant-propos

Il faut remonter au début des années 90 pour saisir l'évolution de mon intérêt de recherche. À cette époque, un membre de ma famille faisait partie du groupe de camionneurs de l'entreprise Metro-Richelieu impliquée dans les nouvelles orientations en matière de sous-traitance. La bataille devant les tribunaux contre ces dernières durera quelques années et, au milieu des années 90, le syndicat qui les représentait eut finalement gain de cause devant la Cour suprême du Canada, obligeant alors la compagnie à réembaucher les camionneurs, avec compensation financière. Alors étudiant au baccalauréat en service social, stimulé par des lectures « accusant l'économie triomphante » (Jacquard, 1995), j'étais révolté par cette exclusion, et plus particulièrement celle des travailleurs vieillissants.

Avant mon admission officielle à la maîtrise en Service social (Université de Montréal), en mars 2000, j'avais développé une expérience pratique de cinq ans auprès d'ex-détenus de pénitenciers fédéraux, et en particulier avec ceux ayant une problématique de toxicomanie, au sein d'un organisme communautaire. J'étais alors en contact avec l'intervention psychosociale, l'institution carcérale et divers partenaires tels que l'Aide sociale, des organismes d'employabilité ou encore le réseau de la santé et des services sociaux. En plus des « stigmates » (Goffman, 1975) laissés par leurs expériences passées, l'âge de certains ex-détenus représentait également un « handicap » supplémentaire, en particulier en matière d'employabilité et, conséquemment, d'insertion sociale. C'est la combinaison de la réflexion, de mon histoire et de mon travail qui a débouché sur mon inscription aux cycles supérieures.

L'enregistrement de mon sujet de mémoire portait le titre suivant : « Exclusion sociale des personnes vieillissantes bénéficiant de l'Assistance-emploi ». Il mettait l'accent sur l'ampleur que prenait alors la cessation anticipée d'activité. Je posais plus précisément la question suivante : « Comment les programmes offerts par l'assistance-emploi contribuent-ils à l'insertion des personnes vieillissantes sur le marché de l'emploi? » C'est mon contact avec Frédéric Lesemann, professeur

titulaire à l'Institut national de la recherche scientifique – Urbanisation, Culture et Société (INRS-UCS) et directeur du Groupe de recherche sur les transformations du travail, des âges et des politiques sociales (transpol), à l'automne 2001, qui a modifié ma vision de cette problématique.

C'est alors que la pertinence de considérer autrement l'âge et l'emploi m'a été présentée. Il s'agissait moins de chercher à comprendre cette problématique sous l'angle de l'exclusion, en aval, mais davantage dans une perspective de maintien en emploi, en amont, en prenant compte de l'hétérogénéité du vieillissement selon les secteurs d'emploi, et même les « sous-secteurs ». Cet angle de recherche reposait sur l'hypothèse selon laquelle « les travailleurs ne vieillissent pas de la même façon selon le monde de production ». À cette époque, la problématique sur le vieillissement se caractérisait par un déplacement de l'intérêt de recherche, qui faisait suite à une démarche empirique qui a mieux caractérisé le processus du chômage de longue durée (D'Amours, Lesemann, Deniger et Shragge, 1999). *J'ai alors fait miennes les orientations du groupe de recherche*, intégré activement l'équipe en question, à titre d'assistant de recherche, et produit un mémoire de maîtrise qui s'est inscrit dans cette recherche plus large intitulée *Le vieillissement au travail dans différents mondes de production*, subventionnée par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) (2001-2004), sous la direction de Frédéric Lesemann. Cette période fut exaltante!

J'ai bénéficié d'une liberté professionnelle exceptionnelle qui s'inscrivait dans un tout autre « monde de production ». Je quittais une organisation de type carcéral, à forte composante « mécaniste » (Mintzberg, 1982), c'est à dire hiérarchique, autoritaire, centralisée, etc, pour en intégrer une autre, à l'opposé, peu hiérarchisée, dont une grande autonomie est laissée au chercheur dans la production de connaissances. C'est à la suite de la production d'une partie (Tourville, 2002) de cette recherche plus large, et du dépôt de mon mémoire de maîtrise qui s'en est suivi, que l'offre m'a été faite de poursuivre des travaux dans le cadre d'un autre projet, cette fois-ci financé par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture

(FQRSC) (2002-2005) : *Vieillessement de la main-d'œuvre, pratiques d'entreprises, politiques publiques : développer une compréhension différenciée du phénomène pour mieux agir*. J'avais alors l'occasion de développer davantage cette question du vieillissement en emploi, cette fois-ci dans le secteur de la santé et des services sociaux. On m'a également encouragé à débiter des études doctorales, que j'ai entreprises à l'automne 2003.

Pendant quatre ans, j'ai enchaîné un processus intensif de recherche appliquée, d'études doctorales, une collaboration active au sein d'un groupe de recherche, des activités de diffusion des connaissances et de recherches de financement. Essoufflant! C'est *par dépit* que j'ai ensuite choisi d'allier le savoir au plus près de l'intervention, toujours auprès de délinquants, mais cette fois-ci au cœur de l'appareil bureaucratique gouvernemental.

En décembre 2006, j'ai postulé à une offre d'intégrer la fonction publique du Canada à titre de travailleur social clinicien pour le Service correctionnel du Canada. Il s'agissait principalement de participer activement à l'implantation d'une initiative sur la santé mentale dans la collectivité dont les grands axes s'inscrivent dans les tendances fortes promues par mon expérience pratique et de recherche, c'est à dire : prise en compte des développements et de l'expérience (M.Sc.) en matière de recherches, ainsi que pratique, établissement de partenariats entre l'institution publique et la « collectivité », notamment des associations, polyvalence des activités professionnelles, interdisciplinarité, prestation d'activités de formation, établissement de liens avec divers acteurs, dont les familles. À travers mes activités professionnelles, j'ai vécu de l'intérieur, à titre de « semi-professionnel » (Etzioni, 1964), les profondes tensions qui caractérisent la période actuelle de transformation des bureaucraties publiques, en particulier l'institution carcérale, avec sa structure et dynamique particulière, surtout en matière de contrôle social et de soins (Holms, 2001).

À l'instar du passage vers un nouveau mode de production du savoir (Gibbons, Limoges, Nowotny, Schartzman, Scott et Trow, 1994), l'offre de services publics s'illustre par un déplacement de son mode de prestations. Leurs formes traditionnelles propres aux bureaucraties âgées tentent d'être renouvelées au sein d'un environnement complexe et dynamique caractérisé par l'émergence de problématiques qui le sont tout autant. À travers ces transformations, ce sont principalement les processus en matière d'activités professionnelles dans un cadre bureaucratique en bouleversement qui seront analysés dans le cadre de la présente thèse, et dont mon rapport à eux s'est vécu à la fois de l'intérieur, dans les limites de la «semi-professionnalité» au sein de l'institution carcérale, et de l'extérieur, comme assistant de recherche et doctorant bénéficiant d'une exceptionnelle liberté professionnelle.

Mon intérêt de recherche s'est donc déplacé au contact d'événements significatifs qui ont marqué ma présence au sein du monde de la recherche ainsi que celui de l'intervention. C'est également ma «vision du monde» qui s'est transformée au gré de ces expériences pratiques, enrichies par l'approfondissement de la littérature scientifique. D'une posture plus traditionnelle, elle prend maintenant davantage compte d'éléments variées et hétérogènes, d'enjeux beaucoup plus complexes à l'intérieur d'un environnement dynamique que je ne voyais tout simplement pas voilà plus d'une décennie. Elle s'inscrit toujours dans une profonde volonté de changement et d'action, et s'appuie dorénavant sur plusieurs clés de compréhension et auteurs incontournables, qui seront présentés au chapitre suivant.

INTRODUCTION

Ma thèse de doctorat porte sur l'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique en transformation, et plus spécifiquement sur le vieillissement en emploi du personnel soignant d'expérience oeuvrant dans des centres de services aux personnes en perte d'autonomie. Dans ce chapitre, j'exposerai dans un premier temps les principaux auteurs et concepts qui la structurent. Par la suite, le lecteur sera à même de comprendre le contexte et le cheminement emprunté dans la définition de l'objet d'étude. J'aborderai ensuite comment celle-ci s'est développée. La production d'une thèse génère beaucoup de *dettes* qui s'accumulent abondamment au gré de discussions avec le directeur de thèse, la lecture d'auteurs qui enrichissent notre pensée, de débats avec les collègues, qui nous confrontent avec d'autres idées, de rencontres avec des personnes « sur le terrain », etc. L'état de déséquilibre est présent dans cet aller-retour entre la réflexion et l'action. La rédaction de cette thèse m'apparaît comme l'exercice final visant l'équilibre par la cohérence du propos, de la pensée, des idées... ainsi que le remboursement des dettes.

Développement conceptuel de la thèse

Cette thèse ayant pour thème l'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique en transformation, il apparaît nécessaire de la débiter par une brève énumération des concepts en question, j'y reviendrai plus en détails dans les chapitres suivants. J'entends par *transformation* les changements importants auxquels est soumis le réseau de la santé et des services sociaux depuis les années 90, mais aussi dans la société dans son ensemble : démographiques, économiques, épidémiologiques, sociaux, légaux. L'augmentation de la courbe des âges de la société québécoise, à l'instar d'autres pays occidentaux, entraîne d'inévitables conséquences sur le système de la santé et des services sociaux. À cet égard, la question du vieillissement constitue l'axe d'analyse privilégié de cette thèse. Je rendrai compte des débats, recherches, conférences ou Commissions qui illustrent les défis auxquels nous faisons actuellement face sur ces questions, notamment en matière de coûts et d'organisation

des services de santé. Le système de la santé et des services sociaux est également soumis à des impératifs économiques reliés au contrôle du déficit budgétaire. L'environnement dans lequel campe cette démarche doctorale se caractérise notamment par l'adoption, au fil des ans, de divers projets de loi qui illustrent un souci de productivité et de contrôle budgétaire. L'appui législatif de cette volonté politico-économique a eu de profondes conséquences sur les services publics, et en particulier leur financement. Également, les orientations en matière de ressources humaines, le *downsizing*, ont profondément transformé le visage du Réseau de la santé et des services sociaux. À cet égard, les départs massifs à la retraite du personnel soignant occupent une place centrale dans cette thèse à titre d'axe d'analyse privilégié des activités professionnelles.

Sur le plan épidémiologique, les données empiriques sur lesquelles elle repose montreront la complexité et la « lourdeur » des problématiques émergentes auxquelles fait face le personnel soignant soumis à la réorganisation majeure de l'organisation des services. Non seulement il doit dorénavant les aborder à la suite des départs à la retraite de nombreux collègues, mais également en fonction d'une nette tendance au maintien à domicile, ce qui reconfigure le cadre et la dynamique bureaucratique dans lequel s'inscrit dorénavant la prestation de services.

Pour prendre la mesure du *cadre bureaucratique* en transformation, cette thèse s'appuie sur les riches enseignements de Henry Mintzberg en matière de structure et dynamique des organisations, ainsi que l'analyse qu'il porte aujourd'hui sur le système de santé. L'intérêt porté sur le personnel soignant auprès de personnes en perte d'autonomie, dont j'expliquerai à la section suivante les raisons de cet objet de recherche, nécessite de s'attarder à un sous-secteur bien précis du « monstre » bureaucratique que constitue le secteur de la santé et des services sociaux : *les centres de services aux personnes en perte d'autonomie*, tels que les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou encore les Centres locaux de services communautaires (CLSC). Pour « voyager au centre des organisations » (Mintzberg, 1989), il est primordial d'apporter dans nos bagages un certain nombre de clés de

compréhension. En ce qui me concerne, j'ai puisé celles-ci dans Mintzberg (1982), soit : les « paramètres de conceptions » (spécialisation des postes de travail, taille des unités, centralisation/décentralisation, etc.), le « fonctionnement » (flux d'autorité, de communication informelle, de décisions, etc.) et certains « facteurs de contingence » (âge et taille de l'organisation, son environnement, le pouvoir, etc.). Deux « configurations bureaucratiques » seront principalement prises en compte : « professionnelle » et « mécaniste ». Les activités professionnelles seront influencées selon la dominance des caractéristiques qui leur sont propres. Aux clés de compréhension précédentes s'ajoutent aussi celles nous permettant une meilleure compréhension des activités professionnelles.

Les *activités professionnelles* s'inscrivent dans un « système » (Abbott, 1988) qui se caractérise par des frontières « attaquées » plus ou moins fortement en vue de contrôler des juridictions (*claim for jurisdiction*) et connaissances (*control of knowledge*), et plus spécifiquement en matière de diagnostique et de traitement. L'idéal type en la matière étant la profession médicale, largement citée. Une des nombreuses dimensions éclairantes des travaux de Andrew Abbott est l'attention qu'il porte aux influences de l'environnement sur le système des professions, notamment les forces sociales (*social forces*). Je le mentionne car les éléments de transformation abordés précédemment s'y retrouvent clairement et influencent l'interdépendance des groupes professionnels qui seront pris en compte dans le cadre de cette thèse : démographiques, politiques ou économiques. La deuxième partie de cette thèse s'attardera à des exemples empiriques qui illustreront concrètement l'impact de ces « forces » sur les activités professionnelles, par exemple la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 90). En matière de « profession », je prendrai également soin de distinguer les « semi-professionnels » des « professionnels ».

Sociologiquement parlant, l'intérêt principal de cette thèse porte davantage sur les « semi-professionnelles » - infirmières, infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires et auxiliaires familiales et sociales – que sur les « professionnels » - médecins.

Un texte majeur de Amitai Etzioni (1964) traite spécifiquement de la différence entre les « semi-professionnels » et les « professionnels ». Malgré l'époque de sa publication, plusieurs éléments d'analyse apparaissent toujours d'actualité, surtout la distinction que fait l'auteur entre deux formes d'autorité : professionnelle et administrative. Ces dernières caractériseront l'autonomie avec laquelle une activité professionnelle sera accomplie. Dans le cas qui nous concerne, l'univers des services aux personnes en perte d'autonomie présente toutefois des nuances et une hétérogénéité importantes qui seront prises en compte. La Loi 90 est une fois de plus un exemple éclairant car elle confère dorénavant des zones d'autonomie et de pouvoir en ce qui concerne les services de santé qui, sans être absentes avant l'adoption du projet de loi, se formalisent davantage.

Enfin, la portée analytique que constitue la pensée de Michel Crozier (Friedberg, 1997, 1988) permet de saisir les « jeux » qui illustrent ce dont il a été question plus tôt, à savoir : le pouvoir, l'interdépendance entre les groupes, l'autonomie, les relations d'autorité, etc. Dans la présentation d'éléments méthodologiques et empiriques, il sera question des liens d'interdépendance entre des groupes de salariés, notamment en matière de « tâches et de conduites complexes » (Montmollin, 1986) en milieu de travail. L'identification de ces relations fait ressortir ce que Crozier nomme l'« action organisée », et qui permet de mettre en valeur les « stratégies » des acteurs, leur « pouvoir » ou encore l'influence des contraintes de l'environnement sur leurs comportements et en regard de leur position au sein de l'organisation.

En somme, cette déconstruction thématique fait ressortir un environnement complexe et dynamique qui influence la structure et la dynamique de l'organisation dans laquelle se manifestent les activités professionnelles. Elle permet de mettre brièvement en valeur des éléments qui seront pris en compte dans celle-ci et d'indiquer au lecteur l'angle sous lequel des données empiriques présentées seront abordées. Celles-ci porteront principalement sur *le vieillissement en emploi du personnel soignant œuvrant dans des centres de services aux personnes en perte*

d'autonomie. L'objet principal de cette thèse porte sur l'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique en transformation, *dont le vieillissement constitue l'axe d'analyse privilégié*. La prochaine section explicitera les raisons qui m'ont amené, au fil des ans, à m'intéresser à ce sujet de thèse.

Plan de la thèse

Deux grandes parties structurent cette thèse : les clés de compréhension globales et spécifiques de la problématique et les éléments empiriques qu'elle analysera et interprétera à travers son cadre d'analyse. Ces clés de compréhension constituent en quelque sorte le « grand décor » dans lequel je tenterai de mieux comprendre, par la suite, l'« action » complexe et dynamique qui s'y déroule.

La première partie de cette thèse se compose de trois chapitres. Dans le **premier chapitre**, j'approfondirai les auteurs clés qui appuieront l'analyse et l'interprétation des données empiriques. Premièrement, ce cadre d'analyse est s'appuie sur les travaux de Henry Mintzberg sur la structure et la dynamique des organisations. Depuis quelques années, ce dernier s'implique activement sur la question de l'organisation de services de santé. Je tiendrai compte de ces développements, et plus particulièrement de la tension qui anime la structure et la dynamique des configurations bureaucratiques mécaniste et professionnelle. Cet élément du cadre d'analyse s'avère essentiel pour comprendre les développements actuels en matière d'organisation de services, notamment le virage ambulatoire ou l'« approche milieu de vie », et qui influencent le rapport des « professionnels » et des « semi-professionnels » à l'organisation de services.

À cet égard, j'approfondirai par la suite les particularités qui opposent la prestation de services dispensée par un « semi-professionnel » et un « professionnel ». Pour ce faire, nous nous appuierons sur Amitai Etzioni (1964). Bien que cet ouvrage date de plus de quatre décennies, il est néanmoins apparu durant le développement de la société salariale que nous avons abordée plus tôt. Ses assises théoriques s'illustrent

encore par de puissants outils d'analyse qui nous aident à comprendre les bureaucraties contemporaines actuellement en transformation. Nous verrons plus particulièrement la différence d'autorité qui structure le travail des semi-professionnels, tels que les travailleurs sociaux ou les infirmières, comparativement aux professionnels, tels que les professeurs d'université ou les médecins. Encore une fois, nous tiendrons compte des dernières recherches qui nuancent la portée de cette analyse, en particulier le rôle important que jouent les gestionnaires des organisations de services publics, dont les hôpitaux, en ce qui concerne le contrôle des coûts de fonctionnement. Ce dernier exemple illustre d'ailleurs l'importance des considérations économiques dans les orientations gouvernementales, et surtout en matière budgétaire.

En regard aux travaux du sociologue des professions Andrew Abbott, nous pouvons placer cette dernière considération économique à titre de « force sociale » qui influence les « frontières des professions ». Il s'agit d'un exemple de la richesse des éléments d'analyse que nous emprunterons à cet auteur dans le but de comprendre comment s'articulent les revendications professionnelles en matière de prestation de services dans un cadre bureaucratique en transformation. Nous approfondirons la pensée de ce sociologue en mettant notamment en lien un cadre législatif, et spécifiquement la Loi 90, qui permet dorénavant un partage d'activités professionnelles traditionnellement réservées à certaines catégories professionnelles.

Également, l'approche stratégique développée par le sociologue des organisations Michel Crozier nous sera un précieux atout dans le but de mieux comprendre les « jeux » qui s'opèrent entre les acteurs, notamment en ce qui concerne les revendications auxquelles nous venons de faire allusion. Je formulerai les éléments d'analyse reliés à cette approche dans le but de comprendre comment les acteurs s'adaptent de façon hétérogène aux nouvelles contraintes d'une société salariale en bouleversement, par exemple en regard à la place de plus en plus grande que prennent les agences privées de placement d'employés tels que les infirmières et les préposées aux bénéficiaires.

Le **chapitre deux** portera sur le système de santé et de soins, sur l'histoire et l'évolution des politiques en matière de santé et d'hébergement. Toute recherche en sciences sociales nécessite de tenir compte du contexte historique dans lequel elle s'effectue. Les problématiques de recherche sont des « constructions » qui prennent différentes formes selon les époques. Le contexte propre à ces dernières doit alors être pris en compte dans le but d'éviter les biais, préjugés ou stéréotypes.

J'approfondirai dans ce chapitre l'émergence de la philosophie de l'« approche centrée sur le client », et spécifiquement dans un « sous-secteur » bien précis du « monstre bureaucratique » qu'est le secteur de la santé : les services dispensés aux personnes en perte d'autonomie. C'est à travers ces derniers que l'explorerai comment cette nouvelle philosophie de services aux personnes vulnérables vient teinter les activités professionnelles, en particulier en ce qui concerne le débat entre la notion de qualification et celle de compétence.

Le débat entre la notion de qualification et de compétence transcende bon nombre de secteur d'activités professionnelles. J'ai choisi d'approfondir la profession infirmière dont je tracerai l'histoire et l'évolution, et ferai ressortir l'émergence de la notion de compétence. Le choix de cette profession vise à rendre compte du concept de l'activité professionnelle à travers les infirmières comme axe d'analyse privilégié de compréhension, en particulier de la semi-professionnalité. Au besoin, j'élargirai cet angle d'analyse à d'autres « frontières » professionnelles jugées pertinentes, et, ce, dans le but de rendre compte du lien complexe qui unit leurs activités au cadre bureaucratique dans lequel elles s'actualisent. Je prendrai toutefois soin de me concentrer sur le groupe des « semi-professionnels » (Etzioni, 1964), notamment en raison de la spécificité de ses rapports avec le cadre bureaucratique en transformation que nous expliciterons plus en détails. Ces éléments complémentaires se rattacheront à ceux, plus détaillés, de la profession infirmière.

Le **chapitre trois** complétera la première partie de la thèse et portera sur la problématique du vieillissement en emploi. À travers celle-ci s'illustre le discours que tiennent les semi-professionnels plus âgés sur l'évolution de leurs activités, du rapport aux problématiques complexes en émergence, et aussi sur les formes que prennent les rapports intra et inter générationnels, ainsi que le processus de cessation d'activité professionnelle. Ce chapitre comprend une mise à jour des études sur le sujet.

La seconde partie de cette thèse concerne la démarche empirique poursuivie. Je rappellerai d'abord la question de recherche. Puis le **chapitre quatre** explicitera la méthodologie utilisée pour répondre à la question de recherche à l'aide du cadre d'analyse exposé précédemment. Cette thèse ne se veut pas une étude de cas précis de l'activité professionnelle des infirmières dans un milieu de travail déterminé. Elle tiendra plutôt compte de données empiriques existantes en vue d'une analyse en lien avec sa question de recherche. Je me référerai aussi, et surtout, à celles qui ont donné lieu au rapport découlant de la recherche financée par le FQRSC abordé au début de ce chapitre (Lagacé, Tourville et Robin-Brisebois, 2005), mais sans m'y limiter. Cette thèse porte sur l'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique en transformation. En ce sens, les données empiriques d'autres champs et cadres d'activités professionnelles seront considérées.

Le **chapitre cinq** portera sur des données empiriques de Tourville (2005) qui permettront d'amorcer une réponse à la question de recherche quant à l'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique en transformation. Elles seront ensuite analysées et interprétées au **chapitre six** en regard au cadre théorique que cette thèse s'est donné, ainsi qu'aux dernières recherches produites sur le sujet.

Une **conclusion générale** suivra.

Conclusion

Cette thèse s'inscrit dans un contexte de profonde remise en question de l'État-providence et, à travers elle, la société salariale et les acquis sociaux issus des « Trente glorieuses » (1945-1975). L'environnement complexe et dynamique dans lequel ces transformations s'effectuent affectent l'activité professionnelle et le cadre bureaucratique dans lequel elle se déroule.

Les rapports à l'activité professionnelle et au cadre bureaucratique en transformation prennent des formes hétérogènes qui suscitent des tensions. Le travail des infirmières d'expérience dans une bureaucratie hospitalière en transformation constitue, sans être exclusif, un axe d'analyse privilégié pour approfondir la compréhension des processus en cours.

Pour ce faire, ma démarche prendra en compte non seulement l'histoire et l'évolution des politiques en matière de santé, mais aussi de la profession infirmière. Le vieillissement apportera également une contribution à ce processus de recherche compte tenu que leurs représentants sont porteurs d'un regard rétrospectif sur ces bouleversements tout en développant des rapports contemporains différenciés à leurs activités professionnelles, au cadre bureaucratique en transformation, à l'âge ou la retraite.

Malgré un rapport solitaire à l'écriture, une démarche de cette envergure ne se fait jamais seule. Les clés de compréhension nécessaires à la compréhension de cet objet d'étude, et plus largement du monde en transformation, sont les fruits de piliers intellectuels sur lesquels je m'appuierai dans le but de produire des connaissances et d'apporter une contribution que je souhaite pertinentes socialement.

PARTIE I

CLÉS DE COMPRÉHENSION GLOBALES ET SPÉCIFIQUES DE LA PROBLÉMATIQUE

1. CADRE D'ANALYSE

Échange politique et brouillage des frontières entre le marché et les organisations publiques de services : la mythique nouvelle gestion publique et l'État-providence

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000) souligne trois problèmes auxquels la société québécoise, à l'instar de l'ensemble des sociétés occidentales, a à faire face : démographique, épidémiologiques et technologiques. L'importance à accorder à ces problèmes m'apparaît primordiale, et ce, pour deux raisons. Ils caractérisent, d'une part, l'environnement qui pénètre les frontières poreuses des organisations de services de santé et de services sociaux. D'autre part, ce sont autour de ces problèmes que s'articuleront les relations de négociations entre les acteurs.

Laville (2005) met en évidence le brouillage qui apparaît aujourd'hui entre les frontières du marché et des organisations de services. Ces dernières importent de plus en plus des modes de gestions issus de l'entreprise privée dans le cadre d'une remise en question de sa productivité. Pour paraphraser cet auteur, nous pourrions dire que d'importantes fissures sont apparues dans le cloisonnement clair et institutionnalisé qui a été construit durant les années soixante-dix entre l'État et le privé au nom des solidarités et de la protection sociales contre les iniquités du marché.

Pour comprendre les objectifs visés par la mise en forme d'un nouveau cadre de régulation dans le secteur des services publics, il est particulièrement utile de s'attarder à l'éclairage que pose Merrien (1999) sur ce que plusieurs nomment la Nouvelle Gestion publique (NGP). Trois dimensions structurent la pensée de cet auteur en regard à ce modèle : les critiques formulées à l'endroit de l'État-providence par cette idéologie, les réponses qu'elles proposent et, finalement, les mythes qui l'entourent. En premier lieu, les tenants de l'idéologie néolibérale s'attaqueraient de front au modèle hiérarchique-wébérien et à ce qui le caractérise, c'est à dire : hiérarchie, règles légales, rémunération en fonction de l'ancienneté. Et ils vont plus

loin en ce qui a trait aux monopoles, aux budgets croissants, à la « difficulté d'évaluation de leurs actions », à une « administration irresponsable » et contraignante. Enfin, l'auteur souligne qu'en matière de sociologie des organisations, la NGP ne retient essentiellement que la notion de « cercle vicieux bureaucratique », popularisée en France par Michel Crozier.

En deuxième lieu, les actions concrètes des concepteurs d'une NGP viseraient à rendre plus efficaces, performantes et productives les institutions de l'État-providence, par exemple au niveau de l'incitation au travail, par l'introduction « de marchés ou de quasi-marchés » (Merrien, 1999, p. 95). Pour eux, le mode de fonctionnement du secteur privé n'est pas différent de celui du secteur public¹. L'introduction des « marchés ou des quasi-marchés » vise à briser les monopoles étatiques ou encore à rendre les administrations plus responsables. Pour ce faire, l'accent est mis sur les « résultats et la satisfaction des clients » (Merrien, 1999, p. 98). Le Tableau 1 synthétise les huit principales propositions énumérées par l'auteur pour résumer cette « doctrine » qui caractérise les modèles hiérarchique-wéberien et de la Nouvelle Gestion publique:

¹ Nous verrons d'ailleurs plus loin comment cette conception influence surtout le mode de gestion des ressources humaines. Il s'opère actuellement, selon cet auteur, un « brouillage » (Laville, 2005) entre les frontières du secteur privé et du secteur public au niveau de ces deux modes de gestion. Dans la deuxième partie de cette thèse, la présentation des données de recherche montrera l'impact de cette nouvelle forme de gestion sur l'organisation du travail, et, plus précisément, ce qu'en pensent les « survivantes » (Lapointe, Chayer, Malo et Rivard, 2000) de ces réformes qui sont encore en poste aujourd'hui, ici les infirmières de 45 ans et plus qui travaillent auprès des personnes en perte d'autonomie. Ces dispensatrices de soins sont certainement les mieux placées pour rendre compte de l'impact de ces changements en raison de *leurs connaissances fines de la période avant et celle après ces changements*.

Tableau 1 : Différence entre le modèle hiérarchique-wébérien et celui de la nouvelle gestion publique, selon Merrien (1999)

Modèle hiérarchique-wébérien	Nouvelle gestion publique
Biens publics monopolistiques	Marchés et quasi-marchés
Fournisseurs de services	Décideurs (plus grande marge de manœuvre, au moindre coût)
Administration centralisée	Administration décentralisée
Procédures hiérarchiques	Procédures contractuelles ou semi-contractuelles
Absences de rivalité entre agences	Rivalité entre agences publiques et privées
Régulation a priori	Régulation a posteriori
Rémunération selon l'ancienneté	Rémunération selon l'évaluation des compétences et des performances
Usagers	Clients

Enfin, l'auteur s'attarde à briser certains de mythes autour de cette Nouvelle Gestion publique en soulignant que son *efficacité* ne s'acquière pas facilement à l'intérieur d'organisations qui présentent une complexité et une dynamique qui peuvent aller contre la mise en place de nouveaux objectifs. De plus, il y va d'une analyse qui tient compte du type d'espace propre à l'expression des mécontentements par la population, soit à l'intérieur d'un marché de biens publics (il se réfère ici à l'*exit* de Hirschman) ou à l'intérieur de l'administration publique. Il ne conteste pas le fait que cette dernière présente des résultats moins efficaces que dans le marché de biens publics. Des limites se manifestent tout de même à l'intérieur du marché privé, comme par exemple l'« indépendance » des agences privées qui affaiblissent leur devoir de rendre des comptes ou encore les effets mitigés de la performance et des solutions optimales et supérieures.

En empruntant le vocabulaire de Friedberg (1997), l'impact de cette transformation sur le personnel soignant vieillissant peut se traduire par l'intérêt de mieux comprendre la « formalisation » (Friedberg, 1997, p. 151) du champ de pratique propre à ces transformations. Il importe dès lors de comprendre l'impact de ce changement sous l'angle de la structure formelle et informelle de l'organisation de manière unifiée et inséparable. Rappelons-nous que la pierre angulaire de la sociologie de l'action organisée est la suivante : dépasser la lecture dichotomique de la structure organisationnelle et de l'activité informelle qui s'y déroule pour mieux saisir le rapport dialectique qui s'opère entre les deux².

Concrètement, les transformations actuellement en cours dans le secteur des soins aux personnes se manifestent par de profonds changements à la structure formelle des organisations : fusion d'établissements, réduction de personnel, nouvelle approche de soins, virage ambulatoire, « alourdissement » de la clientèle, etc. qui ne peuvent qu'avoir un impact sur la structure informelle de l'organisation. Mais le fait de parler de l'impact des transformations organisationnelles sur la structure informelle laisse entendre que les premières subordonnent la seconde. Or, la théorie des systèmes d'action concrets indique, au contraire, que les comportements des acteurs, à travers leurs jeux, influencent également cette structure formelle.

À la lumière de l'évolution des connaissances en matière d'organisation de travail, il ne faut tout de même pas négliger le fait que les changements à la structure formelle auront un impact sur les comportements des acteurs à plus ou moins long terme. Les profondes transformations du système de la santé sont de nature *top down*. Le but de notre analyse est précisément de comprendre les comportements des salariées vieillissantes à l'intérieur de ces changements. Elle vise par là à saisir les rapports d'interdépendance entre ces dernières et, à travers leurs comportements empiriques,

² De là ma critique face au *knowledge evidence practice*, qui entraîne une formalisation des pratiques de soins infirmiers, sans suffisamment considérer l'*intuition* comme partie intégrante de la relation entre le soignant et le soigné. À l'opposé, l'analyse organisationnelle s'attarde au *travail réel*, au-delà de ce qui est uniquement *prescrit*.

leurs stratégies et négociations face aux incertitudes, comprendre les « jeux de pouvoir » face aux nouvelles contraintes de l'environnement.

La mise en valeur des *problèmes* au sein des organisations dans lesquelles agit le personnel soignant d'expérience s'avère dès lors pertinente pour comprendre les systèmes d'action qui sont en jeu dans le cadre de ces transformations. Comprendre cette notion de pouvoir, par exemple, nécessite de l'associer étroitement avec les *problèmes à résoudre*. Elle peut également être comprise à travers deux sources distinctes : la « pertinence des possibilités d'action » d'un acteur – « ego » - sur un autre – « alter » - dans la résolution d'un problème et la « zone d'autonomie » (Friedberg, 1997, p. 130) dont dispose chacun des acteurs dans ses relations d'échange.

La conduite des acteurs peut être « offensive » ou « défensive », en plus d'être comprise selon un point de vue de rationalité économique ou politique. En ce qui a trait aux problèmes autour desquels les relations de négociation s'animent, le « contrôle monopolistique sur les incertitudes (...) devient une stratégie rationnelle pour les acteurs impliqués », bien qu'il apparaisse rarement comme une position dominante, mais plutôt « intermédiaire » (Friedberg, 1997, p. 136). Cette stratégie de contrôle s'avère fort pertinente pour notre objet d'étude car elle fait référence à certains concepts de la sociologie des professions que nous utiliserons, dont celui de la revendication de frontières professionnelles (Abbott, 1988). Notre objet de recherche peut aisément et nécessite d'inclure les comportements empiriques du personnel soignant comme des stratégies – offensives ou défensives – s'inscrivant dans une rationalité politique.

En somme, la remise en question de l'État-providence par l'idéologie néolibérale vise principalement les formes qui l'ont longtemps caractérisé, à l'occurrence les emplois protégés au sein de la société salariale, et spécifiquement au sein des bureaucraties publiques de type hiérarchique-wébérien. La prise en compte de la complexité et la

dynamique de ces bureaucraties, à travers le jeu des acteurs, jette un éclairage essentiel sur les obstacles qui caractérisent la confrontation de ces deux modèles.

1.1 Structure et dynamique des organisations : configurations bureaucratiques de Henry Mintzberg et applications aux transformations actuelles

Dans une série d'une douzaine d'entrevues que Henry Mintzberg a accordées à la journaliste Jacinthe Tremblay, du quotidien *La Presse*, en 2007 et 2008, deux d'entre elles (12 et 19 mai 2007) ont exclusivement porté sur la gestion en santé. L'auteur y affirme qu'un établissement de santé ne doit pas « calquer » les modes de gestion que nous retrouvons au sein des entreprises privées en raison, surtout, de la spécificité hiérarchique de ce type d'organisation. Un établissement de santé est en effet caractérisé par une « double hiérarchie » que nous ne retrouvons pas, par exemple, sur une chaîne de montage : celle de l'administration et celle des médecins (Tremblay, 2007a). Il s'appuie ici sur une analyse précédente où il mentionne ce qui suit :

« (Ce type de bureaucratie a) fréquemment deux hiérarchies parallèles, l'une pour les professionnels, qui va du bas vers le haut et qui est démocratique, l'autre pour les fonctions de support logistique, qui va du haut vers le bas et qui a la nature d'une Bureaucratie Mécaniste » (Mintzberg, 1982, p. 320).

Pour comprendre cette différence, il s'avère essentiel de nous référer à la typologie organisationnelle définie par cette figure de proue en matière de structure et de dynamique des organisations. Ce passage obligé nous permettra de saisir les clés de compréhension nécessaires à l'étude du cadre bureaucratique en transformation, et plus précisément les configurations de type mécaniste et professionnel. . Nous serons alors à même de mieux comprendre les rapports interprofessionnels qui s'en dégagent, et qui caractérisent l'activité professionnelle dans ce cadre bureaucratique en transformation.

Typologies organisationnelles de Mintzberg

Dans son ouvrage mondialement connu, Mintzberg (1982) définit cinq types de configurations structurelles: la structure simple, la Bureaucratie Mécaniste, la Bureaucratie Professionnelle, la Structure Divisionnalisée et l'Adhocratie. Nous nous attarderons à deux d'entre elles, soit la Bureaucratie Mécaniste et la Bureaucratie Professionnelle, car elles se réfèrent précisément à la mise en garde émise par l'auteur quant à l'importance de ne pas « calquer » les modes de gestion des entreprises privées sur le système de santé public. Ce choix repose également sur le fait que le sous-secteur du système de santé que nous étudions, les soins aux personnes en perte d'autonomie, possède un appareillage technologique peu comparable à celui d'autres sous-secteurs, la chirurgie ou les soins intensifs par exemple. Bien que nous y retrouvons des caractéristiques propres à la Bureaucratie Professionnelle, les savoirs spécialisés y occupent toutefois une place moins importante. En somme, comme nous le verrons en analyse, certaines routines peuvent alors s'apparenter à une « chaîne de montage » propre à la Bureaucratie Mécaniste; ce qualificatif a d'ailleurs été utilisé à plusieurs reprises dans le discours des personnes rencontrées, toujours de façon péjorative, nous expliquerons pourquoi.

Mécanisme de coordination et parties de l'organisation (Mintzberg, 1982)

Henry Mintzberg estime que cinq mécanismes de coordination d'activités de travail sont nécessaires aux organisations. « La structure d'une organisation peut être définie simplement comme la somme totale des moyens pour diviser le travail en tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches » (Mintzberg, 1982, p. 18) :

- l'ajustement mutuel : communication informelle entre ceux qui exécutent le travail;
- la supervision directe : autorité formelle de l'un sur le travail d'un autre;
- mécanismes de standardisation :
 - Les procédés : le contenu de travail est spécifié ou programmé à l'avance;
 - Les résultats : le résultat du travail est spécifié à l'avance. Cette spécification peut être les caractéristiques d'un produit ou encore la performance à atteindre;
 - Les qualifications : la formation et le savoir de celui qui exécute le travail sont spécifiés à l'avance.

En second lieu, les organisations se divisent en cinq parties différentes à mesure qu'elles se complexifient :

- le centre opérationnel : il s'agit de la base de l'organisation, là où les membres produisent les biens et services;
- le sommet stratégique : il s'agit de la haute direction, là où les membres définissent les orientations de l'organisation afin qu'elle remplisse sa mission;
- la ligne hiérarchique : il s'agit de la liaison entre les deux précédentes parties (ex. les cadres intermédiaires);
- la technostructure : cette partie standardise le travail du centre opérationnel (ex. les informaticiens). Cette partie est isolée du centre opérationnel;
- le support logistique : cette partie sert de support au reste de l'organisation et se situe en dehors de son flux de travail (ex. le secteur de la rémunération).

Selon l'auteur, ce sont les organisations âgées, de grande taille ayant un « système technique régulateur non automatisé » et œuvrant dans un environnement simple et stable qui constituent des *Bureaucraties Mécanistes*. Les constructeurs automobiles ou les prisons en font partie. Le travail au sein du Centre opérationnel de l'organisation est rationalisé, simple, répétitif et standardisé par des procédés de travail. Le travail peut ainsi être prévu à l'avance. Ces organisations sont suffisamment grandes et traitent un volume de travail assez important pour standardiser leurs procédés de travail. Ces derniers peuvent être informatisés, mais restent néanmoins assez simples et « ne nécessitent pas d'opérateurs qualifiés » (p. 290). À cet égard, la formation de l'employé est peu fréquente et toujours dispensée par l'entreprise. La grande taille de ces organisations entraîne la *centralisation des décisions* au sommet stratégique. Une partie des pouvoirs des cadres est partiellement transmise à la technostructure dont le mandat est de standardiser les procédés de travail du centre opérationnel. Les experts acquièrent donc un pouvoir informel considérable.

Influence de l'environnement sur la structure organisationnelle

Certaines caractéristiques de l'environnement influenceront la structure de l'organisation. Ainsi, l'environnement peut être *stable* (faible concurrence) à *dynamique* (concurrence élevée). Également, le niveau de complexité de l'environnement peut aller de *simple* (peu de savoir formel nécessaire) à *complexe* (savoir formel essentiel). Les mécanismes de coordination seront influencés par l'environnement. La standardisation des procédés de travail se retrouve principalement dans un environnement stable et simple, tandis que l'entente mutuelle s'associe davantage à un environnement dynamique et complexe (Mintzberg, 1982).

La technostructure constitue une partie *essentielle* de la Bureaucratie Mécaniste. Dotée d'un « pouvoir informel considérable » (p. 283 et 288), elle influence les règles et les procédures de travail en plus de contrôler, voire *éliminer* les incertitudes par le biais de divers mécanismes. « L'obsession du contrôle » (p. 285) est omniprésente

dans ce type de bureaucratie. C'est d'ailleurs la Bureaucratie Mécaniste qui possède le plus *haut niveau de standardisation des procédés et de division horizontale et verticale du travail*.

La division horizontale et verticale du travail dans la Bureaucratie Mécaniste

Les organisations divisent (ou spécialisent) à l'horizontal le travail afin d'accroître la répétitivité du travail et sa productivité : les procédés de travail sont ainsi standardisés. La division verticale signifie, quant à elle, que la réalisation du travail est séparée de son administration. Bien souvent, une division horizontale du travail entraîne une division verticale car bon nombre d'organisations estiment qu'un point de vue différent entre l'exécution du travail et la réflexion sur la manière de le faire est nécessaire (Mintzberg, 1982).

C'est tout le contraire au sein de la *Bureaucratie Professionnelle*. La partie clé de celle-ci est non pas la technostructure, mais bien le centre opérationnel. Ce ne sont donc pas les procédés de travail qui sont ici standardisés, mais bien les compétences des membres de l'organisation. Pour ce faire, le recrutement est davantage orienté vers des *professionnels dûment « formés et socialisés »* (p. 310) *pendant plusieurs années à l'extérieur de l'organisation*, et qui s'impliquent dans une formation continue en cours de carrière. Ainsi, les standards de compétences ne sont pas déterminés par l'organisation, mais bien en dehors de la structure, souvent par des universités ou encore des associations professionnelles. La responsabilité incombe à ces membres de l'organisation d'établir des diagnostics dans leur travail et d'appliquer par la suite un « programme standard » (p. 313) correspondant. Les Bureaucraties Professionnelles *regroupent les unités « à la fois sur la base des marchés et sur la base des fonctions »* (p. 314) et les professionnels se spécialisent en fonction des catégories de clients. Selon Mintzberg (1982), les organisations de travail telles que les hôpitaux ou les universités sont toutes des Bureaucraties Professionnelles. Contrairement à la Bureaucratie Mécaniste, le centre opérationnel

n'est pas soumis à une standardisation des procédés de travail. Les employés y effectuent des *tâches complexes* qui demandent un niveau de formation élevé.

La structure hiérarchique de la Bureaucratie Mécaniste est habituellement très élaborée et vise trois objectifs : 1) les cadres intermédiaires effectuent de la *supervision directe* lorsqu'un problème surgit au sein d'une unité; 2) ces cadres assurent la liaison entre la technostructure et les unités opérationnelles, surtout lors de la standardisation des procédés; 3) ceux-là veillent à ce que les subordonnés appliquent les *plans d'action élaborés par le sommet stratégique*.

Les professionnels de la Bureaucratie Professionnelle, quant à eux, s'identifient davantage à leur profession qu'à l'organisation pour laquelle ils travaillent.

Contrairement à la Bureaucratie Mécaniste, la structure organisationnelle est alors très *décentralisée tant à la verticale qu'à l'horizontale* (p. 315). Concrètement, cela signifie que le pouvoir formel est non pas concentré au niveau des administrateurs ou de la technostructure, tel que c'est le cas au sein de la Bureaucratie Mécaniste, mais bien au centre opérationnel lui-même, là où le travail des professionnels s'effectue. Le contrôle des processus de décision appartient donc à des personnes qui se trouvent en dehors de la ligne hiérarchique. Dans ce cas, le rôle des administrateurs vise davantage à traiter les perturbations qui surviennent entre la frontière interne et externe de l'organisation afin de préserver un environnement interne stable à la pratique professionnelle.

Décentralisation verticale et horizontale

La décentralisation verticale consiste à disperser le pouvoir formel vers le bas de la ligne hiérarchique (habituellement vers le centre opérationnel) tandis que la décentralisation horizontale signifie que le contrôle des processus de décision est confié à des personnes hors de la ligne hiérarchique (souvent à la technostructure) (Mintzberg, 1982).

Gadrey (1991) a analysé la place qu'occupent les systèmes d'emploi tertiaires selon des approches typologiques empruntées à Mintzberg (1982) : il clarifie la diversité de ces systèmes en les reliant à celle des formes organisationnelles. Pour ce faire, il considère schématiquement deux types de systèmes d'emploi : un premier relevant d'un « modèle de segmentation flexible » et un deuxième relevant des bureaucraties publiques et privées. Il classe les services de proximité dans les deux systèmes, mais avec une tendance plus marquée vers le dernier, là où se situe la Bureaucratie Professionnelle :

« Pour (...) les services publics de proximité, le degré de professionnalisme est plus élevé et le système d'emploi revêt certaines caractéristiques des bureaucraties professionnelles » (Gadrey, 1991, p. 156). Une des principales limites de cette classification (comme tant d'autres d'ailleurs) est d'être « incapable d'indiquer par elle-même les voies de ses propres déformations, ses facteurs de tension et d'instabilité » (Gadrey, 1991, p. 160). Elle est par conséquent soumise à des « forces externes » qui l'amènent à se reconfigurer et à changer la position des acteurs qui s'y retrouvent. Cette analyse est utile pour comprendre comment se définit aujourd'hui les contours de l'organisation de travail dans laquelle œuvrent les infirmières d'expérience et qui influencent leurs activités professionnelles.

En somme, la structure centralisée de la *Bureaucratie Mécaniste* est bien adaptée à un environnement stable dans le but que ses opérateurs peu qualifiés effectuent un travail simple et répétitif dont les procédés sont standardisés par une technostructure qui possède, avec les cadres, un pouvoir considérable en vue d'éliminer les incertitudes. Le pouvoir et le contrôle de ces dernières au sein de la structure décentralisée de la *Bureaucratie Professionnelle* sont plutôt détenus par un centre opérationnel composé de professionnels formés et socialisés pendant plusieurs années à l'extérieur de l'organisation et dont les activités complexes reposent sur des compétences non soumises à la technostructure ou l'administration. L'environnement complexe actuel

nécessite de prendre en compte les problèmes associés à chacune d'elles afin de comprendre dans quel cadre se déroule l'activité professionnelle.

Des problèmes bureaucratiques au sein d'un environnement complexe et dynamique

Au tournant des années 80, Mintzberg (1982) estimait déjà que la Bureaucratie Mécaniste était démodée, car *inflexible* et *inadaptée* à un environnement instable, complexe et dynamique. Plusieurs problèmes y étaient alors notés, humains d'abord : destruction du *sens au travail*, considération des individus uniquement comme des *moyens*, *obsession du contrôle* qui contrecarre l'*élargissement du travail*, *bureaupathologies* ; mais aussi de coordination, surtout dans un environnement instable : débordement des problèmes du centre opérationnel dans la structure administrative qui se caractérise par la supervision directe au détriment de l'ajustement mutuel, en plus d'une jalouse protection de ses fonctions combinée à une concurrence entre unités de travail, et ce, au détriment du service au client :

« Une Bureaucratie Mécaniste non soumise aux forces du marché, par exemple une agence gouvernementale assurée de son budget et dont les objectifs de performance sont vagues, peut devenir un système pratiquement fermé, responsable vis-à-vis personne et ne produisant rien, où les rouages administratifs tournent à l'infini et où tout le monde est très affairé » (Mintzberg, 1982, p. 302).

Les problèmes humains du centre opérationnel, nous dit l'auteur, remontent ainsi la ligne hiérarchique, jusqu'à un sommet stratégique qui devient rapidement inadapté à répondre à cet environnement complexe et instable. Le « problème d'adaptation au sommet stratégique » (Mintzberg, 1982, p. 303) s'illustre par un *goulot d'étranglement* d'informations et des problèmes liés à la *dichotomie* entre la formulation et la mise en œuvre de stratégies.

Malgré son aspect plus épanouissant, notamment sa démocratie et la grande autonomie laissée aux professionnels, la Bureaucratie Professionnelle n'est pas

exempte de problèmes : il est globalement difficile de « corriger les déficiences sur lesquelles les professionnels eux-mêmes choisissent de fermer les yeux » (Mintzberg, 1982, p. 329). C'est à partir de ce problème général que l'auteur identifie quatre problèmes spécifiques : les problèmes de coordination, de contrôle, et d'innovation, ainsi que leurs réponses dysfonctionnelles.

La prise en compte des problèmes identifiés par Mintzberg (1982) à la Bureaucratie Professionnelle est également cruciale dans la compréhension de notre objet d'étude compte tenu de leur impact sur l'activité professionnelle.

1. Les *problèmes de coordination* découlent d'une standardisation des qualifications qui donne un pouvoir considérable aux professionnels, et cela génère deux problèmes : le *tiraillement* des fonctionnels entre la hiérarchie et les professionnels et le problème de classement des situations complexes qui chevauchent des programmes standards. Dans le cas des soins aux personnes en perte d'autonomie, cette tension se manifeste, à mon avis, entre les soins infirmiers de « confort » et l'amélioration de la santé promue par la médecine d'une personne au crépuscule de sa vie;
2. Les *problèmes de contrôle* sont déficients face à des professionnels incompetents ou non consciencieux, qui ne perfectionnent pas leurs connaissances (sauf les cas patents de danger public). De façon générale, ces professionnels se servent davantage de l'organisation que le contraire. La difficulté à résoudre ce problème, nous dit H. Mintzberg, prend racine dans l'impossibilité de « mesurer » (p. 331) l'activité professionnelle;
3. Ce manque de coopération des professionnels envers l'organisation dans laquelle il pratique, leur manque d'efforts interdisciplinaires, entraîne, nous dit l'auteur, des *problèmes d'innovation* en raison du maintien de la rigidité bureaucratique qui s'illustre par des réponses standards à des problèmes qui ne le sont plus. Le paragraphe suivant illustre parfaitement ce paradoxe :

« Le fait est que le grand art et les problèmes nouveaux exigent un raisonnement inductif qui permette de passer des expériences particulières à des nouveaux concepts et des nouveaux programmes. Ce mode de pensée est divergent, il brise avec les anciennes routines et les anciens standards plutôt que d'améliorer ce qui existe. Et cela va à l'encontre de tout ce pour quoi la Bureaucratie Professionnelle est conçue » (Mintzberg, 1982, p. 332, c'est l'auteur qui souligne);

- 4) Des *réponses dysfonctionnelles* ont tendance à être élaborées en-dehors de champs professionnels en vue de régler les trois problèmes précédents : la supervision directe, la standardisation des procédés de travail ou des produits. Elles sont toutefois dysfonctionnelles en raison de leur caractère fastidieux, de l'impossibilité de standardiser un processus de travail complexe et de le contrôler par la technostructure, des désavantages reliés à la relation « sans entrave » (p. 334) entre le client et le professionnel ainsi que de la passivité qu'elles peuvent générer chez ce dernier, notamment en matière d'incitation à l'innovation. Selon l'auteur, la réponse provient plutôt d'un processus plus long et complexe, soit celui « d'en appeler au sens de la responsabilité des professionnels vis-à-vis du service rendu au public (...) » (Mintzberg, 1982, p. 335), et plus précisément par le recrutement, la formation, la socialisation et la motivation au perfectionnement professionnel.

La Bureaucratie Mécaniste n'est définitivement pas adaptée à l'actuel environnement instable et ne constitue d'ailleurs pas la configuration typique des établissements de santé et de services sociaux, en l'occurrence les hôpitaux. Mais notre objet d'étude n'est ni un hôpital et encore moins une chaîne de montage industrielle. Il s'agit plutôt de centres de soins aux personnes en perte d'autonomie qui se situent, à certains égards et bien schématiquement, plus près de la Bureaucratie Professionnelle, mais qui présentent toutefois des traits propres à la Bureaucratie Mécaniste.

Dans un environnement instable, la Bureaucratie Mécaniste a tendance à se décentraliser, c'est-à-dire à disperser son pouvoir formel vers le bas de la ligne hiérarchique, afin de s'adapter plus aisément. Ce modèle de gestion vise à réduire la ligne hiérarchique, à l'aplanir, en confiant davantage de responsabilités aux employés du centre opérationnel. Cette nouvelle configuration ne signifie pas pour autant qu'elle adoptera les caractéristiques de la Bureaucratie Professionnelle « pure », surtout pour des raisons de niveau de formation des acteurs du centre opérationnel, nous pensons ici aux préposés aux bénéficiaires ou encore à certaines infirmières (auxiliaires ou encore celles ayant une formation de niveau collégial). Elle présente néanmoins des caractéristiques propres à la Bureaucratie Professionnelle, mais dont l'autorité administrative mérite d'être nuancée en fonction des diverses catégories professionnelles que nous y retrouvons.

Du point de vue de la sociologie des organisations (Etzioni, 1964), les salariés tels les travailleurs sociaux ou les infirmières sont identifiés comme des « semi-professionnels ». Ils ne peuvent être considérés au même titre que les professionnels « purs », les médecins ou les professeurs d'université par exemple, en raison de leur niveau de formation, d'une influence plus marquée de la technostucture sur leur travail ainsi que d'une autorité administrative davantage importante dans la formalisation de leur comportement et la spécialisation de leur travail. Nous y reviendrons à la prochaine section.

Les deux bureaucraties prises en compte précédemment présentent toutes deux leurs lots de problèmes spécifiques. En raison des « problèmes humains » qui y sont notés, la configuration de la Bureaucratie Mécanistes est sans contredit le type d'organisation à mettre au rancart³, mais dont la possibilité de remisage dépendra, pour paraphraser Mintzberg (1982, p. 301), d'une profonde remise en question de la consommation de masse qui caractérise notre société. Le sommet stratégique apparaît visiblement dépassé par les problèmes de coordination, particulièrement au sein des

³ Cette position critique prend toutefois en compte l'inévitable et nécessaire standardisation des activités propre aux principes de la Bureaucratie Mécaniste chez certains métiers, dont celui de pompiers ou de pilotes d'avion.

monopoles publics. En ce qui concerne la Bureaucratie Professionnelle, l'objet de la réflexion doit plutôt porter sur la nécessaire remise en question des formes actuelles de cooptation et de pouvoir professionnel propice à la mise en place de réponses innovatrices, souples, interdisciplinaires aux problèmes de l'environnement complexe et dynamique.

Tel que nous l'avons abordé plus tôt, diverses considérations - démographiques, économiques, épidémiologiques, sociales, légales - ont amené l'ensemble des pays occidentaux, dont le Québec, à réorganiser en profondeur leur système de santé et de services sociaux. De l'avis de plusieurs, il s'agit de la plus grande transformation du système de santé et de services sociaux québécois depuis sa création dans les années 70. Il s'avère dès lors essentiel de prendre en compte comment s'articule les fruits de cette réorganisation en ce qui concerne les éléments d'analyse que nous venons d'aborder.

Rivalité entre cultures fortes et collaboration en situation de crise

Pour comprendre les bouleversements actuels dans le secteur de la santé et des services sociaux sur l'activité professionnelle et le cadre bureaucratique, il m'apparaît pertinent de camper les nécessaires outils d'analyse décrits précédemment à l'intérieur des enjeux actuels. Pour ce faire, donner la parole à l'auteur de ces outils constitue une démarche éclairante et doublement pertinente car ce dernier s'implique activement à titre de directeur de l'*International Masters for Health Leadership* (IMHL, 2009). (Il s'agit d'un programme de cycle supérieur créé conjointement avec la Faculté de Médecine de l'Université McGill ayant pour objectif de contribuer au changement dans le domaine de la formation en santé, mais aussi dans les systèmes eux-mêmes en créant un « forum continu de réflexion et d'échanges afin de faire avancer les meilleures pratiques de leadership développées dans tous les aspects de la santé, partout dans le monde » (Tremblay, 2007b)).

Dans la série d'entrevues qu'il a accordée, Henry Mintzberg a partagé sa vision actuelle des systèmes de santé (Tremblay, 2007a; Tremblay, 2007b). D'emblée, nous dit-il, ce ne sont « pas les systèmes de santé qui sont en crise, mais bien leur administration qui est malade » (2007a). Il aborde, d'une part, ce qui lui apparaît être leurs principaux problèmes, pour ensuite proposer des pistes de solution; nous approfondirons ces dernières à la section suivante. Son propos rejoint plusieurs notions contenues dans la section précédente, surtout les mécanismes de coordination, la division du travail et la décentralisation verticale, tout en rajoutant des éléments clés qui tiennent compte des transformations actuelles, notamment la création des *Agences de développement de Réseaux locaux des services de santé et des services sociaux*.

Le professeur chercheur affirme que le « cœur des problèmes » dans le secteur de la santé réside dans l'absence d'une « culture commune », de la présence de diverses « cultures fortes » au sein des différents acteurs : médecins, infirmières, personnel administratif, personnel de soutien, etc. Ces derniers n'interpréteront pas de la même façon les transformations en cours et feront preuve de « rivalités dans le choix des projets, des approches et pour la répartition des budgets » (Tremblay, 2007a). Il nous rappelle que les professionnels ne partagent pas l'information entre eux, que leurs savoirs sont « compartimentés », que seule une « situation d'urgence et de crise » favorise leur communication (Tremblay, 2007b).

De plus, nous dit-il, les « réorganisations perpétuelles tuent les motivations intrinsèques » des professionnels. Ces derniers ne sont jamais « enthousiastes » devant un mode de coordination *top-down* de la part d'acteurs éloignés du terrain (Tremblay, 2007a). Il s'inscrit en faux contre une centralisation et division verticale du pouvoir de coordination. Tout en se demandant si le récent regroupement administratif de tous les établissements (hôpital, centre de soins prolongés, CLSC) d'un même territoire va accroître la coordination sur le terrain, il est toutefois d'avis qu'il a allongé la ligne hiérarchique et favorisé le contrôle à distance des administrateurs (Tremblay, 2007b) Or, nous dit-il, le domaine de la santé doit plutôt

favoriser une coordination horizontale (Tremblay, 2007b) : les « professionnels doivent prendre eux-mêmes la responsabilité de la coordination, ce qui va demander des changements importants dans la gestion de la santé » (Tremblay, 2007a).

Différencier les soins de santé du traitement de la maladie : implication sur les cadres bureaucratiques

Mais qu'est-ce que le « système de santé » au juste? Comment apprécier l'identification des problèmes précédents à travers celui-ci? Ces considérations sont primordiales dans le but de bien situer notre objet de recherche, lui-même campé empiriquement dans un sous-secteur bien précis de ce système, soit les soins aux personnes âgées en perte d'autonomie. Pour approfondir cette question, la première partie d'un article rédigé conjointement par Henry Mintzberg et Sholom Glouberman⁴ abordent encore plus en profondeur le contenu précédent sous l'angle exclusif du système de santé. La pensée qui y est exprimée permet une nuance de taille en ce qui concerne deux « mondes » hermétiques à l'intérieur de ce système : celui du « soin de santé » (*care of health*) et l'autre du « traitement de la maladie » (*cure of disease*)⁵. Ces deux mondes sont non seulement présents à l'intérieur des hôpitaux, mais dans l'ensemble du système de santé (Glouberman et Mintzberg, 2001).

L'opération chirurgicale d'un médecin dans une structure hospitalière se veut « intrusive » chez le patient alors que celle de l'infirmière fera plutôt appelle aux soins prodigués à ce dernier, par exemple le changement des pansements suite à sa sortie du bloc opératoire. (Nous aborderons plus loin l'implication du système de professions sur cette division du travail, et plus précisément cette subordination fonctionnelle de l'infirmière face au médecin.) Cette différenciation n'est toutefois pas présente uniquement dans un hôpital, nous disent Glouberman et Mintzberg

⁴ Ces auteurs ont rédigé conjointement les parties 1 (Glouberman et Mintzberg) et 2 (Mintzberg et Glouberman) d'un article intitulé *Managing the care of health and the cure of disease* paru en 2001 dans la revue *Health care management review*. L'ordre de présentation des auteurs varie d'une partie à l'autre.

⁵ Les auteurs en identifient deux autres : « control » et « community ». Nous aborderons uniquement le troisième, plus loin.

(2001). Elle se manifeste de la sorte dans cette organisation spécifique en raison du degré sévère qu'occupe la maladie à traiter. Ailleurs dans la société, elle se présente également, mais entre des établissements cette fois-ci.

En effet, les soins qui nécessitent une intervention moins sévère sont dispensés par d'autres établissements, notamment les centres d'hébergement et de soins de longue durée ou encore les soins à domicile. Les deux mondes identifiés précédemment, à l'intérieur d'une même structure, sont ici représentés par deux organisations : le traitement sévère (*acute care*), « intermittent », incarné par l'hôpital, et le soin communautaire (*community care*), « plus continu et coordonné », plus « *soft* », illustré par les centres de soins de longue durée, par exemple. La nuance est de taille car elle implique une prestation de soins différente qui modifiera le rapport au travail, aux relations interprofessionnelles, à l'organisation, aux patients, etc. Nous estimons que les problèmes identifiés précédemment – « administration malade », « culture forte » « rivalités » ou « savoirs compartimentés » - ne seront peut-être pas absents, mais prendront néanmoins des formes différentes.

À titre d'exemple, le « *soft care* » du monde des soins communautaires est moins marqué par la division que celui du « traitement sévère ». Par conséquent, la place de l'infirmière y sera différente, en particulier dans sa relation avec le médecin, « comme nous pouvons le voir, par exemple, dans l'existence d'une relation de coopération plus naturelle entre les médecins et les infirmières dans les centres de soins de longue durée⁶ » (Glouberman et Mintzberg, 2001). Cette division plus poreuse dans les relations interprofessionnelles, qui peut peut-être dans ce cas-ci relativiser les « rivalités », que nous retrouvons davantage au sein des hôpitaux, n'enlève toutefois en rien la pertinence de considérer le rapport entre les dispensateurs de soins et l'administration, cette dernière étant considérée comme un troisième monde, celui du contrôle.

⁶ « (...) as can be seen, for example, in the more naturally occurring cooperative relationships between physicians and nurses in geriatric hospitals ».

Le système de santé présente des formes hétérogènes qui se caractérisent particulièrement par des interventions médicales sévères ou encore des soins communautaires plus « doux », ce qui influencera les rapports interprofessionnels, notamment entre l'infirmière et le médecin. Toutefois, les réorganisations auxquelles fait face le système dans son entier auront un impact sur ces deux mondes, sous forme de « crises perpétuelles » et de « confusion » (Glouberman et Mintzberg, 2001), d'où l'urgence de changer la façon de penser ce système.

Construire une culture commune par le développement de la coopération entre les acteurs

Mintzberg affirme que le premier défi pour faire face aux « crises » du système de santé est de favoriser une meilleure coopération entre les acteurs, que les « gestionnaires de la santé favorisent la communication et la coordination sur le terrain » (Tremblay, 2007b; Mintzberg et Glouberman, 2001). Les auteurs illustrent leur propos en donnant l'exemple d'une personne ayant subi une opération : le problème de communication entre les professionnels ne se situe pas durant l'opération, mais bien avant et après celle-ci, alors que le patient doit raconter à plusieurs reprises son histoire à différents professionnels. Il revient aux professionnels de coordonner entre eux leur travail en raison de leur proximité du terrain de pratique. C'est pourquoi les gestionnaires doivent, selon eux : 1) faciliter cette coordination entre les professionnels, 2) « défendre et promouvoir leur institution » à l'extérieur de ses frontières et 3) « moins utiliser leur autorité pour faire des choix », mais davantage à mettre sur pied un processus de décision qui favorise la participation des professionnels (Tremblay, 2007b; Mintzberg et Glouberman, 2001).

Pour ce faire, Mintzberg mise sur la standardisation des qualifications à l'embauche qui tient compte de la scolarité des gens qui travaillent dans le secteur de la santé et « qui partagent le même désir de faire avancer le savoir pour améliorer la pratique (...) » (Tremblay, 2007b). Des exemples indiquent que ce sont souvent les situations

d'urgence et de crise qui favorisent le partage d'information, la cohésion et l'ajustement mutuel entre les professionnels. Selon lui, le cadre bureaucratique promu par le mode de gestion précédent doit *absolument* animer les professionnels par un objectif commun au quotidien, et non pas uniquement en situation d'urgence. Mais il y a plus.

L'approfondissement de cette question indique également que l'ajustement mutuel et la standardisation de normes constituent deux autres mécanismes de coordination sur lesquels il apparaît important d'insister dans le but de promouvoir une « culture de coopération ». L'altruisme a toujours été présent au sein du personnel, mais a été « attaqué » au fil des ans par les « forces de la spécialisation, de la culture managériale, les restrictions budgétaires (Mintzberg et Glouberman, 2001). L'idée, selon les auteurs, n'est pas de mettre en place une culture de gestion « professionnelle » construite dans les écoles de gestion, de type *MBA*, qui sera en inadéquation avec les problèmes terrain, et dont le style migrera rapidement vers une forme autoritaire classique au moindre problème. Il s'agit plutôt de promouvoir la capacité de l'équipe à se coordonner elle-même, ou bien de valoriser les personnes, peu importe leur appartenance professionnelle, qui ont le « style et l'énergie » nécessaire pour occuper cette fonction, et ne plus tuer la motivation intrinsèque des professionnels.

« L'habileté de gestion est davantage d'inspirer que de développer le pouvoir, convaincre que contrôler, de faciliter ce qui pourrait être fait que de décider ce qui doit être fait⁷ » (Mintzberg et Glouberman, 2001, p. 82)

Conclusion

Étudier l'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique en transformation nous amène à mettre en valeur la pensée de Henry Mintzberg compte tenu qu'il aborde avec force et engagement ces notions clés depuis plusieurs décennies.

⁷ « Craft managing is more about inspiring than empowering, convincing than controlling, facilitating what might be than deciding what should be ».

L'organisation des soins de santé au Québec se caractérise sans contredit par la Bureaucratie Professionnelle bien que nous devions nuancer cette configuration théorique en ce qui concerne certains sous-secteurs de ce *monstre bureaucratique*. Certains sous-secteurs adoptent en effet une structure et dynamique bureaucratique qui affichent, à certains égards, des traits propres à la Bureaucratie Mécaniste, surtout en ce qui concerne les postes de travail soumis à une centralisation tant verticale qu'horizontale, ainsi qu'à une division verticale du travail, principalement ceux qui nécessitent peu de formation. Ces postes s'apparentent au concept de « semi-professionnels » défini par Etzioni (1964). Ces configurations bureaucratiques subissent, depuis les années 90, des pressions importantes, un environnement instable, qui les poussent à se transformer. Ces changements sollicitent directement les problèmes identifiés chez chacune d'elles.

La littérature indique clairement que la Bureaucratie Professionnelle est une configuration privilégiée en raison d'une décentralisation de sa structure qui favorise l'autonomie et le pouvoir des professionnels sur leurs activités complexes. Toutefois, ces indéniables avantages ne doivent pas occulter les problèmes bien répertoriés que génère un cloisonnement rigide des cultures et du pouvoir professionnels au sein des services publics, et qui ne peuvent alors permettre l'innovation nécessaire pour faire face aux problématiques complexes de la population. De plus, ce type de configuration que nous retrouvons dans le système de santé présente une dynamique hétérogène selon le type de prestations de service qui y sont données, ce qui influencera notamment les rapports interprofessionnels. Une administration de la santé qui privilégie une division et une centralisation verticale du travail est tout simplement « malade » (Tremblay, 2007a). De par leur nature *top down* et hiérarchique, les dernières réformes abondent dans cette voie, en plus d'entraîner une démotivation des acteurs sur le terrain.

Les orientations en matière d'organisation de soins doivent favoriser la mise en place d'un cadre bureaucratique professionnel qui évitera ces problèmes classiques, mais aussi une autre façon de penser le travail. Ce changement de culture passe par une

valorisation accrue des mécanismes de coordination horizontale du travail couplée à une décentralisation verticale. L'encouragement de personnes qui possèdent un style et l'énergie d'un chef est également nécessaire, peu importe son champ professionnel (médecin, infirmière, travailleur social, etc.). Une activité professionnelle guidée par un objectif commun qui est défini par les professionnels sur le terrain apparaît une voie prometteuse à une offre de services publics innovatrice qui sache répondre aux problématiques complexes et dynamiques de la population. Elle a également le mérite d'atténuer les coûts « humains » élevés et les « bureaupathologies » que nous retrouvons chez le personnel soignant.

1.2 Le système des professions : nouvelles formes de coordination

Dans cette section, nous nous intéressons à l'activité professionnelle et, de façon plus large, à la sociologie des professions. Il s'agit d'un autre passage obligé pour comprendre notre objet de recherche. À l'instar du cadre bureaucratique, l'activité professionnelle est également soumise à l'influence de l'environnement, qui marquera son histoire, évolution et pouvoir. Mettre le travail infirmier en perspective avec d'autres professions m'apparaît être un angle d'analyse pertinent et utile pour mieux le comprendre. Pour ce faire, nous aborderons des classiques en matière de sociologie des professions pour ensuite nous référer à des œuvres plus contemporaines qui tiennent compte de l'évolution des systèmes professionnels et de leur lien avec les formes d'autorité, dont celle administrative. De la sorte, nous acquerrons des outils nécessaires pour comprendre, comme nous le verrons au chapitre 4, l'histoire et l'évolution du travail infirmier, d'une part, et les enjeux auxquels la profession infirmière fait face aujourd'hui, d'autre part.

La licence et le mandat

Hughes (1958) estime qu'une profession est le fait de posséder une *licence* pour contrôler son travail et un *mandat* pour l'accomplir. La première est, ni plus ni moins, la permission légale pour accomplir certaines activités tandis que la deuxième

représente l'« insistance » d'un groupe occupationnel à contrôler certaines activités au détriment d'autres occupations. La traditionnelle domination médicale sur le travail infirmier est un exemple patent (ex. sage-femme, infirmière praticienne). Dans son ouvrage, l'auteur ne s'attarde pas tant à questionner les différences qui opposent une *occupation* d'une *profession*, mais davantage à comprendre la relation qui s'opère entre la *licence* et le *mandat*, aux circonstances de leur apparition, mais aussi à la façon dont ils sont « attaqués », changent ou se transforment. Pour ce faire, il s'attarde longuement au pouvoir d'un professionnel de voir la société différemment et d'appliquer des *sanctions sociales* à certains aspects de la vie par le biais de connaissances, de techniques et d'un *langage abstraits*. Pour qu'il soit reconnu à l'intérieur d'une profession, le savoir ainsi développé doit être en mesure d'offrir un *service* à un client.

Hughes (1958) développe également les questions du rôle social et de la division du travail. En ce qui concerne la médecine, par exemple, cette division se définit en vertu de la confiance du public dans les compétences techniques du médecin ainsi que par leur « foi » en le système médical. C'est dans cette division du travail qu'une hiérarchisation des tâches se définit et que les rôles sociaux s'établissent; par exemple les médecins prendront toujours la décision ultime et auront les infirmières comme « bras droit », en quelque sorte. La *circulation des carrières* s'effectuera à l'intérieur de ces frontières en plus de viser, ultimement, une portée « universelle » afin que le travail puisse s'accomplir dans une variété de situations⁸.

La hiérarchisation des professions au sein du secteur de la santé met en valeur les différents statuts des groupes d'individus et de leur pouvoir respectif à l'intérieur des organisations. La médecine constitue en quelque sorte l'« idéal-type » de pouvoir socio-économique et de reconnaissance sociale et légale. Même si les infirmières possèdent une histoire et un développement qui, au fil du XXe siècle, leur ont permis d'accroître, au Québec, leur reconnaissance légale (ex. Ordre professionnel) ou

⁸ Le cas de la médecine est intéressant car, malgré le contrôle qu'ont les médecins sur leurs tâches et le mandat social dont ils bénéficient de la part du public, ils n'ont pas le monopole « universel » compte tenu, entre autres, des conceptions différentes de la maladie à travers le monde (Abbott, 1988).

encore, dernièrement, par la reconnaissance du statut d'« infirmière praticienne », il reste néanmoins que leur pratique est clairement, et légalement, influencée par le pouvoir médical. Dans ce rapport contextualisé, certains auteurs considèrent même qu'elles ont un statut de « semi-professionnelles ».

Les semi-professionnels et les professionnels : la médecine comme idéal-type révisé

Un de ceux-là, Etzioni (1964), souligne en effet que les infirmières ne peuvent être considérées, selon une perspective sociologique, comme un groupe « professionnel », mais plutôt « semi-professionnel ». Dans son analyse, l'auteur tient compte des règles bureaucratiques qui encadrent leurs tâches au sein des organisations dans lesquelles elles travaillent: moins d'autonomie, évaluation de leur travail par une autorité administrative, davantage de règles institutionnelles, etc. L'auteur estime que les professions telle la médecine ont, au contraire, davantage d'autonomie, sont soumis à une évaluation par leurs pairs et ont une pratique qui est davantage guidée par un savoir académique de plus longue durée et moins par des règles administratives⁹.

Freidson (1970) a sûrement été l'un de ceux qui a le mieux approfondi la place de la médecine au sein des professions, notamment en étudiant ses influences politiques et culturelles. Pour ce faire, il s'est penché sur la construction du corpus de connaissances ainsi que du niveau d'autonomie dont elle dispose sous forme de démarche comparative avec diverses professions, dont le droit, à travers le temps et différents pays. Selon lui, les professions sont organisées pour *contrôler les conditions de leur travail, le développement de leurs connaissances* ainsi que le *territoire exclusif de leur marché de travail*. Il affirme que l'organisation politique est partie intégrante de l'autonomie qu'aura une profession à l'intérieur d'une société. À cet égard, il estime que ce sont les États-Unis qui offrent le plus d'autonomie à la médecine en raison d'un contrôle étatique moins élevé comparativement à d'autres pays tels que la France. À l'instar de Hughes (1958), il s'intéresse également à la pratique quotidienne des médecins, à leur autonomie à l'intérieur de la division du

⁹ Cette analyse étatsunienne date toutefois des années soixante, nous y reviendrons.

travail ainsi qu'aux rapports – formels et informels - qu'ils entretiennent avec leurs pairs ou les autres collègues. Ces derniers, nous dit-il, participent au maintien de leur place privilégiée au sein de l'organisation du travail.

De son côté, Larson (1977) a surtout examiné la relation des professions au marché et au système de classes. Elle montre plus spécifiquement comment les occupations que nous nommons professions se sont organisées pour dominer un marché et comment elles s'inscrivent dans un processus au cours duquel des producteurs de services spécialisés se constituent et contrôlent leur expertise. C'est cette quête « monopolistique » qui constitue l'angle d'analyse de l'auteure. Cette dernière estime que les élites de la société commanditent et protègent les professions qui, de leur côté, définissent et construisent une réalité sociale qui leur confère une expertise : les professions dépendent ultimement du pouvoir de l'État à leur conférer une protection. Ce faisant, elle estime qu'une profession n'est pas uniquement une catégorie occupationnelle, mais que son existence est plutôt reliée aux problèmes qui touchent les « stratifications sociales » : l'auteure place les professions au niveau de la classe moyenne et moyenne-élevée à l'intérieur d'une société. Dans cette optique, la profession médicale représente en quelque sorte l'idéal-type de ce modèle. Cette vision des professions constitue en quelque sorte l'antithèse de la bureaucratie et, en ce sens, elles se sont développées de manière plus spontanée dans les pays anglo-saxons qu'en Europe, cette dernière ayant une structure plus bureaucratique et une plus grande centralisation gouvernementale.

Freidson (1986) s'attarde longuement sur les difficultés à définir des professions. Il estime que celles-ci s'éloignent certes des occupations, mais, à l'instar de Hughes (1958), il cherche surtout à comprendre le processus qui favorise leur professionnalisation à l'intérieur de l'organisation sociale du marché du travail. Il insiste également sur l'importance de comprendre l'émergence des professions selon un contexte historique et national déterminé, en s'attardant surtout aux pays anglo-saxons et à leur difficulté à définir ce concept compte tenu de l'apparition de nombreuses occupations au cours du développement de la classe moyenne dans un

marché caractérisé par une philosophie de *laisser-faire*. Contrairement à l'Europe, c'est le « mouvement » d'une occupation pour sa reconnaissance et sa protection à l'intérieur d'un marché qui prédomine, entre autres par le biais de l'*attachement*, la *loyauté* et la *compétitivité* de leurs membres, et moins leur appartenance à de prestigieuses institutions.

Mais il serait faux, aujourd'hui, de considérer les infirmières de la même manière que nous le faisons il y a quelques décennies. Les membres de ce groupe ont gagné en reconnaissance académique et légale, en plus de bénéficier d'une plus grande autonomie face aux médecins et de s'être positionnés dans des rôles décisionnels au sein des organisations de travail. En ce sens, Freidson (1986) souligne que le modèle wébérien des organisations rationnelles-légales s'oppose à l'autonomie et à la marge de manœuvre revendiquées par les professionnels dans l'accomplissement de leurs tâches, que ce modèle tend aujourd'hui à adopter une forme plus souple. Il est aujourd'hui important de considérer le fait que les infirmières, bien qu'elles ne correspondent pas pleinement à l'idéal-type professionnel et qu'elles travaillent au sein d'une division du travail hiérarchisée et dominée par les membres de la profession médicale, bénéficient tout de même d'une marge de manœuvre dans leurs tâches qui se définit entre autres par la notion de « discrétion » (Friedson, 1986, p. 169) caractéristique de l'exercice de leurs fonctions. Mais, répétons-le, cette dernière est influencée par la division du travail à l'intérieur de laquelle elles travaillent et, en plus, par le type de diagnostic et le traitement. Mais c'est tout de même cette « discrétion » qui modifie, par exemple, leur relation avec les gestionnaires, entre autres en ce qui a trait à l'allocation des ressources :

« Parce que la discrétion est intrinsèque à la performance de la tâche professionnelle, il est théoriquement plus facile pour un professionnel que pour un autre travailleur de (négocier avec succès) avec ce qu'il considère être des ressources inadéquates car davantage de flexibilité leur est possible que ceux dont la cadence

(de travail) est liée à une chaîne de montage » (Freidson, 1986, p. 169, traduction libre)¹⁰.

La profession en tant que système complexe

Abbott (1988) s'appuie sur les principaux concepts développés par les précédents auteurs pour développer sa réflexion sur les notions de « revendication » et de « juridiction » en plus d'approfondir les éléments qui gravitent autour de la « frontière » des professions. Selon lui, une profession contrôle des tâches et un savoir abstrait en vue d'assurer sa domination face aux revendications de territoires venant de l'extérieur de sa juridiction professionnelle; un contrôle de techniques et de connaissances abstraites permet entre autres à une profession de s'assurer un monopole dans une économie de marché. Selon l'auteur, les actes professionnels se définissent principalement par deux concepts clés : diagnostic et traitement. Or, les traitements sont surtout développés par un savoir académique qui se veut plus symbolique que pratique, servant alors à légitimer une pratique professionnelle. Il donne en exemple le fait que les découvertes médicales sont issues de recherches qui seront mises en pratique par les médecins et non les chercheurs, bien que le public ait tendance à associer ces deux groupes. Les connaissances abstraites d'une profession et l'efficacité de ses traitements sont deux dimensions qui influenceront sa crédibilité face à l'opinion publique. En fait, nous dit l'auteur, les connaissances doivent être suffisamment abstraites pour conserver leur *prestige* et les traitements suffisamment efficaces pour conserver la *confiance* du public. Selon l'auteur, la dimension de savoir académique et celle de frontières d'une pratique professionnelle se définissent dans un environnement particulièrement complexe et dynamique qui se caractérise par les éléments suivants :

¹⁰ « Because discretion is intrinsic to professional task performance, it can in theory be easier for professional than it is for other workers to cope with what is seen as inadequate resources because more flexible adaptation is possible for them than it is for those whose pace is tied to the speed of an assembly line » (Freidson, 1986, p.169).

- Les « assauts » d'une profession sur des frontières d'une autre profession (la chiropratique sur la médecine ou la psychiatrie sur le droit, par exemple);
- La clarté juridique d'une frontière professionnelle;
- Les forces « sociales » (démographie, technologie, politique, économie);
- La compétition entre les professions pour influencer l'opinion publique.

Comme nous venons de le voir, un système professionnel est influencé et mis en forme par le contexte historique, national et social d'une société. Des sources d'influences variées et diversifiées (démographie, politiques publiques, organisations de travail, etc.) favoriseront tantôt le contrôle d'une profession sur des connaissances et des techniques abstraites, tantôt un déplacement relatif de ce pouvoir au profit d'autres occupations « licenciées » qui revendiqueront un « mandat du public », reconnu légalement, pour leur offrir un service. Mais il apparaît également important de saisir d'autres éléments qui influencent de nos jours cette sociologie des professions.

Lamothe (1996) a cherché à comprendre le fonctionnement de la structure professionnelle clinique d'un hôpital de soins ultraspecialisés, et comment elle s'articule avec le système administratif. Pour ce faire, elle s'est plus spécifiquement intéressée à deux dimensions : 1) interrelations et divers mécanismes de coordination utilisés par les professionnels dans l'exécution de leurs tâches et 2) fonctionnement du système administratif et ses liens avec le centre opérationnel. La lecture de sa thèse nous permet de mieux comprendre l'évolution de la sociologie des professions depuis les écrits majeurs précédents. Elle illustre de quelles façons plusieurs professionnels redéfinissent leurs domaines de juridiction tout en développant une « pratique d'ensemble ». Cette analyse s'avère éclairante à la lumière des transformations organisationnelles des dernières années et de leurs impacts sur les professions.

En se référant à un certain nombre d'auteurs¹¹ qui ont étudié l'évolution des professions au cours des dernières décennies, Lamothe (1996) se questionne à savoir si les conditions sociales actuelles favorisent toujours le maintien des mécanismes élaborés par les institutions d'enseignement et les associations professionnelles. L'auteure précise les axes qui influencent la relation professionnel-client : le *professionnalisme*, les *choix du client* et l'*État*. Dans les trois cas, nous assistons, dit-elle, à une pression sur les systèmes professionnels traditionnels. Chacun des axes met en effet en valeur les éléments suivants : 1) les spécialisations affaiblissent l'homogénéité professionnelle, qui se répercute par une efficacité de contrôle moindre de la profession, 2) les clients mieux informés exercent une pression sur l'autonomie professionnelle et 3) les orientations étatiques contrôlent davantage les professions, entre autres, dans leurs choix technologiques ou sur les questions d'ordre éthique. Sur ce dernier point, précisons également que la place de plus en plus grande que prennent maintenant les gestionnaires renforce leur position face au pouvoir des professionnels, surtout en raison du rôle que leur confie l'État dans une perspective de restrictions budgétaires.

Bien que ce ne soit pas le but de l'auteure, cette dernière idée peut être mis en lien avec le propos de Dubar (1996a) à l'effet que l'intérêt des dirigeants est de réduire l'autonomie et le pouvoir des professionnels alors que ces derniers ont plutôt comme objectif de s'organiser et de défendre leurs positions. C'est d'ailleurs dans cette optique qu'il analyse la notion de compétence comme un rapport de forces au service de l'entreprise afin de déqualifier les salariés. Selon lui, la seule façon de définir empiriquement les identités professionnelles et sociales de ces derniers est de considérer les positions occupées par les individus à l'intérieur du « procès du travail et de leur appartenance de classe, c'est-à-dire leur position dans les rapports sociaux de production » (Dubar, 1996a, p. 162).

Conclusion

¹¹ Et plus particulièrement à Johnson (1972).

Nous avons vu comment les systèmes professionnels se sont historiquement construits à l'intérieur d'influences de la part de l'environnement qui prend des formes diverses. Depuis les années 90, un contexte de restrictions budgétaires donne davantage de pouvoir administratif sur le centre opérationnel constitué de professionnels. C'est dans ce contexte qu'une remise en question s'affiche à l'endroit des « mécanismes » élaborés par les associations professionnelles et les établissements d'enseignement (Lamothe, 1996).

Les piliers intellectuels en matière de sociologie des professions nous invitent à bien comprendre la manière dont les *attaques* et l'*insistance* de certains groupes influencent, à travers le temps, les notions de licence et mandat. La pensée de Abbott (1988) s'avère alors d'une grande pertinence en vue de saisir les multiples éléments en jeu non seulement à l'intérieur des frontières professionnelles, en particulier le contrôle des tâches et du savoir abstrait, surtout en matière de diagnostic et de traitement, mais aussi à l'extérieur, en particulier les « forces sociales » que nous avons déjà identifiées (démographie, politique, économie, technologie). S'il y avait un point à retenir en ce qui concerne l'évolution de la sociologie des professions, celui de l'influence d'un environnement complexe et dynamique sur les frontières professionnelles serait sans contredit le plus important.

Loin de remettre en question le « statut » social des professionnels et la division hiérarchique du travail, surtout dans la domaine hospitalier, avec la médecine comme « idéal type », il reste néanmoins que leur pouvoir de « sanctions sociales » (Hugues, 1958) n'a plus la même portée qu'autrefois. C'est ainsi que la nuance théorique que Mintzberg (1982) apporte à la pensée de Etzioni (1964) en ce qui concerne le lien entre le pouvoir administratif et celui professionnel est d'une grande pertinence, surtout dans un contexte de restrictions budgétaires et de problématiques complexes et dynamiques. Dans l'environnement actuel, le piège en matière de gestion d'une organisation de professionnels de la santé serait de mettre en place des formes de contrôle propres à la bureaucratie mécaniste qui ne tiendraient pas compte des capacités de communication et de coordination entre les professionnels. Cette

dernière tendance a le mérite de valoriser le concept de « discrétion » (Freidson, 1986) propre à l'activité professionnelle, dont celle des infirmières, et constitue une voie qui apparaît prometteuse afin de répondre à l'environnement et aux problématiques complexes et dynamiques actuelles. Tous ces éléments s'inscrivent dans un contexte de changements qui influencent considérablement les interactions professionnelles, et plus particulièrement les approches de gestion qui tendent à privilégier l'interdisciplinarité, le client, le partenariat ou encore le milieu de vie.

Enfin, ces dernières considérations évitent finalement de ne pas suffisamment distinguer l'organisation hiérarchique industrielle de l'organisation professionnelle, et particulièrement l'offre de service spécifique que nous retrouvons chez cette dernière, et qui fait appel à des « compétences relationnelles » (Gadrey, 1996). Elles permettent également de faire la nécessaire nuance entre une sociologie traditionnelle française, prise dans un contexte historique et social qui lui est propre et les caractéristiques sociétales québécoises, en particulier la plus grande souplesse de son cadre législatif.

1.3 Sociologie de l'action organisée de Michel Crozier

Plusieurs « niveaux » d'analyse en interrelation s'offrent à nous dans le but de comprendre l'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique en transformation, dont les infirmières d'expérience constituent l'objet de recherche privilégié. Depuis les années 90, diverses recherches s'intéressent plus spécifiquement à leur détresse psychologique, leur santé et sécurité au travail ou encore des pratiques de gestion en matière de rétention au travail. En ce qui me concerne, le phénomène sera analysé sous l'angle d'une analyse organisationnelle qui tient compte de la stratégie des acteurs à travers leurs activités professionnelles ET en rapport avec le cadre bureaucratique en transformation. Selon un point de vue épistémologique, l'environnement socialise les individus tout en étant également construit par eux (Berger et Luckmann, 1986). Nous mettrons de l'avant dans ce chapitre le fait que les organisations qui dispensent des soins de santé et des services sociaux sont également

composées d'acteurs dont les habiletés et savoirs se sont principalement développés à l'extérieur de celles-ci, en particulier par des établissements qui enseignent, et produisent, des savoirs abstraits associés aux professions. Ces acteurs ne vivent pas dans un vase clos organisationnel –une « institution totalitaire » (Goffman, 1968) - mais plutôt dans un monde complexe, dynamique et diversifié soumis à de multiples influences.

Nous avons aussi considéré, jusqu'à présent, l'influence de l'environnement complexe et dynamique sur l'activité professionnelle et le cadre bureaucratique en soulignant le rapport entre le pouvoir administratif et professionnel, notamment dans un contexte de restrictions budgétaires. L'activité professionnelle se manifeste par des caractéristiques à la fois internes et externes à ses poreuses frontières, et elle est influencée par plusieurs éléments, dont les « forces sociales » en jeu à une époque donnée. Les notions abordées soutiennent que le contexte de changements actuel influence les interactions professionnelles au sein d'un cadre bureaucratique en transformation.

Cette section s'intéresse plus précisément à l'analyse organisationnelle telle que définie par le sociologue Michel Crozier. Ce fondateur de la sociologie des organisations en France (Crozier, 1963) a élargi sa démarche à l'ensemble des systèmes d'action concrets, en collaboration avec Erhard Friedberg. Cet horizon permet de prendre en compte des clés de compréhension nécessaires à l'approfondissement de notre problématique, car elles mettent en valeur le jeu des acteurs dans le but de contrôler des zones d'incertitude nécessaires à leur pouvoir au sein des organisations. Ces clés se veulent pertinentes et utiles car conçues en vue d'analyser du matériel empirique.

Nous avons vu plus tôt que le « cœur des problèmes » dans le secteur de la santé réside dans l'absence d'une « culture commune », selon Henry Mintzberg. Ce dernier soutient que les différents acteurs n'interpréteront pas de la même façon les transformations en cours et feront preuve de « rivalités dans le choix des projets, des

approches et pour la répartition des budgets » (Tremblay, 2007a). À mon avis, ce propos s'inscrit bien dans un cadre d'analyse crozierien car il prend en compte les « jeux » et le « pouvoir » visant à contrôler les incertitudes, les contraintes de l'environnement. Il ne s'éloigne pas non plus des éléments conceptuels que nous avons développés à la section précédente, notamment le fait qu'une pratique professionnelle se caractérise par la compétition entre les professions pour influencer l'opinion publique ou des « assauts » d'une profession sur les frontières d'une autre (Abbott, 1988).

Déconstruction et reconstruction de l'organisation

À partir de Friedberg (1997), le Tableau 2 est une synthèse de trois perspectives en sociologie des organisations, qui comprend la théorie des systèmes d'action concrets issue de l'analyse organisationnelle :

Tableau 2 : Passage des théories classiques de l'organisation à celle de l'action organisée, selon Friedberg (1997, p. 43-113)

Théorie classique des organisations	Mouvement des relations humaines	Théorie des systèmes d'action concrets
<ul style="list-style-type: none"> • Taylor (anglo-saxon) et Fayol (France) • <i>Homo economicus</i> • Modèle classique de la rationalité • Frontières claires entre l'intérieur et l'extérieur de l'organisation • Organisation formalisée 	<ul style="list-style-type: none"> • Mouvement des relations humaines suite aux travaux de Hawthorne (1939) : rationalité limitée (H. Simon) • Résultats dysfonctionnels produits par les sentiments et l'efficacité recherchée • De l'« homme social » au « profil psychologique » (adapter l'individu à l'organisation, Pyramide des besoins de Maslow) et à l'approche psychologique (adapter l'organisation à l'individu, Enriquez, Pagès) • Échantillons d'organisations comme sujet d'étude (« Contingence structurelle », Burns et Stalker) 	<ul style="list-style-type: none"> • La rationalité limitée et contingente des acteurs • Lien entre les structures formelles de l'organisation et ses structures informelles • « Endogénéisation des structures et des buts » par les acteurs • Liens entre l'organisation et les caractéristiques de l'environnement : stratégie et choix politique (réduire dépendance); notion de relais • Systèmes d'action concrets

Considérer le lien entre la structure formelle de l'organisation de travail et la dynamique informelle qui entre en jeu est un élément essentiel de l'approche organisationnelle. Trop de recherches au cours du dernier siècle, écrit Friedberg (1997), se sont cantonnées dans l'une ou l'autre de ces perspectives. Selon cette sociologie de l'action organisée, tant la « contingence structurelle » que le

« psychologisme organisationnel » n'arrivent pas à dépasser la dichotomie qui les oppose et occultent le fait que l'interdépendance des acteurs au cours de leurs « jeux » s'inscrit toujours à l'intérieur de règles et de pouvoir : les jeux créent et transforment les règles. Les acteurs ont besoin de règles; tantôt elles leur servent à se protéger contre l'arbitraire et l'incertitude, tantôt à négocier et marchander en fonction de leurs intérêts :

« L'organisation s'est désincarnée, elle n'est maintenant rien d'autres qu'un contexte d'action dans lequel se nouent et se gèrent des rapports de coopération, d'échanges et de conflits entre des acteurs aux intérêts divergents » (Friedberg, 1997, p. 77).

Par conséquent, explorer le croisement entre la structure formelle d'une organisation et la dynamique informelle qui y a cours nécessite de s'attarder aux « jeux » qui s'opèrent dans le cadre des relations d'interdépendance entre les acteurs.

Les concepts clés de l'analyse organisationnelle

Il apparaît important de rappeler les concepts clés de l'analyse organisationnelle. En premier lieu, il est essentiel de saisir celui de zones d'incertitudes, qui sont définies au nombre de quatre (Friedberg, 1988) :

1. Savoir/savoir faire ou « pouvoir de l'expert » : capacité de résolution de problèmes et de monnayer les bonnes volontés, dosage spécialisation/polyvalence;
2. Rapport à l'environnement ou « pouvoir du portier » : capital de relations;
3. Flux de communication ou « pouvoir de l'aiguilleur » : façon de transmettre l'information, absence de neutralité dans l'information ou court-circuitage de la ligne hiérarchique;
4. Utilisation de la règle ou « pouvoir de la hiérarchie » : refuge derrière la règle devant l'arbitraire du supérieur, négociation/chantage.

En second lieu, l'analyse organisationnelle tient compte du système social à l'intérieur des organisations. Plus précisément, elle considère la marge de manœuvre que possèdent tous les acteurs, à différents niveaux. Cette marge de liberté se caractérise, entre autres, par le « marchandage » qui s'opère entre eux. Ces « jeux » de négociations entre les acteurs, qui visent à contrôler des zones d'incertitude, s'inscrivent dans des « relations d'interdépendance ». Un exemple bien connu porte sur l'expert (réparation de machines) qui fonde son pouvoir sur sa capacité de résoudre les problèmes.

En troisième lieu, la notion de relais. Ces derniers se manifestent à divers groupes sociaux et servent principalement de courroie de transmission entre l'organisation et l'environnement. Ces relais ont, par exemple, une fonction d'« *inputs* dans l'environnement », et plus particulièrement lorsqu'une organisation veut y placer un nouveau produit (*output*). L'objectif de cette fonction est de contrôler l'environnement, le « stabiliser », le « personnaliser ». Toutefois, comme nous l'avons vu précédemment avec Mintzberg, un environnement complexe et dynamique rend plus difficile son contrôle. En ce qui concerne la présente thèse, cette complexité se manifeste à travers des services publics qui doivent répondre à de nombreuses problématiques spécifiques.

Un dernier concept clé est la contingence. Selon l'analyse organisationnelle, les acteurs de l'organisation feront le choix d'intégrer ou non à leurs comportements les différentes contraintes perçues et analysées dans l'environnement :

« Au lieu de s'interroger sur une organisation soumise aux influences de son environnement, il faut d'emblée chercher à comprendre les mécanismes de régulation qui gouvernent l'ensemble du système organisation/environnement et qui conditionnent les réponses que les membres de l'organisation comme des acteurs de l'environnement peuvent apporter aux contraintes et aux opportunités qu'ils perçoivent dans leur contexte commun d'action » (Friedberg, 1997, p. 103).

Les réponses des acteurs face à ces contraintes et opportunités varieront selon les renseignements qu'ils détiendront, selon leurs *dispositions* (caractéristiques des individus, leur histoire personnelle) et leur *position* (place occupée) dans l'organisation.

En somme, nous dit l'analyse organisationnelle, nous retrouvons à l'intérieur de chaque cadre organisationnel formel « des hommes libres et rationnels qui poursuivent, individuellement ou en groupe, des intérêts et des objectifs propres » (Friedberg, 1997).

L'interdépendance des acteurs dans l'action organisée

Des percées issues de la découverte de Herbert Simon en ce qui concerne la « rationalité limitée », l'analyse des dynamiques de l'action organisée s'intéresse surtout à comprendre les « conditions organisationnelles et sociales de la prise de décision des acteurs » (Friedberg, 1997, p. 57), sans toutefois glisser dans les approches psychologisantes. Comme le rappelle l'auteur, la jonction entre la structure formelle et la dynamique informelle de l'organisation nécessite non pas de s'attarder exclusivement aux sentiments des individus, mais plutôt à leurs rapports d'interdépendance.

Cette perspective s'avère pertinente pour notre objet de recherche car elle permet de dépasser la dynamique informelle propre à l'activité professionnelle, la « discrétion » écrivait peut-être Eliot Freidson, et la structure formelle caractérisée par le cadre bureaucratique en transformation dans le but de développer une analyse qui tiendra compte de leur interdépendance et ce, à travers des jeux d'acteurs influencés par des contraintes de l'environnement dont ils souhaitent tirer un pouvoir par le biais d'un contrôle des zones d'incertitude.

Conclusion

La sociologie de l'action organisée permet d'acquérir des clés nécessaires à la compréhension de l'interdépendance des professionnels. Les « rivalités » entre acteurs sont influencées par les contraintes de l'environnement; ce qui les amène à vouloir contrôler les zones d'incertitude. Le pouvoir ainsi recherché se manifeste de différentes manières à travers les « jeux » et la quête de pouvoir est influencée par les dispositions et la position des individus au sein de l'organisation. Cette « rationalité » se définit alors comme « contingente », c'est à dire que les acteurs font le choix d'intégrer ou non à leurs comportements les contraintes perçus de l'environnement, et ce, à des moments donnés. Le pouvoir est aussi caractérisé par la marge de manœuvre relative à partir de laquelle des négociations et du marchandage s'opèrent entre les personnes. Cette perspective sociologique dépasse ainsi l'unique analyse de la structure formelle de l'organisation de travail ou encore de la dynamique informelle.

Conclusion

La remise en question actuelle de l'État-providence se manifeste par une idéologie néolibérale qui s'attaque particulièrement aux inefficacités qui caractérisent les bureaucraties publiques de type hiérarchique-wébérien. En guise de réponse, cette idéologie propose la création de « marchés ou quasi-marchés » (Merrien, 1999) qui transforment non seulement le cadre bureaucratique dans lequel s'inscrit l'activité professionnelle, mais aussi la trajectoire de cessation de cette activité, qui prend des formes hétérogènes, selon la composition des ménages. Ces changements révèlent plusieurs paradoxes. Les infirmières vieillissantes constituent un angle d'analyse privilégié compte tenu qu'elles sont les représentantes à la fois de la mise en place de l'État-providence, à partir des années soixante-dix, mais aussi de sa métamorphose actuelle, ce qui constitue un objet de recherche de choix pour l'étude de l'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique en transformation. Également, elles sont les représentantes tant des revendications féministes contre la domination qu'elles subissaient, notamment en matière de condition de travail (Petitat, 1989), que de celles pour la création d'un État-providence incarné par des institutions qui visaient à

répondre aux iniquités, notamment celles produites par le marché privé (Laville, 2005).

Le cadre d'analyse de cette thèse est structuré en trois niveaux. À un niveau bureaucratique, nous mettons en valeur les configurations organisationnelles de Henry Mintzberg dans le but de mieux comprendre l'univers de travail en transformation dans lequel se déroule l'activité professionnelle en matière de santé. Bien que l'organisation des soins qui convient le plus à cette dernière soit sans contredit la Bureaucratie Professionnelle, certains sous-secteurs du vaste secteur de la santé et des services sociaux présentent néanmoins une centralisation et une division du travail verticale qui s'apparentent à la Bureaucratie Mécaniste, surtout en ce qui concerne les postes de travail qui nécessitent un niveau moindre de formation. Cette tendance tend à se manifester plus particulièrement dans un contexte de restrictions budgétaires et favorise un plus grand pouvoir administratif sur l'ensemble des professionnels, ce qui ne peut que reproduire des problèmes bureaucratiques largement documentés. Une organisation de soins innovatrice, quant à elle, mise plutôt sur un décloisonnement des cultures et du pouvoir professionnel dans le but de mieux adapter les services publics aux problématiques de la population. Ce parti pris pour une décentralisation verticale et un mécanisme de coordination horizontale du travail présente l'avantage de réduire les coûts humains associés aux « bureaupathologies » que nous retrouvons chez le personnel soignant.

Deuxièmement, le cadre d'analyse s'appuie sur la sociologie et les systèmes des professions afin d'approfondir les notions associées à l'univers professionnel telles que le pouvoir, la culture, l'autorité ou l'activité professionnelle. Cette démarche prend en compte l'impact des changements des dernières décennies sur les ouvrages classiques en la matière, et particulièrement la relation entre l'autorité administrative et professionnelle dans un contexte de restrictions budgétaires. Il est facile de concevoir les obstacles que peuvent rencontrer les tenants d'un renouveau de la social-démocratie à travers les « attaques » ou l'« insistance » (Abbott, 1988) de groupes professionnels ou occupationnels sur des frontières professionnelles dans le

but de contrôler des tâches, un savoir abstrait ou de gagner la confiance du public. Les phénomènes dynamiques qui se manifestent autour de ces frontières sont alimentés par les mêmes « forces sociales » qui caractérisent l'environnement en transformation auquel cette thèse se réfère pour étudier l'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique en transformation. Le mode de gestion proposé précédemment vise à confier à l'autorité administrative non pas un mandat de contrôle des professionnels, mais plutôt celui de favoriser la communication entre eux dans le but de promouvoir leurs propres capacités de coordination des services. Aborder ce mode gestion signifie toutefois de repenser également la question de l'autorité professionnelle vers la création d'un objectif commun interdisciplinaire et partenarial, ce qui nécessite de questionner les traditionnelles rivalités professionnelles et les jeux de « pouvoir ».

Finalement, selon la perspective crozierienne, l'organisation de services de santé est influencée par un environnement complexe et dynamique qui met en évidence les relations de rivalités entre les acteurs, y compris les infirmières vieillissantes. La complexité de l'environnement dans lequel se transforme les services de soins aux personnes en perte d'autonomie rend difficile son contrôle et nécessite de nuancer la notion de « relais » (*input/output*) associée à l'analyse organisationnelle. Ainsi, la sociologie de l'action organisée vise à dépasser la dichotomie d'une analyse qui tient uniquement compte de la structure formelle d'une organisation ou encore de sa dynamique informelle. Au contraire, ici, ce dépassement vise à mettre en lumière l'interdépendance des acteurs à travers un système social où le « jeu » sera influencé par les contraintes de l'environnement et où les acteurs veulent contrôler les zones d'incertitude.

Le pouvoir, en vue de contrôler ces dernières, se manifeste de quatre manières (expert, portier, aiguilleur et hiérarchique). Ainsi, chaque acteur possède une marge de manœuvre plus ou moins grande à partir de laquelle des négociations et du marchandage vont s'opérer. Mais, c'est aussi à partir du concept de « contingence » que nous comprenons que les acteurs intégreront différemment, voir pas du tout, les

contraintes perçues à leurs comportements. Soulignons que ce mécanisme est particulièrement important dans le cadre de notre objet d'étude, car les membres du personnel soignant d'expérience ont déjà perçu, à des degrés variables, d'autres contraintes à partir desquelles ils ont modifié, ou non, leurs comportements. Michel Crozier nous rappelle que les histoires personnelles, entre autres choses, influencent la disposition des individus dans leur réponse aux contraintes ou aux opportunités perçues. Leur position dans l'organisation agira aussi sur cette réponse.

2. LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SOINS

2.1 Histoire et évolution des politiques de santé et d'hébergement

Prendre en compte l'histoire et l'évolution des politiques de santé permet de situer des sources d'influence marquantes tant sur l'activité professionnelle que sur le cadre bureaucratique dans lequel elle s'opère. De plus, celles-ci prendront forme en regard à un contexte politique et socio-économique propre à une époque donnée. Le but de ce chapitre n'est pas d'étudier l'impact de ces politiques en matière de santé sur l'activité professionnelle et le cadre bureaucratique à travers l'histoire, mais bien de situer globalement cette histoire et évolution pour mieux comprendre l'émergence des politiques des dix dernières années et leur impact sur l'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique en transformation.

Le contexte actuel est également marqué par des transformations démographiques majeures qui s'illustrent, à l'instar d'autres champs professionnels, par une main-d'œuvre infirmière dont la pyramide des âges est marquée par le vieillissement. Cette préoccupation est aussi prise en compte dans l'élaboration des politiques de santé et d'hébergement; nous y reviendrons dans les prochains chapitres. Avant d'aborder plus en avant leur influence sur la nouvelle philosophie de services qui s'en dégage, et comment elle affecte la profession infirmière, il apparaît donc essentiel de mieux comprendre les politiques à partir desquelles ces changements prennent forme.

Pour ce faire, nous procéderons en trois temps. En premier lieu, nous préciserons le contexte historique et évolutif de ces politiques sous l'angle de l'État-providence en transformation. En second lieu, nous retracerons les repères historiques et évolutifs marquants en matière de politiques de santé et d'hébergement depuis la fin des années soixante. Cette période coïncide avec l'arrivée massive des premiers représentants des baby-boomers sur le marché du travail et le développement de l'État-providence et de ses bureaucraties publiques, dont le système de santé et des

services sociaux. Finalement, nous expliciterons plus longuement les orientations actuelles en matière de santé et de services sociaux. Cette dernière section couvrira principalement trois sources de matériel : Commission et Comité d'étude sur les services de santé et les services sociaux, gouvernance et éléments d'analyse critiques quant à ces changements, et spécifiquement sur la notion de compétence.

2.1.1 L'empreinte de l'État-providence

Mettre en évidence le contexte et les caractéristiques historiques associés au développement de l'État-providence nous permettra de discerner le contraste avec la situation qui prévaut actuellement entre le secteur public et privé dans le domaine de la santé au Québec. Bien que Laville (2005) adopte principalement un point de vue français, il reste tout de même que son analyse sur le contexte d'émergence de l'État-providence trouve écho à la situation québécoise. Il rappelle en effet que la place prédominante de l'État au sein de la société s'inscrit comme une réponse aux revendications de la population contre les « injustices » (Laville, 2005, p. 53) produites par la révolution industrielle. Il estime que les nouvelles normes ainsi mises en place l'ont notamment été durant la « montée » de cet État-providence. Il s'en est suivi, écrit-il, un cloisonnement entre le secteur public et privé. Cette frontière s'est illustrée par le début de l'institutionnalisation, voilà quatre décennies, d'une place importante de l'État qui s'est manifestée, nous dit l'auteur, par une mise en forme claire de solidarités et de protections sociales. La distance qui s'est ainsi opérée visait à ce que l'État se distingue d'un secteur privé associé au marché. Garder en tête cette perspective m'apparaît primordial pour bien prendre la mesure des changements en cours en matière des politiques de santé et d'hébergement depuis le milieu des années 90, et particulièrement l'émergence des agences privées de placement de personnel à titre d'acteurs prestataires de services.

À titre d'exemple, l'assistance aux « nécessiteux de 70 ans et plus » durant la première moitié du XXe siècle- car l'existence sociale des personnes âgées en tant que groupe spécifique n'existe pas à cet époque – était basée sur la famille et la

bienfaisance privée, surtout les communautés religieuses, l'intervention de l'État se résumant alors à un cadre législatif (*Loi sur l'assistance publique*) (Charpentier, 2001, p. 10-11).

Giddens (2002) estime que les tensions actuelles entre l'État-providence et le marché privé trouvent leurs origines dans une sociale démocratie dite « traditionnelle » et une idéologie néolibérale. Cette dernière propose une remise en question de l'État-providence « grand et fort » par le biais du marché privé. Nous approfondirons cette tension dans ce chapitre.

Selon Bégin, Bergeron, Forest et Lemieux (1999), le modèle qui s'est développé durant les années soixante-dix porte le sceau d'une réforme, celle de Castonguay-Nepveu, qui est aujourd'hui fortement remise en question, voire « désuète », et plus spécifiquement sa « régulation hiérarchique » (Bégin *et al.*, 1999, p. 360). Ce collectif d'auteurs souligne que les changements proposés au système et mode d'organisation des services de santé du Québec suivent essentiellement des orientations similaires à celles identifiées par les grandes organisations internationales telles que l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ou l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les objectifs souhaités par ces changements débouchent sur certains enjeux possibles dont l'influence du contexte socio-économique et des orientations politiques seront marquantes. Trois des cinq enjeux identifiés par ces auteurs méritent d'être soulignés en regard à l'objet de la présente thèse :

- 1) les risques encourus face à la rapidité avec laquelle les changements seront effectués sur la « confiance de la population et la démobilisation des professionnels » (Bégin *et al.*, 1999, p. 361);
- 2) les considérations à apporter aux groupes professionnels vus comme des acteurs à part entière;
- 3) l'influence économique, scientifique et culturelle des États-Unis sur les valeurs de notre système de santé.

Repères historiques et évolutifs depuis la fin des années 60 : un brouillage des frontières

Merrien (1999) jette un éclairage critique sur la Nouvelle gestion publique (NGP) qui bouscule le modèle établi au début des années 70. Son article se concentre moins à décrire ce concept qu'à remonter à ses origines et à montrer ses limites. Il vise en quelque sorte à briser le mythe que représente ce paradigme sur lequel s'appuient l'ensemble des pays occidentaux dans leur gestion publique. L'auteur souscrit à la pensée selon laquelle cette NGP s'inscrit dans une profonde remise en question de l'État-Providence et s'appuie sur une idéologie néolibérale qui serait apparue tôt durant les années 70, et dont les années Thatcher et Reagan ont permis l'expansion, surtout dans les sociétés anglo-saxonnes.

En ce qui concerne plus précisément l'histoire et l'évolution des politiques de santé et d'hébergement au Québec, la thèse de doctorat de Charpentier (2001) s'avère très éclairante pour comprendre l'articulation de la tension qui se manifeste entre le « tout État/public » et le « tout marché/privé ». Sa recherche s'intéresse aux personnes âgées vulnérables, et plus précisément aux résidences privées. L'auteure met en évidence l'opposition de deux visions paradigmatiques : l'État-providence et le libre marché.

Le portrait que dresse Charpentier (2001) de l'hébergement des personnes âgées montre un domaine complexe et hétérogène. Les découpage qu'elle fait de son évolution en trois périodes – avant 1940, 1940-1980 et 1980-2000 – indique que cette complexité s'est surtout accentuée au cours de la dernière période, et plus précisément à la suite des coupures budgétaires qui ont marqué la décennie 80, suivie des restrictions budgétaires des années 90, dont la réforme Côté, et avant elle la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Rapport Rochon), mais aussi la quête vers le « déficit zéro » du gouvernement Bouchard.

En matière de relations fédérales-provinciales, et plus largement de Constitution, il est opportun de rappeler que des réductions des transferts du gouvernement fédéral, lui même inscrit dans cette logique de réduction de dépenses, aux provinces se traduisent chez ces dernières par des problèmes dans leur offre de services de santé :

« On l'a vu au Canada quand Paul Martin était ministre des Finances. Il a réduit de plusieurs milliards les transferts aux provinces pour équilibrer le budget fédéral. Quelques années plus tard, des problèmes énormes sont apparus dans les systèmes de santé de toutes les provinces (Tremblay, 2007a).

À cet égard, la littérature met surtout en évidence que les outils utilisés par les pouvoirs publics dans le cadre de ces transformations se caractérisent principalement, dans le secteur public, par un processus de décision *top down*, notamment le rapide *downsizing* des effectifs (Champagne, 2000), sans implication des exécutants, qui est influencé par des impératifs économiques visant avant tout un équilibre budgétaire. Dans un premier temps, des fusions ou intégrations d'établissements de santé publics sont une voie amplement développée pour répondre aux objectifs de compressions budgétaires. Bien que ces transformations soient imposées en amont par les décideurs publics, elles s'accompagnent toutefois, dans un deuxième temps, d'une décentralisation accrue des pouvoirs décisionnels reliés à l'allocation des budgets par les instances régionales qui sont en lien, elles, avec les établissements. De nouveaux partenariats entre des directions d'établissements sont également mis de l'avant, sous forme entre autres d'alliances en vue de l'octroi de ressources financières (Denis, 2002; Giaouque, 2004).

Les travaux de Charpentier (2001) remettent en question le mythe selon lequel, en matière d'hébergement de personnes âgées, le secteur privé est principalement constitué d'une clientèle aisée financièrement tandis que le secteur public, lui, draine une population moins nantie. Au contraire, elle affirme que « c'est à l'intérieur du secteur privé que se développe un système à deux vitesses! » (Charpentier, 2001, p. 186). Nous y retrouvons des milieux médiocres, qui sont dénoncés en raison des

mauvais traitements qui y sévissent, jusqu'aux milieux haut de gamme, coûteux, qui offrent une panoplie de services à la carte. L'auteure postule que c'est le manque de lits disponibles dans l'ensemble de la société, peu importe le type d'établissements, dont ceux qui sont publics, qui favorise le développement de ressources d'hébergement dans le secteur privé.

Il apparaît important de suivre la démarche de Charpentier (2001) dans le but de creuser davantage la complexité du type de ressources d'hébergement que nous retrouvons au Québec. Au sein des Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), plusieurs sont entièrement financés par le secteur public, ce sont des CHSLD publics. Il existe aussi des CHSLD privés; ces derniers sont de deux types : conventionnés ou non conventionnés.

Tandis que les mêmes critères d'admission et de coûts d'hébergement s'appliquent entre les CHSLD publics et CHSLD privés conventionnés (Association des établissements privés conventionnés, 2010), ceux qui sont privés non conventionnés ne reçoivent pas de subventions du Ministère de la santé et des services sociaux. Chez ces derniers, des places sont achetées par des Agences; les coûts d'hébergement et de services sont alors fixés par les propriétaires qui sont aussi responsables des admissions (CSSS Pierre-Boucher, 2010).

Dans le secteur privé, nous retrouvons aussi deux types de ressources qui sont offertes aux personnes qui ne peuvent résider à leur domicile, mais qui ne répondent pas aux critères d'admissibilité des CHSLD : les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF). Ces dernières sont des résidences familiales dont le nombre maximum de résidants est fixé à neuf (CSSS Drummond, 2010). Les ressources intermédiaires, quant à elles, se présentent sous quatre formes : appartement supervisé, maison de chambre, maison d'accueil et résidence de groupe. Les coûts d'hébergement sont fixés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ, 2010).

Tous ces milieux sont soumis à la *Loi sur les services de santé et services sociaux*. Selon les données recueillies par Charpentier (2001), et qui datent maintenant de 15 ans (1995), ces quatre types de ressources offrent 52 653 places, dont 7 sur 10 sont disponibles dans les établissements publics (CHSLD et unités de soins de longue durée que nous retrouvons dans les hôpitaux). Uniquement en CHSLD (publics ou privés conventionnés), la base de données du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (STATÉVO, version août 2010) indique que le nombre de lits pour l'hébergement et les soins de longue durée dans les établissements publics et privés conventionnés du réseau sociosanitaire québécois était de 40 181 en 2009.

Toutefois, il est stupéfiant d'apprendre que la société québécoise compte 80 000 places en résidences privées¹² supplémentaires, qui se caractérisent par une gamme diversifiée de ressources, allant de médiocre à haut de gamme. C'est donc dire que la part des places disponibles uniquement dans le secteur public passe alors, globalement, de 70% à moins de 30%, soit un peu plus de 36 000 places sur un total de plus de 120 000.

Mais considérer uniquement les places d'hébergement ferait fi d'une composante qui y est intimement associée, et qui constitue le cœur de notre propre thèse : les activités professionnelles. Charpentier (2001) ne s'y attarde pas précisément, là n'est pas l'objet de sa recherche, mais aborde néanmoins la question de la qualité des soins qui sont dispensés dans tous les types de ressources, qu'elles soient publiques ou privées. À la lumière des données qu'elle a recueillies, elle écrit ce qui suit : « Il s'avère difficile quant à nous de porter un jugement global sur la qualité du réseau privé compte tenu de l'importante disparité entre les ressources » (p. 183). Plus loin, elle rajoute que « (...) les résidences privées « problématiques » qui n'offrent pas une qualité de vie décente sont marginales; la majorité faisant bien ou très selon le cadre d'analyse » (p. 193).

¹² Charpentier (2001) se réfère à Vaillancourt et Jetté (1997). En se basant sur le registre des ressources avec services pour personnes âgées (RASPA), compilé par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2004) en arrive à la même conclusion sept ans plus tard: 80 000 personnes étaient hébergées dans quelques 2400 résidences privées en 2004.

Il m'apparaissait important de mettre en évidence ce portrait que dresse de façon détaillée l'auteure pour mieux comprendre le contexte actuel. En matière d'hébergement, elle met surtout en valeur que la « poussée du secteur marchand » des années 80 n'a pas donné lieu, tel qu'annoncé dans le cadre des différentes réformes, à une augmentation du nombre de lits pour les personnes âgées, ce qu'elle associe à un « immobilisme » de la part d'un État qui se désengage dorénavant des services publics, mais sans que l'on puisse affirmer que la qualité des soins est pour autant entachée.

Mais une chose est certaine, cette libre concurrence du marché en matière d'hébergement aux personnes âgées de la part du gouvernement bat en brèche l'État-Providence issu des Trente-Glorieuses. Ce laisser-faire favorise par conséquent l'expansion des résidences privées en marge d'un secteur public qui n'a pas accru le nombre de places pour accueillir les personnes âgées nécessitant un milieu d'hébergement. Selon Charpentier (2001), il s'ensuit que ces dernières se tournent alors, par défaut, vers des résidences privées, et ce, en fonction de leurs moyens financiers, ce qui met en évidence, nonobstant ce qui a été mentionné précédemment, l'impact des inégalités économiques sur la qualité des services qu'elles recevront, surtout pour celles qui ne bénéficient que des prestations gouvernementales de base, soit principalement des femmes très âgées, peu au fait de leurs droits, et fortement socialisées à être « silencieuses ». En avril 2004, on comptait 80 000 personnes hébergées dans les quelque 2 400 résidences d'hébergement privées.

Or, l'État-Providence avait justement été mis en place en réponse aux injustices, notamment celles vécues par les personnes âgées vulnérables en matière d'hébergement; l'ancêtre des CHSLD, les centres d'accueil, en est une parfaite illustration. Le mouvement d'institutionnalisation dans lequel s'est inscrit cette place de l'État remettait précisément en question l'idéologie libérale génératrice d'iniquités. C'est durant cette ère, nous dit Charpentier (2001), qui rejoint ainsi la pensée de Laville (2005), que les résidences privées de l'époque, ou encore celles tenues

principalement par les congrégations religieuses, ont fait place à un réseau public d'institutions construit selon une « idéologie sociale-démocrate » en réponse aux problèmes sociaux générés par le marché privé. L'avènement de cet imposant réseau étatique remonte à la Commission Castonguay-Nepveu (1966-1972), et se distingue, nous rappelle l'auteure, par « ses objectifs d'universalité, d'accessibilité et de gratuité des services (...) » (p. 12-13).

Pour conclure, la thèse de Charpentier (2001) ne promeut pas un retour à un État-Providence. Et encore moins le libre marché. Elle croit néanmoins que l'État doit sortir de son immobilisme sur la question des résidences privées pour personnes âgées, en permettant notamment la mise en place de projets prometteurs de « ressources alternatives et communautaires » (p. 195), qui seraient visiblement à mi-chemin entre les deux oppositions paradigmatiques État/public et marché/privé.

Orientations actuelles des politiques de santé et d'hébergement : le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux

Ce rapport présente les dilemmes et les paradoxes auxquels sont confrontés les pays industrialisés relativement à leur système de santé et de services sociaux. D'une part, les États manifestent des préoccupations financières face à la « plus grande organisation civile de tous les pays développés » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. ii) et, d'autre part, ils doivent répondre aux droits des individus à recevoir des soins de santé de qualité. À travers ces tensions émerge un développement technologique nécessitant des choix quant à leur coût et aux besoins de la population : « Une sorte de rupture ou de confrontation est en vue : l'offre de la science est telle qu'elle pousse à leur limite les valeurs de solidarité et d'équité » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. iii).

Au-delà de certaines valeurs de base (solidarité, équité et compassion) auxquelles il fait référence pour formuler ses recommandations, surtout celles qui ont trait à la

gouverne, trois termes clés abondamment utilisés dans ce rapport décrivent les orientations dorénavant privilégiées quant à la gestion et au financement des services de santé et services sociaux : performance, rationnement et culture de l'excellence. Les orientations proposées s'éloignent ainsi de la « nostalgie » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. vi) de l'ancien paradigme des services de santé, c'est-à-dire de l'« organisation des services qui reflète la réalités des années 70 » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. 25). Selon la Commission, l'ancien modèle ne peut répondre efficacement aux trois « transitions » auxquelles le Québec fait face : sociodémographique, épidémiologique et technologique. Bref, la vision de la Commission sur différents constats débouche sur la formulation de recommandations visant à repenser notre façon de dispenser les services de santé et les services sociaux de manière plus performante, « d'accomplir le maximum avec l'argent disponible » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. v).

Un des pilier sur lequel s'appuie la vision de la Commission est le Groupe de médecins de famille (GMF). Le Québec, nous dit elle, devra aborder les « transitions » anticipées à l'aide de GMF disponibles sur chaque territoire. Des clientèles spécifiques sont identifiées comme parti prenant d'un « Réseau de services intégrés ». Parmi elles : les personnes âgées en perte d'autonomie, celle ayant des problèmes majeurs de santé mentale ou des maladies complexes de nature chronique, jeunes ou familles. À ces clientèles spécifiques se greffe également une attention à fournir des services de base pour les jeunes et les familles. Pour ce faire, les médecins, figures centrales des solutions proposées, seront assistés par des infirmières praticiennes ou cliniques, dont des changements législatifs permettent déjà à certaines d'entre elles de procéder à des actes de diagnostique et de traitements plus spécialisés, autrefois réservés aux médecins.

Ce « paradigme » de services met également l'accent sur l'importance de la collaboration, le partenariat et le travail interdisciplinaire entre les différents acteurs d'un territoire donné, qu'ils soient publics, privés ou associés au tiers secteur, mais

aussi autour d'un « établissement pivot » (les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), nous y reviendrons au chapitre 5) et, dans le cas d'une clientèle spécifique, d'un professionnel pivot (surtout l'infirmière). Ces services, qu'ils soient médicaux ou sociaux, sont privilégiés selon une optique de première ligne.

Enfin, ce modèle des soins de première ligne est également orienté sur la prévention, ainsi qu'une rationalisation financière axée sur la performance, l'imputabilité et la reddition de comptes. Il veut en finir avec l'historique financement en « silos » afin que l'argent « suive le patient » à travers des « corridors de soins » et une équipe interdisciplinaire. Ce paradigme promeut surtout une gouvernance locale par les établissements et par les professionnels de première ligne avec une réduction du nombre d'interventions du Ministère de la santé et des services sociaux. En bref, ce modèle veut surtout en finir avec la politisation « ad hoc » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. 200) de problèmes qui devraient plutôt être résolus localement, c'est-à-dire par les établissements et les équipes cliniques.

2.1.2 La place d'une nouvelle gouvernance dans le système de santé

Pour mieux comprendre le processus de changements organisationnels en cours, et dont la section précédente expose les grandes orientations, ainsi que son impact sur l'activité professionnelle, il est éclairant de le situer dans le cadre de l'implantation d'une *nouvelle gouvernance*. Celle-ci implique de nouvelles valeurs organisationnelles et des principes de gestion qui se réfèrent à l'approche client, l'amélioration de la qualité et la valorisation professionnelle. Les modalités de services prévues par la Loi sur les Agences de développement de réseaux locaux des services de santé et des services sociaux (Loi 25) rejoignent les bases de cette nouvelle gouvernance qui implique des nouveaux rapports au sein de l'organisation avec les professionnels ainsi qu'avec la clientèle.

Dans un premier temps, je décrirai les principales caractéristiques associées à l'implantation de cette nouvelle gouvernance à travers les transformations des dernières années au Québec. Ensuite, j'exposerai des éléments d'analyse. Par cette démarche, je souhaite faire le pont entre les éléments historiques et évolutifs reliés aux politiques de santé et d'hébergement abordés jusqu'à présent vers ceux reliés à l'approche centrée sur le client que nous verrons au chapitre suivant. Je souhaite ainsi nommer, approfondir et tisser des liens entre les clés de compréhension essentielles à une meilleure compréhension de l'activité professionnelle qui se manifeste dans le cadre bureaucratique en transformation.

Modèle de gouvernance dans le secteur de la santé et des services sociaux au Québec

Selon Denis (1999), la décentralisation promue en matière de politique de santé s'inscrit dans trois modèles de « gouverne » qui ont été utilisés simultanément dans le cadre de fermetures d'hôpitaux dans la région de Montréal-Centre au cours des années 90 : démocratique, latéral et structurel. Le premier modèle suggère de porter une attention particulière au développement des identités, à l'accessibilité des compétences et des connaissances auprès du public et à l'implantation de règles plus équilibrées de distribution de l'influence et d'accès aux ressources organisationnelles. Ce modèle suppose, selon l'auteur, une culture de délibération centrée sur le « principe d'imputabilité mutuelle et valorisant une plus grande hétérogénéité des participants et des situations » (p. 55). Le deuxième fait plutôt référence à la perspective stratégique développée par Michel Crozier. Il vise, nous dit-il, à orienter les débats. Il ne favorise pas l'émergence d'intérêts communs, mais plutôt des valeurs et des intérêts impliqués dans des processus de négociations. Pour ce faire, ce modèle se dote de « mécanismes efficaces d'activation sélective de la participation » (p. 56). Le troisième s'inspire des principes de base du design organisationnel et vise à la performance optimale du système socio-sanitaire.

Denis (2002) a également mis en évidence trois dimensions relatives aux rapports entre la gouvernance et le changement dans le système de soins au Canada. En

premier lieu, il précise que la nouvelle gouvernance n'a pu renouveler les modes d'organisation de soins et de services malgré la volonté des acteurs à y participer. Il met ensuite de l'avant l'importance de soutenir les changements par des programmes pouvant « coopter » les professionnels à l'intérieur d'une gouvernance régionale. Il affirme que l'interaction entre les acteurs permet la stimulation de la production de changements. À cet égard, il souligne finalement que ces derniers ne peuvent se faire sans l'implantation d'un « leadership collectif » efficace qui tienne compte des pièges à éviter tels que la « rivalité entre leaders » ou « l'écart entre le projet de changement et les exigences de l'environnement ».

2.1.3 Éléments d'analyse en matière de nouvelles politiques de santé

Sans remettre en question les objectifs visés par les auteurs précédents en ce qui concerne les transformations du modèle issu des années soixante-dix, en particulier la remise en question des règles d'ancienneté et de protection de l'emploi, les réductions massives d'effectifs effectuées sous forme de *downsizing* (sans nécessairement cibler au préalable les salariés) et la mise en place de lieux de décisions décentralisés, Giauque (2004), pour sa part, les associe à deux « types-idéaux »: le modèle de l'efficacité (ou modèle de marché) et le modèle de la qualité ou de la recherche de l'excellence.

Armstrong et Armstrong (2002) estiment, quant à eux, que deux modèles de gestion des soins émergent des restructurations en cours : un modèle de soins envisagés comme toute autre activité commerciale et un modèle de soins perçus comme une activité distincte. Le premier modèle de gestion des soins en émergence au Canada est envisagé comme toute autre activité commerciale. Il s'avérerait moins coûteux et se rapprocherait davantage de la logique taylorienne par sa valorisation de la division des tâches apprises rapidement, un contrôle de gestion et la mise en place de prestataires de soins moins qualifiés. Le deuxième modèle vise, quant à lui, l'acquisition de compétences et l'apprentissage continu de la pratique. Il valorise

l'autonomie clinique et la responsabilisation par le jugement tout en portant intérêt à la personne dans son intégralité.

Conclusion

Les orientations actuelles en matière de politique de santé et d'hébergement s'illustrent globalement par l'ouverture de la frontière érigée durant les années soixante-dix entre le secteur public et le marché privé. Les fondements de ce modèle issus de la réforme Castonguay-Nepveu sont aujourd'hui battus en brèche au profit d'enjeux et de préoccupations financières annoncées qui ont confirmé, au fil des ans, les priorités associées au contrôle du déficit budgétaire, et ce, tant dans les objectifs que dans la façon dont les changements se sont produits. Les caractéristiques associées au modèle précédent, et particulièrement sa « régulation hiérarchique » (Bégin *et al.*, 1999, p. 360), son monopole ou ses budgets croissants, sont profondément remises en question sous forme d'un processus de décision *top down* favorisant la fusion/intégration d'établissements, la réduction du personnel, la décentralisation, sans que les exécutants soient réellement impliqués, si ce n'est par la constitution d'alliances ou de partenariats ciblés.

Selon Laville (2005), ces transformations soulèvent des questionnements sur les formes de solidarité. Cette démarche doctorale prend acte d'une littérature qui présente des visions partagées quant au modèle en émergence.

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000) voit l'État comme un « investisseur dans la santé », surtout en matière de prévention. En mettant l'accent sur des thèmes clés tels que la performance, le rationnement et la culture de l'excellence, ces orientations auront un impact certain tant sur les activités professionnelles que sur le cadre bureaucratique.

La décentralisation encouragée par le gouvernement vers des territoires déterminés s'inscrit par la mise en forme d'une nouvelle gouvernance. La littérature consultée

sur le sujet indique toutefois que la possibilité de participation des différents acteurs, dont les professionnels, présente des lacunes, ce qui soulève des questionnements quant à notre objet de thèse.

Les considérations économiques reliées à la capacité de dépenser de l'État sont pour beaucoup dans l'émergence de ce modèle. Comme nous le verrons au chapitre suivant, portant sur la Loi 25, les interventions étatiques ciblent davantage les besoins spécifiques de la population sur un territoire donné au lieu des traditionnels services de l'État-providence dispensés à l'ensemble de la population.

2.2 Philosophie de l'Approche centrée sur le client ou l'Approche milieu de vie

Nous avons vu jusqu'à présent que l'articulation actuelle des politiques de santé vise à remettre en question le modèle issu de la réforme Castonguay-Nepveu, et particulièrement sa « régulation hiérarchique » (Bégin *et al.*, 1999, p. 360). Ces nouvelles politiques sont grandement influencées par des objectifs visant un contrôle du déficit budgétaire. La mise en place de ces politiques se manifeste par des procédés *top down* qui impliquent peu les exécutants, dont les professionnels. Les recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000) privilégient un système de santé et de services axé sur la performance, le rationnement et la culture de l'excellence.

Cette Commission s'inscrit en faux contre les caractéristiques associées à l'ancien paradigme de système de santé et de services sociaux des années 70, et surtout la « culture d'affrontement » (p. 114) qui s'est développée dans les relations patronales-syndicales. Cette dernière serait une importation, nous dit la Commission, du monde industriel à celui des services aux personnes. Les solutions qu'elle propose s'inscrivent dans un nouveau paradigme caractérisé par le travail d'équipe interdisciplinaire, la collaboration, le leadership, la formation continue, la performance ou la responsabilité face à une population. L'« approche-clientèle » viserait également à « agir contre la morosité » ambiante (p. 118-119). Une redéfinition des rôles est proposée aux différents acteurs à l'intérieur d'une organisation plus souple afin qu'ils aient davantage de pouvoir sur le travail. Également, ce paradigme met l'accent sur une plus grande imputabilité des professionnels.

Pour ce faire, les politiques gouvernementales encouragent des interventions étatiques qui ciblent davantage des besoins spécifiques de la population selon le territoire, contrairement au modèle précédent d'État-providence qui, lui, préconisait une offre de services globale à l'ensemble de la population. La Loi sur les agences de

développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Loi 25) incarne ces transformations majeures.

2.2.1 La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Nous nous attarderons ici sur la loi 25 comme un des symboles de la réorganisation des services de santé et des services sociaux. De façon synthétique, elle vise à mettre en place une organisation de services intégrés afin de « rapprocher les services de la population » et de faciliter le « cheminement à travers le réseau » des usagers. Pour ce faire, cette loi prévoit le remplacement des Régies régionales de santé et de services sociaux par des Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Son nouveau modèle d'organisation de services intégrés est spécifié dans l'article 25. La taille des Réseaux locaux de services couvrira un territoire donné propre aux Agences et chacun d'eux comprendra une instance locale regroupant des établissements, identifiés par l'Agence (article 26 et 27) : CLSC, CHSLD, médecine locale, entreprises d'économie sociale, etc., sauf les centres hospitaliers. Le modèle d'organisation proposé devra être approuvé par le gouvernement et c'est le ministre qui désignera les membres du conseil d'administration des Agences (article 5).

La lecture de mémoires produits dans la foulée du projet de loi 25 (sanctionnée le 18 décembre 2003) indique un accueil favorable à l'idée d'intégrer les services de soins de santé et de services sociaux, mais moins en ce qui touche aux processus de fusions d'établissements et au pouvoir de nomination du ministre responsable. Si certaines idées propres au concept de gouvernance sont présentes à l'intérieur de ce projet de loi, telles que le partenariat entre différentes ressources, le rapprochement des services de la population ou encore l'importance accordée aux instances locales à l'intérieur d'un territoire donné, il s'avère toutefois que la place accordée à la « participation démocratique » des citoyens n'est pas prédominante. Les mémoires présentés par l'Association des CLSC et CHSLD du Québec (2003) et par la

Fédération des infirmières et des infirmiers du Québec (2003) nous éclairent sur ces réserves.

L'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2003) est d'accord avec l'idée d'intégrer les services de première ligne de manière à créer des partenariats entre les différentes ressources (publiques, privées et communautaires) et à abaisser les « barrières » entre les différents établissements. Ce qui ressort toutefois de leurs recommandations est le manque de participation et de consultation des divers acteurs, dont les citoyens et divers intervenants, dans la mise en place des Réseaux intégrés de services. Selon l'Association, ce manque de participation est visible de différentes manières : découpage territorial envisagé sur la base des centres hospitaliers uniquement, fusions d'établissements insuffisamment portées par un projet clinique favorisant le partenariat entre les intervenants, peu de moyens concrets visant à décloisonner la pratique médicale en cabinets médicaux et place restreinte laissée à la participation citoyenne, en particulier dans le processus de nomination des responsables des Réseaux intégrés. Somme toute, ce mémoire vise à mettre en garde le gouvernement de ne pas mettre en place des « solutions mur à mur » mais plutôt de tenir davantage compte des différences régionales.

La position de la Fédération des infirmières et des infirmiers du Québec (FIIQ, 2003) relativement au projet de loi 25 s'inscrit dans une critique à l'endroit également d'autres projets de loi du Gouvernement, dont celui portant sur les modifications de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (projet de loi 7), les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur les régimes de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic (projet de loi 30) ou les modifications du Code du travail (projet de loi 31). Ces projets de loi, nous dit-elle, prennent racine dans un néo-libéralisme économique qui promeut, notamment, la privatisation. Elle s'oppose également au processus de fusions forcées d'établissements, au pouvoir de nomination des responsables des Réseaux intégrés de services par le Ministre ou le peu de place qui est fait à la participation citoyenne. Finalement, elle ne s'oppose pas la « logique de services » qui est mise de l'avant

contrairement à la « logique d'établissements » précédente, donc à l'orientation en matière de réseau de services.

2.2.2 L'importance accordée aux enjeux financiers et leur impact sur les orientations en matière de soins

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000) présente quatre dimensions dans son étude qui constituent autant de chapitres du rapport: l'organisation des services, les ressources humaines, le financement public et la gouverne.

Pour comprendre la dynamique reliée aux âges, il est pertinent de regarder du côté du financement du système de santé et des services sociaux. Ce chapitre de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000) (chapitre 4) est le plus important avec celui qui porte sur l'organisation des services (chapitre 2) : les deux tiers des 36 recommandations de ce rapport sont contenues dans ceux-ci, dont 12 uniquement sur le financement. Ce qui semble visiblement poser « problème » aux yeux de la Commission est que les dépenses québécoises ont toujours été plus élevées en pourcentage de notre PIB¹³. Or, l'Institut canadien d'information sur la santé (2006) a étudié les dépenses canadiennes en matière de santé. Il conclut que le Québec n'a pas effectué davantage de dépenses publiques en santé que la moyenne des autres gouvernements provinciaux et territoriaux. La province figure parmi celles qui, au Canada, affichera les dépenses les plus basses en 2006-2007 avec 2, 581\$ par habitant.

¹³ Dans son dernier rapport intitulé *Tendances des dépenses nationales de santé*, les estimations de l'ICIS (2006) indiquent que la part du produit intérieur brut (PIB) du Canada consacrée aux *dépenses de santé* se maintienne à son niveau le plus élevé depuis plus de trente ans, soit à 10,3% en 2006 comparativement à 6,8% en 1979. Il a grimpé à 10,0% au début des années 90. Ces chiffres diffèrent toutefois de ceux qui figurent dans le rapport de la Commission. Cette dernière annonce plutôt des *dépenses publiques* canadiennes de santé en pourcentage du PIB de l'ordre de 7,2% en 1998, 7,2% en 1994 et de 6,6% en 1980. Il apparaît dès lors important de nuancer ce que nous entendons ici par « dépenses de santé » et « dépenses publiques de santé ». L'ICIS inclut dans les premières les dépenses des secteurs public et privé.

Selon la Commission, notre système de soins doit être « performant dans un contexte de rationnement, et ce, en atteignant les meilleurs résultats possibles en affectant les ressources aux domaines hautement prioritaires » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. 135). Elle « considère qu'il n'y a pas de pourcentage idéal de répartition entre le secteur public et le secteur privé, ni dans les différentes provinces canadiennes ni dans les différents pays. *L'enjeu fondamental porte davantage sur la pertinence, l'efficacité et l'efficience des dépenses en relation avec les objectifs fixés* » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. 151, c'est moi qui souligne).

À cet égard, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000) prend position pour un mode de financement qui se caractérise non plus sous une forme historique de « silos », de cloisonnement professionnel/tâches ou de rigidité des conventions collectives, mais plutôt par une « approche populationnelle » et une perspective territoriale. Ce changement de perspective resterait axée sur une performance qui se formaliserait par des contrats entre les établissements et les régies régionales, le tout appuyé par un plan de « monitoring des principaux facteurs de croissance des coûts » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. 168-169).

2.2.3 La prestation de soins auprès de personnes âgées en perte d'autonomie

L'axe d'analyse privilégié, mais non exclusif, de l'activité professionnelle étant la pratique infirmière, il importe de spécifier qu'un certain nombre de données empiriques qui appuieront cette thèse se concentreront sur un sous-secteur bien défini du système de santé : les services dispensés aux personnes âgées en perte d'autonomie. Il s'avère dès lors pertinent d'explicitier l'« approche centrée sur le client » qui est dorénavant promue.

Notre démarche vise à comprendre l'articulation complexe de l'activité professionnelle et le cadre bureaucratique en transformation. Elle portera sur les

infirmières d'expérience qui oeuvrent auprès de personnes en perte d'autonomie. Le cadre bureaucratique en transformation est un concept à définir, qui tiendra compte de la mise en place de l'approche centrée sur le client. Nous tenterons de comprendre, par exemple, comment celle-ci influence l'activité professionnelle, notamment en matière de style de gestion, d'unité de travail ou encore de plage horaire. Également, nous nous intéresserons à comprendre comment les transformations en cours influencent l'activité professionnelle en ce qui concerne l'émergence des agences privées de placement du personnel.

L'approche « milieu de vie »

L'approche milieu de vie se présente depuis quelques années comme la voie à suivre dans le domaine de la santé et des services sociaux. L'absence de littérature spécialisée sur cette notion rend difficile la compréhension approfondie de cette approche. Le plus souvent, les auteurs s'y réfèrent à titre de philosophie de soins, notamment les sites Internet de divers CSSS ou de centres de soins de longue durée; mais moins souvent sous l'angle théorique ou dans une perspective historique. Il est alors difficile de connaître le moment exact de son apparition.

Dans le domaine des soins de santé, il est intéressant de se référer à un article de Sumsion et Law paru en 2006 dans le *Canadian journal of occupational therapy* (Sumsion et Law, 2006). Dans cet article, à travers une revue de la littérature des évidences scientifiques sur l'approche axée sur le client, les auteures ont cherché à enrichir l'ergothérapie. Ainsi, nous y apprenons que le concept de *Client-centred practice* est apparu en 1983 dans les premières lignes directrices sur la pratique en ergothérapie émises par le Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Au Québec, l'approche milieu de vie dans les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) constitue un exemple des nouvelles modalités de prestations de soins aux personnes en perte d'autonomie. La Loi qui régit ces centres - *Loi sur les services de santé et les services sociaux* - stipule qu'ils doivent offrir aux résidents un

milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance et de soutien ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers et médicaux. Ces services sont offerts dans un contexte de milieu de vie, c'est-à-dire un environnement qui doit répondre aux besoins de soins des résidents de façon à ce qu'ils soient le plus près d'un milieu naturel. Proulx (1998) a analysé les caractéristiques de l'approche milieu de vie, ainsi que la démarche réalisée pour l'élaboration du cadre de référence et pour son implantation dans les établissements. Il souligne la place centrale qu'occupe la personne dans un cadre bureaucratique qui n'est plus hiérarchisé tel le modèle médical, mais « socialisant », c'est-à-dire qui personnalise les soins et les services en se fondant uniquement sur les valeurs propres à la personne (dignité, intimité, empathie, etc.). Cette perspective rejoint plusieurs éléments que nous retrouvons au sein de l'approche centrée sur le client.

Transformation des tâches et des activités à travers la philosophie centrée sur le client

Les concepts clés qui ressortent de l'analyse documentaire sur l'approche centrée sur le client effectuée par Sumsion et Law (2006) portent précisément sur les thèmes suivants : pouvoir, écoute et communication, partenariat, choix et espoir¹⁴. Nous y constatons un changement important dans la relation entre le prestataire de soins et le client. Loin d'être passif dans les soins qu'il reçoit, le client est autant considéré que le professionnel, les mettant sur le même pied d'égalité. De plus, les auteures soulignent l'importance de créer une ambiance propice à la prise de décision, particulièrement en laissant du temps au client pour s'exprimer. Cette approche promeut un passage de la traditionnelle posture « autoritaire » du prestataire de soins à celle de « partenaire ». Les enseignements de Carl Roger sont d'ailleurs cités en exemple, notamment en ce qui concerne l'importance d'apprendre de l'expérience de l'autre. Les auteures s'attardent aussi sur l'impact de la gravité de la maladie d'une personne sur ses capacités à faire des choix, par exemple dans le domaine des soins palliatifs. La nécessité de considérer l'effet des traitements pharmaceutiques en

¹⁴ *Power, Listening and communicating, Partnership, Choice, Hope.*

collaboration avec le personnel infirmier est nécessaire. Toutefois, d'après Sumsion et Law (2006), l'angle sous lequel l'espoir est abordé ne diffère pas selon la sévérité de la maladie.

Les changements qui se produisent dans le secteur de la santé bousculent les cadres établis. Ils s'accompagnent inévitablement de « crises » dont il nous apparaît dès lors important de rendre compte pour comprendre leurs impacts sur l'activité professionnelle, en lien avec la vieillesse, notamment. Pour Montmollin (1986), les conditions sociales du travail ont une influence sur les *tâches* et l'*activité* de l'individu. Le premier terme fait référence aux procédures prescrites qu'une personne doit accomplir, les performances exigées et les connaissances requises. Il fait appel à des objectifs et à des normes. Le deuxième fait plutôt référence à la procédure que l'individu utilise, aux performances qu'il réalise et aux compétences qu'il déploie. Il fait appel à des résultats pour lesquels l'individu aura déployé des compétences.

Conclusion

Bien que la loi 25 favorise l'interdépendance des acteurs dans le cadre de Réseaux intégrés de services, la forme *top down* qui caractérise sa mise en place favorise plutôt une surreprésentation d'acteurs spécifiques, la nomination politique de responsables des Réseaux ou encore une place prédominante laissée aux Centres hospitaliers ainsi qu'à la pratique des cabinets médicaux.

Cette mesure législative appuie les nouvelles orientations gouvernementales en matière de services publics et conduit à une rupture avec le modèle précédent critiqué pour sa « régulation hiérarchique » qualifiée de « désuète ». Mais surtout, ces transformations s'inscrivent dans une préoccupation tangible en ce qui concerne des coûts que le gouvernement souhaite clairement contrôler. Le souci de performance et d'excellence couplé à celui de rationnement (coûts, ressources humaines, etc.) apparaissent alors.

C'est dans ce contexte que le paradigme de services passe d'une posture privilégiant une offre globale à l'ensemble de la population à une autre, plus ciblée, qui vise dorénavant les besoins spécifiques des populations selon des territoires donnés. Également, un autre changement paradigmatique se dégage en ce qui concerne le rapport entre la personne qui dispense les services et celle qui les reçoit. En effet, depuis le début des années 80, l'approche centrée sur le client se caractérise par une relation d'égalité et de partenariat, et non par la distance face à l'autorité professionnelle.

2.3 Histoire et évolution de la profession infirmière

L'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique en transformation comme objet d'étude s'inscrit dans un contexte de profonde remise en question de l'État-providence issu des Trente-glorieuses, ainsi que de la société salariale et des acquis sociaux qui la caractérisent. Cet objet se manifeste par une transformation du cadre bureaucratique dans lequel s'actualise l'activité professionnelle. Comprendre l'influence de ces transformations sur l'activité professionnelle des infirmières vieillissantes nécessite de s'attarder sur leur histoire et leur évolution.

Ce chapitre mettra en valeur l'histoire et l'évolution de la pratique infirmière depuis la mise en place de l'État-providence. S'y attarder permet de prendre la pleine mesure des phénomènes en cours en matière de transformation bureaucratique et d'activité professionnelle, de surcroît si notre intérêt se porte sur les infirmières d'expérience. Les « construits » que représentent les phénomènes prennent des formes différentes selon les époques, elles-mêmes marquées par un contexte social, économique ou politique particulier. En clair, l'activité professionnelle et le cadre bureaucratique en transformation dont il est ici question sont des phénomènes sociaux qui reposent sur une histoire qui a elle-même produit des cadres et des pratiques dont les formes sont aujourd'hui bouleversées. Comprendre ce passé, son évolution, apporte un éclairage essentiel sur les phénomènes en cours et aux rapports – car il y en a plusieurs! – qui s'en dégagent : à l'activité professionnelle, au cadre bureaucratique, aux personnes en perte d'autonomie, à la retraite.

Les chapitres précédents ont exposé les changements majeurs qui sont actuellement en cours dans le secteur de la santé et des services sociaux. Nous avons vu que la Loi 25 agit en quelque sorte comme le symbole, néanmoins catalyseur, de cette réorganisation. Cette dernière transforme l'organisation de travail et suscite un bouleversement dans les pratiques professionnelles, changement qui se manifeste en

particulier par une tension entre l'ancien modèle de pratique caractérisé, nous le verrons, par la qualification et celui, nouveau, teinté par celui de la compétence.

Le choix de nous concentrer sur l'activité professionnelle des infirmières, répétons-le, s'avère pertinent pour trois raisons. Premièrement, nous considérons ces dernières comme les « porteuses » des transformations en cours. Deuxièmement, ce choix nous permet de nous attarder au statut « semi-professionnel » qui présente, selon un point de vue sociologique (Etzioni, 1964), des similitudes – qui ont certes évolué- avec d'autres champs d'activités, tels que le travail social. Toutefois, le but de cette thèse n'est pas de généraliser l'analyse et l'interprétation qui s'en dégagera à l'ensemble de cette catégorie professionnelle – nous nous attardons au sous-secteur des soins aux personnes en perte d'autonomie -, mais surtout de comprendre comment se caractérisent les différents concepts qui s'y rattachent. Troisièmement, la bureaucratie hospitalière est un milieu riche en matériel empirique compte tenu des profonds changements qui affectent la « structure et la dynamique organisationnelles » (Mintzberg, 1982), qui se manifestent par des enjeux de « revendications de frontières professionnelles » (Abbott, 1988) et des « jeux » qui animent l'« interdépendance » de l'acteur et du système (Crozier et Friedberg, 1977).

2.3.1 De la vocation à la profession : un processus de professionnalisation des soins infirmiers

Bien que le travail infirmier au sein des établissements publics de santé voit encore de nos jours ses frontières délimitées par la hiérarchie et le statut médical, il reste néanmoins qu'il a connu au cours du XXe siècle une évolution qui l'a mené à un plus grand contrôle de son savoir et de ses tâches. Une convergence d'acteurs issus tant du milieu académique que corporatif ont revendiqué l'établissement de frontières professionnelles qui ont débouché sur la création et l'évolution d'institutions – académiques, professionnelles, corporatives- reconnues par l'État.

Du point de vue de la sociologie des professions, que nous avons vu au chapitre précédent, la mise en place de ces institutions d'enseignement et associatives est une condition *sine qua none* visant la reconnaissance et la légitimité étatique d'une profession. Les revendications de ces acteurs pour l'établissement de frontières professionnelles se sont manifestées à l'intérieur d'une organisation du travail qui, à l'instar de ce que nous connaissons actuellement, a fait face à diverses contraintes et opportunités de l'environnement. Une de celles-là est la pénurie d'infirmières, qui représente encore aujourd'hui une problématique d'actualité, comme nous le verrons d'ailleurs à la dernière section de ce chapitre.

Dans ce qui constitue certainement l'un des premiers ouvrages portant sur le passage de la vocation à la profession des infirmières au Québec, Petitat (1989) dresse un riche portrait de l'évolution des infirmières et infirmières auxiliaires à l'intérieur des trois premiers hôpitaux de la ville de Montréal : Hôtel Dieu, Notre-Dame et *Montreal General Hospital*. Pour ce faire, l'auteur a consulté les archives de ces établissements en plus d'effectuer diverses entrevues avec des acteurs clés. Le sociologue met l'accent sur les premiers programmes de formation spécialisée tels que la *McGill School for graduate nurses* (1920), l'École d'hygiène sociale (1925), l'Institut Margerite D'Youville (1934) ou l'École des sciences infirmières de l'Université Laval (1934), ainsi que les mouvements associatifs qui débutèrent dès 1908 par la création de la *Canadian National Association of trained Nurses (CNATN)*, jusqu'à leur reconnaissance légale à titre de profession avec la création de l'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec (OPIIQ) en 1973, en passant par l'inscription obligatoire de toutes les infirmières au sein de l'Association des infirmières professionnelles du Québec (AIPQ) en 1947.

Petitat (1989) met en évidence les formes de travail infirmier entre le début du XXe siècle et la fin des années 80. Jusqu'au milieu des années 40, une « Organisation scientifique du travail » (OST) s'implantait en matière de soins dans un contexte de domination médicale et de « morcellement » de la maladie en différentes spécialités. Cette division du travail se définissait également par des objectifs de productivité

propres au développement d'un fordisme importé des États-Unis, et qui valorisait la parcellarisation des tâches; les départements étaient alors subdivisés et placés sous une autorité centrale. Il s'agit principalement d'une structure de soins individuelle et centralisée. Après la Deuxième guerre mondiale, la pénurie d'infirmières a freiné l'implantation de cette organisation de soins infirmiers.

C'est alors que s'est installé un type d'organisation de travail appelé le *Team Nursing* qui, durant les années 50 et jusqu'aux années 70, a plutôt mis l'accent, comme son nom le dit, sur le travail d'équipes, qui s'occupaient entièrement des soins des patients, et ce, à l'intérieur de départements définis. Ces changements, écrit Petitat (1989), ont entraîné l'augmentation du nombre d'heures de soins aux patients, l'accroissement de la notion du *cure* (traitement curatif) au lieu du *care* (soins de base) et l'utilisation d'actes davantage techniques.

Par la suite, les années 70 ont été marquées, quant à elles, par le développement d'une importante structure étatique de soins de santé et de services sociaux qui ont entraîné, selon l'auteur, l'effritement de ce type d'organisation du travail. L'instauration du régime d'assurance maladie et du réseau de la santé et des services sociaux québécois à la suite aux travaux de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (CESBES), durant les années 70, ont conduit à un nouveau rapport entre l'activité professionnelle et le cadre bureaucratique. La relation entre les soins infirmiers et la maladie s'est davantage individualisée à l'intérieur d'un univers « statistique et instrumental », ce qui a dissout les solidarités¹⁵ qui prévalaient au sein des équipes de travail (Petitat, 1989).

À ce propos, Trottier (1982) souligne une tendance des principaux acteurs de la profession infirmière à récupérer les rhétoriques des différents rapports gouvernementaux, que se soit les besoins « bio-psycho-sociaux » de la CESBES ou

¹⁵ Ce propos m'apparaît paradoxal à la pensée de Laville (2005) qui affirme, au contraire, que l'émergence de l'État-providence a permis de cloisonner de façon claire l'État et le marché au nom, justement, des solidarités sociales en réponse aux injustices du marché.

encore les capacités de « *self care* » des individus promues par le Rapport Lalonde de 1974.

Goulet (2002) met en lumière plusieurs éléments contemporains qui caractérisent la frontière externe de la profession infirmière. En premier lieu, l'autonomie de la pratique infirmière est déjà reconnue par un ordre professionnel (depuis 1973) ; ce dernier peut déjà évaluer les compétences de ses membres, contrôler les systèmes de formation et les droits de pratique, protéger le public ou encore déterminer le code d'éthique. En second lieu, les réformes actuelles dans le secteur socio-sanitaire permettent à ce système professionnel de « repousser ses frontières vers une pratique avancée », telle que le rôle de l'« infirmière praticienne » (spécialiste clinique, infirmière sage-femme ou infirmière anesthésiste). En troisième lieu, la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (loi 90) vise à prévoir un nouveau partage des champs professionnels, en précisant les nouveaux actes médicaux que les infirmières pourront assumer dorénavant. En quatrième lieu, la pénurie de médecins, au Québec, favorise le décloisonnement de certains actes médicaux (assistance à la chirurgie ou à l'anesthésie par exemple).

Tous ces éléments se répercutent concrètement par la possibilité pour des infirmières praticiennes d'accomplir, depuis le 24 novembre 2005, des actes jusqu'alors réservés aux médecins, tels que le diagnostic et la prescription d'examens, de traitements et de médicaments, dans les domaines spécialisés de la cardiologie, néonatalogie et néphrologie. Elles doivent au préalable avoir complété une formation de deuxième cycle universitaire. Cette nouvelle orientation répond entre autres au manque d'effectifs médicaux (Richer, 2005). Dans la même veine, l'Ordre professionnel des infirmières et des infirmiers du Québec et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ont formulé les conclusions d'un travail conjoint visant à cerner les nouveaux modes de collaboration à préconiser, à partir 2006, entre les deux groupes professionnels dans le domaine des services de première ligne. Il est précisé que les compétences infirmières pourraient être utilisées afin de libérer du temps pour le

médecin dans le but d'effectuer certaines activités telles que les mesures diagnostiques et thérapeutiques (OIIQ, 2005).

Goulet (2002) souligne également d'autres facteurs, à l'intérieur des frontières de la profession cette fois, qui font obstacles à ces développements. En premier lieu, l'acceptation générale de l'expertise de la profession, de son avenir et de la valeur de sa contribution sociale à l'amélioration de la santé de la population tarde à venir. En deuxième lieu, les restrictions budgétaires, auxquelles nous avons fait allusion, favorisent une « précarisation de la profession infirmière » en raison d'un manque d'attrait caractérisé par un haut taux d'insatisfaction de ses membres et de l'éclosion d'un « marché parallèle » (les agences privées de placement de personnel par exemple, nous y reviendrons à la prochaine section). En dernier lieu, la structure hiérarchique des établissements de santé et la domination des médecins sur la pratique des infirmières ne permettent pas à celles-ci de se libérer de leurs obligations contractuelles, légales et réglementaires et de bénéficier, par conséquent, d'une autonomie clinique. À ce propos, l'opinion publique peut également être réticente à accorder au travail infirmier une plus grande autonomie compte tenu de cette perception très forte de subordination à la profession médicale. À ces trois éléments, que nous retrouvons aux frontières internes de la profession, il importe de rajouter l'autonomie économique relative des infirmières en raison de leur statut de salariées au sein du secteur public, ainsi que l'écart entre ces deux niveaux d'enseignement : collégial et universitaire; et même entre les provinces.

Dans une perspective de professionnalisation du travail infirmier qui s'appuie sur la formation, Goulet (2002) affirme l'importance de privilégier le développement de connaissances selon un « paradigme rationnel unique », recentré et organisé, au lieu d'un « pragmatisme utilitariste », afin d'affranchir les infirmières de la subordination médicale en les juxtaposant de façon autonome, sous forme de « pratique professionnelle avancée », et non en faisant d'elles des « assistantes-médicales » ou encore des « médecins juniors ».

« L’ambivalence concernant l’existence d’un savoir infirmier propre(...) donne à penser qu’un pragmatisme utilitaire, plus qu’une approche rationnelle, préside à l’établissement de la pratique infirmière avancée et nuit à la consolidation de la mission sociale de la profession » (Goulet, 2002, p. 178).

Le statut des personnes candidates à l’exercice de la pratique infirmière est régi par les *Règlements sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l’Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec*. Il s’agit de l’unique porte d’entrée pour exercer le travail infirmier au Québec, bref pour avoir la licence nécessaire et légalement reconnue. Pour avoir le droit de pratique, le membre doit répondre aux critères suivants :

- Diplômée du Québec en soins infirmiers ou sciences infirmières en attente de la délivrance d’un permis de l’OIIQ. Avant d’exercer à ce titre, la candidate à l’exercice de la profession infirmière doit démontrer qu’elle a obtenu son diplôme¹⁶; ou
- Diplômée hors du Québec à qui le Bureau de l’Ordre a reconnu l’équivalence de son diplôme ou de sa formation en attente de la délivrance d’un permis de l’OIIQ.

En résumé, le dernier siècle a été marqué par une activité infirmière qui s’est considérablement développée tant au niveau de ses programmes de formation, sa reconnaissance professionnelle que son organisation du travail, à travers le cadre bureaucratique. Cette évolution a tantôt été marquée par des opportunités, tantôt par des contraintes qui influencent l’autonomie de l’activité professionnelle. Des auteurs soulignent la tendance de cette dernière à se situer dans le sillage des orientations promues par différents rapports gouvernementaux, une traditionnelle subordination à la profession médicale et un cadre bureaucratique qui limitent la pratique autonome.

¹⁶ Un stage ou un cours de perfectionnement peut être obligatoire pour toute personne qui a cessé d’exercer la profession pendant une période de 5 ans ou plus si le Bureau de l’Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec l’estime nécessaire.

À ces considérations spécifiques doivent être pris en compte un certain nombre d'éléments tant externes qu'internes à leur frontière professionnelle, notamment une attraction et une rétention du personnel soignant influencées par un environnement marqué par un contexte économique (restrictions budgétaires) et organisationnel (structure hiérarchique à domination médicale et émergence du « marché » des agences privées) qui se caractérisent, de nos jours, par des rapports hétérogènes à l'activité professionnelle, ainsi qu'au cadre hiérarchique en transformation.

Les modèles de pratique comme cadres paradigmatiques d'activités de soins

Comprendre l'influence de transformations organisationnelles sur l'activité professionnelle mérite de s'attarder sur les modèles de pratique qui les animent. Pour ce faire, nous tenterons de bien cerner la pression qui agit sur les organisations, et dont la Loi 25 promeut entre autres ces changements, et leurs impacts sur les activités professionnelles, considérées sous l'angle de leur(s) modèle(s) de pratique. Prise sous l'angle du vieillissement en emploi, cette perspective tient compte du fait que les changements en cours relatifs au cadre de pratiques infirmières s'opposeront inévitablement à celui déjà institué, confronteront la professionnelle dans ses divers rapports : avec les clients, mais aussi les collègues, les familles ou l'autorité administratives; car les attentes à l'égard de son travail et son rôle, seront différents, et ce, selon les milieux de pratique. Les formes que prendront ces changements doivent tenir compte de l'histoire et l'évolution de ces derniers, dans le but de bien saisir leurs impacts spécifiques. Les soins à domicile, par exemple, constituent un milieu de travail dont les conséquences des changements prendront des teintes fortes différentes d'un milieu institutionnel « plus fermé », tels les centres de soins de longue durée.

Également, ces modèles de pratique viennent enrichir la dimension professionnelle de notre cadre d'analyse, et particulièrement les éléments sociologiques en émergence dans le secteur des services, tels que les notions de qualification et de compétences. Comme nous le verrons à la prochaine section, ces transformations agissent sur

l'émergence de nouveaux concepts qui peuvent être contradictoires avec ceux déjà institués.

Dans le secteur de la santé et des services sociaux contemporain, certains modèles de soins infirmiers reviennent plus souvent dans la littérature, tels que celui de *Henderson, Allen* (McGill) ou de *Watson*. Mais il y a plus. Derrière ces modèles de soins se profilent des paradigmes qui marqueront le rapport à la personne – ses besoins, son existence, ses interactions –, à travers les soins, à l'infirmière face à elle-même – son identité professionnelle, selon son âge et ses expériences – et à la conception de la santé – comment penser un modèle si la santé d'une personne, rendue à un certain stade de sa vie, ne peut que décliner? – et de l'environnement – la famille, la culture ou l'ethnie de la personne. Prendre en compte ces « référents paradigmatiques » permet de mieux situer l'impact des transformations organisationnelles sur l'activité professionnelle de l'infirmière vieillissante car la vision proposée peut ou non convenir à celle qu'elle s'est forgée à un moment de sa carrière, et qui a été soumise à des influences de transformation.

Saulnier (2004) met en évidence un certain nombre d'études réalisées au Canada et à l'étranger en ce qui concerne l'implantation et l'utilisation de modèles conceptuels et de diagnostics infirmiers. Selon elle, aucun nouveau modèle n'est apparu depuis le début des années 90; les précédents ayant surtout émergé à partir des États-Unis, durant les années 50, et dont le modèle *Henderson* qui a influencé la pratique infirmière au Québec. À la place, elle constate une utilisation accrue des diagnostics infirmiers, notamment au cours des années 80, par l'élaboration d'une taxonomie¹⁷. Il en résulte, selon elle, qu'une attention insuffisante a été portée aux modèles conceptuels dans l'élaboration de cette dernière, ce qui générerait une portée réductrice à la fois pour le savoir et pour le savoir-être infirmier.

¹⁷ Elle fait précisément référence au développement des « sous-systèmes » de classification tels que le *Nursing Interventions Classification (NIC)* ainsi que le *Nursing Outcomes Classification (NOC)*.

Cognet, Bertot, Couturier, Rhéaume et Fournier (2005) estiment, quant eux, que la persistance à maintenir le modèle McGill, encore de nos jours s'inscrit dans une démarche de professionnalisation infirmière qui se construit particulièrement, au contraire, sur le développement de leur savoir, universitaire, et notamment face à celles qui détiennent une formation de niveau collégial. Qui plus est, l'importance accordée par ce modèle à la responsabilisation de l'individu et des communautés dans la promotion de la santé en fait un de choix pour le réseau de la santé qui, toujours selon Cognet *et al.* (2005), favoriserait ainsi le désengagement de l'État de ce secteur.

Nous ne reprendrons pas l'ensemble des modèles que Saulnier (2004) énumère, soit plus d'une vingtaine identifiés au cours du dernier demi-siècle, pour nous concentrer surtout sur les catégorisations de courants de pensées infirmiers de Kérouace, Pépin, Ducharme et Major (2003) sur lesquelles elle s'appuie. Ce choix permet de prendre une distance nécessaire pour mieux comprendre leur influence sur l'activité professionnelle. Ces catégorisations, rappelons-le, s'inscrivent ni plus ni moins dans des visions paradigmatiques des soins infirmiers, certes, mais aussi de la personne, de l'environnement et de la santé. Le populaire modèle *Henderson*, par exemple, prend racine dans un paradigme de la catégorisation qui est axé sur les « besoins » et le développement de l'individu malade, que l'infirmière aidera à atteindre à travers ses actes infirmiers. On retrouve plutôt dans le paradigme de l'interaction une attention portée, comme son nom le dit, à l'interaction (ex. modèle de Peplau, créé en 1952) qui teinte, justement, la relation de l'infirmière avec le client dans le but de favoriser, soulignent Cognet *et al.* (2005), sa croissance personnelle. Sous l'égide du même paradigme, les « modèles portant sur les effets souhaités », dans lesquels nous retrouvons le modèle de Roy, créé en 1971, s'appuient, quant à eux, sur des considérations systémiques, dont le rapport à l'environnement est davantage pris en compte, ce qui en fait d'ailleurs un modèle de choix dans la pratique infirmière en milieu pluriethnique; ce n'est plus la personne ici qui est le centre d'intérêt, mais bien sa santé, précisent Cognet *et al.* (2005). Enfin, un troisième paradigme, de la transformation, propose le très connu « modèle de la promotion de la santé » de Allen (créé en 1963, communément appelé McGill), mais aussi celui du « *caring* », là où

nous retrouvons celui de Watson, 1979, qui ne tient plus compte de la santé mais bien, comme son nom le dit, du *caring*, que l'on retrouve plus particulièrement dans les soins palliatifs, selon Cognet *et al.* (2005).

Dans le sous secteur spécifique de soins infirmier que sont les centres de soins de longue durée, Alderson, Morin, Rhéaume, Saint-Jean et Ouellet (2005) mettent en évidence le changement du système de soins intégraux au système d'équipe. Cette transformation, disent-ils, s'accompagne également de l'intégration de l'approche milieu de vie, que nous avons vue précédemment (chapitre 3) et de l'implantation du Système d'information clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée (SICHELD). Cette considération du système de soins est capitale car « le nombre de patients confiés sous la responsabilité de l'infirmière constitue ainsi un élément distinctif entre les divers modes de prestation des soins » (Alderson *et al.*, 2005, p. 347). Plus ce nombre sera faible, plus l'approche converge vers des soins intégraux (6 patients ou moins). Plus il sera élevé, plus le mode de prestations tendra vers le système d'équipe (13 à 30 patients). Entre les deux, nous retrouvons le système modulaire (6 à 12 patients), soit un système hybride entre les soins intégraux et le système d'équipe. En période de pénurie d'infirmières, ce sera surtout les systèmes d'équipe et modulaire qui seront privilégiés.

2.3.2 L'impact de l'émergence de la notion de productivité sur les activités professionnelles dans le secteur de la santé

Nous venons de voir que l'évolution de chacun des modèles de pratique infirmière, selon les enjeux d'une époque donnée, concentre l'attention sur un rôle particulier de l'infirmière, met l'accent sur un aspect particulier de son travail. Les considérations historiques et évolutives que nous avons abordées en début de chapitre ont mis en valeur un développement de la profession intimement lié à des programmes de formation, qui prennent eux-mêmes racine dans ces modèles de pratique. Le contexte historique a tantôt présenté des opportunités, tantôt des contraintes à travers lesquelles le travail infirmier a pris des formes différentes, entre autres face à

l'autorité administrative. Par exemple, c'est dans un contexte de pénurie d'infirmières que la venue d'une organisation de travail en équipe (*Team Nursing*) a remplacé une parcellarisation du travail typique d'une OST, après la Deuxième guerre, et, avec elle une gestion de soins moins centralisée et « fordiste » au profit d'équipes infirmières qui s'occupaient entièrement des soins du patient.

Autre exemple, l'implantation d'un système de santé et de services sociaux laïque, durant les années 70, a été l'occasion pour bon nombre d'infirmières – surtout catholiques - de se libérer d'une gestion de soins marquée par la religion, et qui se caractérisait par un nombre élevé d'heures de travail ou encore une faible rémunération. En contrepartie, nous dit Petitat (1989), le rapport au patient s'est davantage inscrit dans une logique « statistique et instrumentale ». Les acquis sociaux et le cadre bureaucratique représentatifs de cette société salariale sont aujourd'hui battus en brèche par une idéologie néolibérale qui offre comme réponse à l'État-providence, et ses bureaucraties publiques qui le caractérisent, la création de « marchés ou de quasi-marchés » (Merrien, 1999) qui transforment, une fois de plus, le cadre de pratique de l'activité professionnelle.

Le rapport hétérogène à l'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique en transformation se présente, selon certains auteurs, par une tension entre un ancien modèle de pratique caractérisé par la qualification et un nouveau qui s'illustre par la compétence.

Une nouvelle productivité en matière de soins

Le *brouillage des frontières* entre le modèle privé et le modèle public quant aux pratiques de gestion en regard à la productivité a des répercussions sur les soins infirmiers, car il transforme le modèle traditionnel associé à la bureaucratie rationnelle-légale. Le but de la présente section tente de comprendre l'impact de l'émergence de cette notion de productivité sur l'activité professionnelle des infirmières, en lien avec la notion de compétence. Cette préoccupation s'avère

pertinente compte tenu que cette dernière notion prend des formes spécifiques dans le secteur des soins infirmiers, en particulier au niveau relationnel (cf. compétences relationnelles).

C'est dans un contexte plus large de remise en question des services que Laville (2005) a analysé comment une nouvelle dynamique publique-privée fait apparaître un « brouillage » entre les frontières industrielles et celles des services, les critères de productivité de l'un étant importés vers l'autre. Il campe son analyse dans le contexte où les gains en développement d'emploi en matière de services se fait au détriment d'un secteur industriel en déclin, mais ne s'accompagnent pas de gains notables sur le plan de la productivité. Une des façons d'accroître cette dernière prendrait forme dans un plus grand contrôle des dépenses, ce qui laisserait présager, nous dit l'auteur, de « nouveaux rapports de domination » dans les échanges qui s'y déroulent. Il nous met toutefois en garde contre le risque de considérer le grand secteur des services de façon homogène : il n'existe pas une mais bien plusieurs activités de services.

Sur la question de la différenciation sectorielle, l'économiste français Jean Gadrey met en évidence les différences notables qui existent entre une analyse de la performance dans les services selon des indicateurs traditionnels empruntés au monde industriel et à une autre qui tient davantage compte de sa complexité (Gadrey, 1996). Il souligne que les indicateurs de performance en matière de services nécessitent d'être redéfinis en fonction des nouvelles réalités post-industrielles qui ne se caractérisent plus, comme par le passé, par une croissance continue.

Gadrey (1996) documente la redéfinition des indicateurs de performance qui tiennent compte de la complexité actuelle du secteur des services, et plus précisément celui de la santé. Pour ce faire, il s'attarde à comparer le modèle étatsunien et français. Son analyse met en évidence que les États-Unis tiennent davantage compte de sa complexité pour évaluer sa performance. Il souligne que ce pays privilégie un regroupement des patients présentant des diagnostics similaires, selon une méthode

appelée le *Diagnosis Related Groups*¹⁸ (DRG). En procédant de la sorte, il s'avère plus facile, selon l'auteur, de tenir compte des particularités spécifiques qui se rattachent directement à chacun des DRG : durée d'hospitalisation précise, traitements et soins homogènes, coûts prévisibles, personnel soignant requis quantifiable, technologie utilisée spécifique, etc. En optant pour des catégories plus larges, comme c'est le cas en France, il n'est pas possible d'avoir ce type de mesures précises pour chacun des diagnostics, car il apparaît alors limitatif de ne tenir compte que des entrées et des sorties des patients ou de la durée moyenne d'hospitalisation pour l'ensemble des personnes soignées, indépendamment du diagnostic et du traitement.

L'intérêt de cette perspective économique pour notre objet de recherche ne réside pas dans un approfondissement méthodologique, mais bien de sa prise en compte afin de bien comprendre son influence sur la Nouvelle gestion publique, ses modes de gestion de soins et, ainsi, leur impact sur le cadre bureaucratique et l'activité professionnelle qui s'y déroule. Cette considération est d'autant plus importante que la restructuration du système de santé depuis quelques années au Québec prend racine, tel que le mentionnent Lapointe *et al.* (2000), dans le paradigme étatsunien. Nous y reviendrons.

Dans cette optique, Gadrey (1996) jette un regard éclairant sur ce qui touche à l'« industrialisation des services professionnels » dans cette nouvelle forme de productivité. Selon lui, il apparaît improbable d'industrialiser ces activités professionnelles compte tenu qu'elles ne reposent pas uniquement sur des savoirs spécialisés à fondements scientifiques, mais aussi sur des « compétences relationnelles ». Trois difficultés à leur industrialisation sont notées par l'auteur :

¹⁸ Cette approche, nous dit Gadrey (1996), est apparue aux États-Unis dans un objectif de réduction des coûts de santé, surtout sous la pression des organismes responsables du paiement des soins., et vise à accorder aux hôpitaux un montant d'argent prédéterminé et standard en fonction du diagnostic d'une personne.

- 1) Standardisation difficile de la « réalité » des problèmes à résoudre et les solutions à mettre en œuvre. Les professionnels utilisent des méthodes intellectuelles qui se basent sur des *typifications et des routines* qui leur laissent une importante marge d'autonomie;
- 2) Standardisation difficile de la *dimension relationnelle*, notamment certaines dimensions techniques reliées à la relation verbale;
- 3) Observation difficile, voire impossible, de toutes les *interactions nécessaires à la collecte d'informations du professionnel dans sa relation avec un client*.

Demailly (1998) trouve également paradoxal que l'on tente d'associer la relation de service au secteur industriel. Bien que cette tendance puisse représenter, nous dit-elle, une « base compréhensive élégante », en dévaluant ainsi les « distinctions scolastiques », et pertinente, en réduisant les « rhétoriques professionnelles », il n'en reste pas moins que la relation qui est prônée dans le secteur des services n'est pas la même que les activités industrielles. L'auteure croit que l'insistance à faire se rapprochement comparatif des deux secteurs censure les dimensions sociales et limite les « pratiques socio-politiques » de certains groupes professionnels, dont les infirmières.

Toutefois, est-ce que cette redéfinition des indicateurs de performance sous l'angle d'un regroupement des patients (DRG) peut être entièrement et directement associée à une industrialisation des services professionnels? Il semble que non à la lumière des avantages reliés aux regroupements des patients propres aux *Magnet hospitals* sur l'activité professionnelle des infirmières.

Le *Magnet hospital*, ou l'établissement dit « magnétique », est une organisation du travail en matière de santé qui, en raison de ses caractéristiques particulières, attire le personnel infirmier et favorise sa rétention. Ce modèle est apparu durant les années 80 suite à une recherche de l'*American Academy of Nursing*. Il valorise l'autonomie professionnelle et le contrôle des tâches par les infirmières, et est reconnu pour leur

taux élevé de satisfaction des infirmières¹⁹, leur faible roulement de personnel et leur faible taux de postes vacants, même en période de pénurie d'infirmières expérimentées. Ces hôpitaux atteignent ces objectifs en raison de la place importante qu'occupent les infirmières au sein de la haute direction, d'une structure organisationnelle aplatie comprenant peu de superviseurs, d'un processus de décision décentralisé permettant aux infirmières de s'adapter aux besoins des patients, d'une structure de gestion qui soutient les décisions des infirmières et, finalement, d'une bonne communication entre les infirmières et les médecins (Aiken et Sloane, 1997).

Selon Demailly (1998), non seulement le concept de *Magnet hospital* tient compte des regroupements de patients selon leur diagnostic mais, chemin faisant, il exploite également les « dimensions sociales » qui s'y rattachent, entre autres les compétences relationnelles, tout en valorisant les « pratiques socio-politiques » des infirmières.

En excluant les dimensions propres aux revendications de territoire professionnel, en adoptant une posture qui privilégie un mode de gestion de la santé promu par Henry Mintzberg, il apparaît que les *Magnets hospitals* présentent une structure et une dynamique organisationnelles innovatrices favorisant une décentralisation et une division du travail horizontale qui valorise l'autonomie professionnelle, en particulier pour les infirmières, et la communication entre les disciplines professionnelles, surtout avec les médecins.

¹⁹ Dans leur étude sur les soins destinés aux personnes sidéennes, Aiken et Sloane (1997) se sont intéressés aux effets des innovations organisationnelles sur la dépression au travail des dispensateurs de soins infirmiers dans un hôpital urbain. Pour ce faire, ils ont comparé empiriquement les taux de dépression en emploi (ou d'épuisement émotionnel) des infirmières de deux services de soins: unités spécialisées pour les soins aux sidéens et unités multidiagnostiques qui comprennent des sidéens parmi une population hétérogène de patients. Les auteurs considèrent que ces premières affichent des caractéristiques similaires à celles des *magnet hospitals* en raison de la plus grande autonomie des infirmières, d'un plus grand contrôle sur leurs tâches et d'une meilleure communication avec les médecins. Ces infirmières ont ainsi une large marge de manœuvre pour pratiquer leur spécialité. Les résultats indiquent aussi que les infirmières qui pratiquent au sein de ces unités spécialisées présentent un taux de dépression en emploi plus faible que leurs collègues qui travaillent au sein d'unités multidiagnostiques. Ce sont davantage les attributs organisationnels que les facteurs individuels qui expliquent ces résultats, selon les auteurs.

Malgré les aspects prometteurs du *Magnet hospital*, c'est le modèle industriel de productivité qui a été privilégié au cours de la décennie 90. C'est ce qui ressort d'un vaste sondage de comparaisons internationales effectué par Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, Busse, Clarke, Giovannetti, Hunt, Rafferty et Shamian (2001) auprès de 43, 000 infirmières de 700 hôpitaux réparties sur cinq continents, dont l'Amérique du nord – tous les hôpitaux de Pennsylvanie et tous les hôpitaux des provinces canadiennes suivantes : Ontario, Alberta et Colombie-Britannique. Les conclusions indiquent que les récentes restructurations dans la gestion des hôpitaux ont été « dessinées » dans le but de promouvoir un modèle industriel de productivité plutôt que de répondre aux préoccupations des infirmières.

En résumé, nous venons de voir qu'un « brouillage des frontières » se manifeste entre les modèles privé et public en matière de pratiques de gestion. Cette tendance s'inscrit dans un contexte de développement d'emplois dans le secteur des services qui s'accompagne d'un déclin du secteur industriel, sans néanmoins connaître la même progression en terme de productivité. Pour accroître cette dernière, il apparaît clair que l'on calque sur le secteur de la santé un modèle industriel de gestion qui s'illustre, entre autres, par un plus grand contrôle des dépenses, une réduction des effectifs, et ce, malgré la présence d'au moins un autre modèle innovateur et mieux adapté aux particularités de ce secteur (*Magnet hospital*). Mais l'« industrialisation des services professionnels » se butte à des obstacles majeurs, surtout en raison de dimensions relationnelles intimement associées à l'activité professionnelle qui sont difficiles, voire impossibles, à standardiser (Gadrey, 1996). Également, le paradoxe issu de cette volonté d'industrialisation occulterait les « dimensions sociales » et les « pratiques socio-politiques » de groupes professionnels, en particulier celui des infirmières (Demailly, 1998).

Ces divergences relatives à la notion de productivité au sein du travail infirmier et la place importante de la notion de compétence, en particulier de la compétence relationnelle, à titre d'obstacle à l'industrialisation des services professionnels

méritent que l'on s'attarde à cette dernière comme axe d'analyse de l'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique en transformation.

Les notions de compétence et de qualification : une co-habitation tendue

Le déclin industriel au profit du secteur des services que nous avons abordé précédemment se manifeste par une transformation du cadre bureaucratique qui influence l'activité professionnelle. La tendance depuis les années 90 à calquer les modes de gestion industrielle au secteur des services se ne fait pas sans heurts, et ce, malgré d'autres façons de faire plus innovatrices. Malgré tout, cette « industrialisation » des services professionnels rencontre des obstacles de taille compte tenu que leur nature prend racine dans des compétences relationnelles difficiles, voire impossibles, à standardiser. Le but de cette section est d'approfondir cette notion de compétence, ses caractéristiques, son évolution et son rapport tendu avec le modèle précédent, celui des qualifications.

Deux grands groupes d'auteurs sur la notion de compétence peuvent être identifiés : ceux qui présentent une sensibilité à son application pratique, et en particulier professionnelle, et ceux qui ont approfondi cette notion sous un angle principalement théorique, et spécifiquement dans le cadre des nouveaux rapports sociaux qu'elle génère.

Dans le premier groupe, nous retrouvons le sociologue Philippe Zarifian. Selon lui, trois concepts clés caractérisent la notion de compétence: incertitude, individualité et « délai client ». Si les années 70 se caractérisent par une classification des travailleurs selon leur poste, les années 80, quant à elles, s'illustrent par une incertitude qui sollicite les ressources individuelles. Premièrement, ce contexte d'incertitude qui marque les années 80 est favorisé par l'émergence d'une complexité des performances nécessaires aux activités de travail. Nous assistons alors, nous dit-il, à l'apparition d'une « *nouvelle organisation productive* » (Zarifian, 2001) n'exigeant plus du travailleur qu'il accomplisse uniquement certaines tâches bien définies, mais

plutôt un certain nombre d'activités décentralisées. Deuxièmement, il mentionne que l'individualité se manifeste par une réappropriation d'un pouvoir de l'acteur sur son travail, d'un « *retour de l'activité dans le sujet agissant* », c'est-à-dire que la personne, en plus d'être acteur au sein de l'entreprise, est également considérée comme « sujet réflexif » capable de mobiliser ses ressources personnelles et de faire preuve d'initiative et d'autonomie. Finalement, le « *délai client* » signifie que l'organisation de travail s'attend dorénavant à ce que le salarié juge de ce qu'il a accompli dans le but de satisfaire le client, ce qui marque un déplacement de la prescription des tâches vers celle des résultats.

Le Boterf (2005) questionne, quant à lui, la compétence professionnelle et se demande de quoi il s'agit et comment l'évaluer. Le point de départ de sa réflexion vise à comprendre non pas « ce qu'est la compétence », mais plutôt ce que représente « agir avec compétence ». Il estime que cela se situe par rapport à quelque chose, et plus précisément aux liens qui unissent les *ressources personnelles* aux *ressources externes* d'un individu. Selon l'auteur, la pratique professionnelle de ce dernier sera pertinente face à une situation professionnelle dans laquelle il produira un résultat donné, comparativement à un résultat attendu, l'écart entre les deux étant caractérisé par la *performance*. Dans les soins infirmiers, par exemple, la complexité des situations professionnelles qui se présentent à l'infirmière fait en sorte qu'on ne peut, écrit-il, « enfermer des critères d'évaluation dans des prescriptions strictes ». Cette pratique met plutôt en œuvre des « combinatoires de ressources pertinentes » pour atteindre un résultat donné.

Trois dimensions caractériseraient la compétence, selon Le Boterf (2005) : les ressources personnelles, les pratiques professionnelles et le retour réflexif sur l'action. Chacune d'elles se joindraient de la façon suivante : 1) une « combinaison mobilisatrice » unit les ressources personnelles et les pratiques professionnelles, 2) une « analyse des pratiques » joint les pratiques professionnelles au retour réflexif et 3) une « connaissance de ses ressources et de ses capacités à les utiliser » marie le retour réflexif aux ressources personnelles.

D'autres auteurs pourraient associer cette capacité de l'infirmière experte à de l'intuition, notion qui est très peu prise en compte dans les développements de pratiques basées sur les données probantes (Truman, 2003; Benner et Tanner, 1987).

Le deuxième groupe d'auteurs alimente un débat qui oppose la notion de compétence et celle de qualification. Selon Oiry et d'Iribarne (2001), cette première constitue un « glissement sémantique » qui fusionne la rupture qui existait jusqu'alors entre les qualifications attachées à un poste de travail et celles attachées à la personne, donnant ainsi l'illusion qu'un système basé sur les compétences serait transparent et qu'il produirait vraiment ce qui est décrit, de la même manière que le taylorisme prônait l'idée selon laquelle le travail et la qualification se pensaient scientifiquement tout en excluant tout compromis entre les acteurs concernés. Selon eux, la notion de compétence s'est ainsi instrumentée afin de remettre en cause le système des relations professionnelles et de créer un « nouveau rapport social » à l'intérieur d'un contexte de triple changement : l'organisation du travail, les exigences du marché et les technologies ainsi que la crise de la notion de poste de travail. Dubar (1996b) s'intéresse aux formes identitaires à considérer à l'intérieur de la notion de compétence, et estime, à l'instar des auteurs précédents, que son émergence s'inscrit dans une « tentative de débureaucratization » - dans ce cas-ci, celle de la Fonction publique française.

Dugué (1994) a analysé les conséquences de l'apparition de la notion de compétence dans les entreprises au cours des années 80. Cette notion apparaît comme une « nouvelle forme de domination », écrit-elle, dans les rapports entre la direction et les employés, qui prend racine dans la crise de l'activité du travail : fluctuations, déstructurations et restructurations, adaptabilité, etc. Les pratiques d'entreprises se caractérisent alors par des interventions individualisantes et psychologisantes de la part d'experts en vue de transformer psychologiquement l'employé et le laisser à lui-même, sans le traditionnel rapport de force entre lui et les gestionnaires.

En ce qui concerne plus précisément la pratique professionnelle dans le secteur des services, la tension entre le modèle de la compétence et celui de la qualification est illustré dans Couturier, Gagnon et Dumas-Laverdière (2004) alors qu'ils s'interrogent sur l'émergence de la notion de compétence sur la pratique des travailleurs sociaux. Pour ce faire, ils s'intéressent à l'analyse qu'en font différents points de vue : ergonomie, sociologie des métiers relationnels, gestion des ressources humaines. Deux mots clés ressortent de leur revue de ces courants de pensée : l'individu et le collectif. Selon les auteurs, la notion de compétence qui est actuellement privilégiée comme forme de gestion, et de « contrôle », des ressources humaines dans le domaine du travail social « décontextualise » les travailleurs sociaux en tant que collectif, pour considérer uniquement les membres qui le composent sous l'angle individuel, ce qui effriterait en quelque sorte cette « discipline ». Selon les auteurs, la notion de qualification constitue alors le cadre nécessaire de négociation et de reconnaissance du collectif de travail que représentent les travailleurs sociaux face à l'État. Cette reconnaissance s'inscrit sous forme de « codification sociale » et de négociations collectives : « Glisser vers la compétence participe d'une redéfinition d'un nouveau contrat social et nous amène vers un nouvel espace de négociation, hors du champ syndical par exemple » (Couturier *et al.*, 2004, p. 152), dans lequel « le chacun-pour-soi prime » (p. 153). Qui plus est, les « compétences transversales » définies à l'intérieur des grilles de compétences de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec²⁰ ne permettraient plus de distinguer la spécificité des travailleurs sociaux, contrairement à la notion de qualification, celles-là pouvant aussi bien être attribuées à un « citoyen attentionné » ou à « un tout autre travailleur », nous disent-ils.

Oiry (2004) précise que même si les notions de qualification et de compétence ne sont jamais scientifiques et objectives, elles sont néanmoins soumises à un « compromis social » qui dépend du rapport de force entre différents acteurs (salariés, responsables hiérarchiques, organisations syndicales, DRH, etc.), sous forme d'un

²⁰ Devenu l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec à l'été 2009.

équilibre dans leur rapport de force, et à un jugement qui se réfère non pas à ce que les salariés font, mais bien à ce qu'ils doivent faire.

Dans la même veine, Paradeise et Lichtenberger (2001) estiment que les dérégulations actuelles des rapports des entreprises et des marchés entraînent la recherche de solutions au niveau de la notion de compétence. Cette dernière prend alors la forme d'une réponse et d'une solution. Alors que la notion de qualification se rattache davantage aux postes de travail, à la règle de l'ancienneté et au classement des travailleurs, la notion de compétence, elle, transforme la nature de l'échange salarial en privilégiant non plus la conformité, la subordination et le contrôle, mais plutôt la mobilisation, l'autonomie et la confiance des salariés. À partir des règles fixes du modèle taylorien, la compétence fait apparaître un modèle axé sur l'évaluation mutuelle et la performance personnelle au sein d'un collectif de travail : « Rien dans le modèle de la compétence ne s'oppose à l'élaboration d'une nouvelle norme d'équité, porteuse d'un renouveau de la régulation conjointe » (Paradeise et Lichtenberger, 2001, p. 47).

Le Boterf (2005) croit que la notion de compétence ne s'oppose pas à celle de qualification, que les deux sont distinctes : la compétence peut enrichir la qualification. Il considère cette dernière comme un titre et diplôme issus d'une formation initiale qui reconnaît à une personne la capacité d'entrer dans une profession. Mais à la notion de qualification se grefferont différentes compétences. Dit autrement, à qualification égale, deux professionnels peuvent être plus ou moins compétents.

Malgré les différentes analyses qui ont cours relativement à la notion de compétence, et qui se manifestent à travers les groupes d'auteurs que nous avons cités, deux consensus émergent quant à cette dernière. En premier lieu, les auteurs s'entendent pour dire que les transformations économiques des trois dernières décennies combinées aux innovations technologiques sont deux facteurs qui ont eu une influence notable sur l'apparition de la notion de compétence. En second lieu, ils

s'entendent également sur le fait que le contexte ayant favorisé l'émergence de la notion de compétence est bien différent de celui qui prévalait lors de l'apparition de la notion de qualification durant le XXe siècle, et plus particulièrement durant les Trente Glorieuses (faible taux de chômage, production de masse relativement stable et un contexte économique favorable).

Malgré les éléments d'analyse convergents sur la notion de qualification et celle de compétence, un certain nombre divergent face aux postulats de base de cette dernière. Nous résumons l'ensemble de ces éléments dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Éléments de synthèse et critiques sur les notions de qualification et de compétence

Qualification	Compétence	Éléments critiques
<ul style="list-style-type: none"> • Secteur industriel • Classification selon les postes, ancienneté • Diplôme issu d'une formation initiale • Tâches définies, prescrites • Conformité, subordination et contrôle (Paradeise et Lichtenberger, 2001) • Pouvoir « désapproprié » de l'acteur. • Stabilité de la performance 	<ul style="list-style-type: none"> • Service des services (relationnel). • Ressources individuelles sollicitées (autonomie, initiative) (Zarifian, 2001), unification des ressources externes et internes à l'individu (Le Boterf, 2005) • « Enrichissement de la qualification de base » (Le Boterf, 2005) • Activités décentralisées et prescription des résultats selon le « délai-client » (Zarifian, 2001) • Mobilisation, autonomie et confiance des salariés. • Réappropriation du pouvoir et retour de l'activité dans le « Sujet agissant » (Zarifian, 2001) et « réflexif » (Le Boterf, 2005; Zarifian, 2001) • « Nouvelle organisation productive » et complexité de la performance (Zarifian, 2001), définie selon l'écart entre le résultat donné et celui attendu (Le Boterf, 2005) 	<ul style="list-style-type: none"> • « Tentative de débureaucratization » sous l'angle identitaire (Dubar, 1996b) • « Glissement sémantique » (Oiry et d'Iribarne, 2001) • « Renouveau de la régulation conjointe » (Paradeise et Lichtenberger, 2001) • Instrumentalisation et « nouveau rapport social » (Oiry et d'Iribarne, 2001), « compromis social » Oiry (2004) • Perspective individualisante et psychologisante (Dugué, 1994) • « Nouvelle forme de domination » (Dugué (1994)

En résumé, un compromis est présent quant au contexte fort différent ayant favorisé l'émergence de la notion de compétence, en opposition à celle de la qualification, mais non quant à sa nature et ses impacts dans les rapports sociaux. Si d'un côté elle rejoint ce que nous avons vu en matière de productivité et de « compétences relationnelles », et qui peut se manifester sous forme de « compromis social » (Oiry, 2004) ou d'enrichissement de la qualification (Le Boterf, 2005), d'un autre elle est vue comme une nouvelle forme de domination dans les rapports sociaux, en particulier entre les directions et les employés, tels que les professionnels salariés de l'État (travailleurs sociaux ou infirmières par exemple). La tendance notée en matière d'« industrialisation des services professionnels », à sa difficile standardisation des « dimensions relationnelles » (Gadrey, 1996), surtout dans un contexte de restrictions budgétaires, confirme certaines critiques du modèle de compétence qui nécessitent toutefois d'être nuancées en regard du cadre d'analyse présenté au premier chapitre.

La juxtaposition du Tableau 3, ci-dessus, avec le Tableau 1 portant sur les modèles hiérarchique-wébérien et de la Nouvelle gestion publique nous permet de constater des axes d'analyse similaires en ce qui concerne plus particulièrement le type d'administration (centralisée/décentralisée), de régulation (a priori/a posteriori) ou de rémunération (ancienneté/compétence ou performance), et qui sont caractéristiques de l'émergence du secteur des services combiné au déclin de celui industriel. Elle illustre également ce que Laville (2005) et Gadrey (1996) soulèvent comme idées en ce qui concerne la redéfinition actuelle de la productivité dans le secteur des services, entre autres celui de santé. En lien avec notre objet de recherche, il importe de rajouter que la juxtaposition de ces deux tableaux ne peut toutefois se faire sans préciser les « configurations organisationnelles », les parties de l'organisation ou encore les « mécanismes de standardisation » (Mintzberg, 1982) auxquels nous faisons précisément référence. Leur prise en compte permet de nuancer, de distinguer et d'adapter les éléments synthèses et critiques explicités ci-dessus à une organisation de soins en transformation dans laquelle se déroulent des activités professionnelles d'infirmières vieillissantes, en particulier lorsqu'il est question d'autorité

administrative/professionnelle, de professionnel/semi-professionnel ou de monopole public/marchés et quasi-marchés. À cet égard, nous verrons à la prochaine section que Lapointe *et al.* (2000) concluent que, somme toute, les transformations actuelles ne sont pas « automatiquement » synonymes d'une « rationalisation industrielle » du travail infirmier.

En plus de cette tension entre le modèle hiérarchique-wébérien/Nouvelle gestion publique ainsi que celle qui illustre le débat qualification/compétence, il y a aussi l'acteur. Le passage des théories classiques de l'organisation à celle de l'action organisée promue par Michel Crozier (Friedberg, 1997), et qui est synthétisé au Tableau 2, nous indique que le modèle classique de la rationalité de l'acteur au sein d'une organisation aux frontières bien délimitées, voire cloisonnées, a dorénavant fait place, rappelons-le, à des relations d'interdépendance au sein d'un système social complexe, instable, qui est plutôt constituée de frontières poreuses avec un environnement rempli d'incertitudes.

Le cas du personnel soignant

La recherche de Lapointe *et al.* (2000) s'avère particulièrement éclairante pour nous guider dans notre compréhension quant à l'influence des transformations du secteur de la santé sur le travail infirmier. Après avoir décrit les caractéristiques de la reconfiguration du système de santé québécois en fonction des principales dimensions qui illustrent le modèle étatsunien - gestion du réseau, gestion de l'emploi, gestion et planification de la production des soins dans l'hôpital ainsi que l'organisation du travail infirmier - les auteurs cherchent à savoir dans quelle mesure ces transformations sont présentes dans l'actuelle reconfiguration du réseau de santé du Québec et en quoi elles modifient le travail infirmier. Pour ce faire, ils ont procédé à des observations directes à l'intérieur de six unités de soins en plus d'effectuer des entrevues avec un certain nombre d'informateurs-clés. Deux éléments importants ressortent des résultats obtenus.

Dans un premier temps, les auteurs rappellent que ce sont les compressions budgétaires des dernières années qui ont commandé les transformations en question, surtout en ce qui a trait à la réduction de la durée d'hospitalisation et des coûts. Ces compressions ont occasionné, disent-ils, une perte considérable d'expertise se traduisant par un impact qui mérite d'être évalué plus finement auprès des « survivants » (Lapointe *et al.*, 2000, p. 70) encore en poste. Dans un deuxième temps, ils s'appuient sur les transformations étatsuniennes en matière de gestion et de planification de la production des soins pour souligner l'importance accordée à la typification des cas (*DRG*) et à un système de gestion des cas appelé Suivi systématique de clientèle (*case management*). Ces orientations visent entre autres à réduire la variabilité de la pratique médicale et infirmière.

Rejoignant les idées développées par Gadrey (1996), l'équipe de recherche estime que ces nouvelles orientations dans la gestion et la planification des soins n'entraînent pas automatiquement une « rationalisation industrielle de leur travail », mais peut offrir, au contraire, une « rationalisation professionnelle » qui fait appel à leur jugement ainsi qu'à leur autonomie professionnelle devant la complexité et l'individualisation des cas, entre autres en privilégiant le renforcement des équipes multidisciplinaires²¹. Mais ce processus ne s'applique toutefois pas uniformément selon les unités de travail étudiées; deux configurations sont observées selon la nature des soins dispensés : un modèle de déprofessionnalisation (unités de médecine générale et d'orthopédie) et un autre de professionnalisation (unités coronarienne et de soins ambulatoires). Les auteurs sont alors tentés de conclure que l'émergence de ces deux trajectoires est influencée par la spécialisation de l'unité de travail, mais il

²¹ Ces équipes prennent des formes similaires à celles des groupes d'amélioration de la qualité que nous retrouvons dans le secteur manufacturier. Sur le terrain, domine actuellement au Québec une approche centralisée offrant peu de possibilités de participation des infirmières. Cette centralisation et hiérarchisation sont également présentes au niveau du travail d'équipe. Le personnel travaille surtout sous la supervision d'une infirmière chef d'équipe. (Aux États-Unis, c'est d'ailleurs dans cette optique que les coûts salariaux ont été considérablement baissés en confiant à du personnel non infirmier - unlicensed assistive personnel - des tâches considérées comme ne requérant pas les qualifications professionnelles des infirmières. C'est alors que le travail infirmier est fragmenté selon le degré de complexité des tâches élémentaires à accomplir. Les infirmières se retrouvent alors avec des responsabilités de gestion des cas et de prestation de soins complexes et plus techniques, laissant aux autres catégories professionnelles des tâches de bases moins bien rémunérées) (Lapointe *et al.*, 2000).

appert que ce sont davantage les choix organisationnels qui en soient responsable, entre autres l'alourdissement des tâches.

Une des contributions enrichissantes de la recherche de Chayer (2000) est de mettre en évidence l'impact de l'hétérogénéité des transformations de la pratique de soins selon l'unité de travail, et non seulement les catégories professionnelles. Pour ce faire, l'auteure a étudié l'impact de la restructuration des soins de santé sur la qualification et l'autonomie du personnel travaillant dans deux unités distinctes : médecine interne et cardiologie. À la lumière de ses travaux, ce n'est pas tant le modèle de soins qui influence la qualification de l'infirmière, mais plutôt l'unité dans laquelle elle travaille.

L'impact de l'organisation de travail sur le travail infirmier a également été étudié par Carpentier-Roy (1995), sous l'angle spécifique de la souffrance au travail promue par les travaux de Christophe Dejours. Bien que sa démarche s'éloigne de la perspective qui est présentée dans le présent projet, et qu'elle ne porte pas spécifiquement sur les infirmières vieillissantes, la pertinence de s'y référer réside dans l'importance de considérer l'autonomie de la pratique infirmière sous l'angle de l'hétérogénéité des milieux de travail. Selon l'auteure, cette autonomie passe par des caractéristiques propres à la réussite sociale (dénonciation, condamnation, révolte, désir de reconnaissance professionnelle, désir de responsabilité et pratiques conflictuelles) et non plus par celles propres à la soumission (silence, tolérance, excuse et l'absence de désir de mobilité ascendante et partage de responsabilité). Les données de sa recherche indiquent que ce sont surtout l'absence de reconnaissance et de pouvoir réel chez l'infirmière qui aura un impact sur sa déqualification et dévalorisation de son travail. Pour ce faire, elle estime essentiel de saisir les différences entre *l'organisation du travail prescrit et réelle* afin de mieux comprendre les notions de plaisir et de souffrance au travail qui en découlent. L'impact de l'organisation de travail sur les infirmières rejoint en quelque sorte la manifestation complexe de l'autonomie professionnelle présentée dans les travaux précédents.

D'ailleurs, le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000) met en valeur un certain nombre de problèmes vécus par le personnel soignant, surtout la détresse psychologique. Cette dernière, nous dit globalement la Commission, serait d'ailleurs une des principales causes du taux élevé d'absentéisme dans ce secteur d'activité. Entre 1993 et 1999, on indique qu'il a connu 25% d'augmentation des coûts de l'assurance salaire, pour un total évalué à 350 millions de dollars uniquement en 1999-2000, y compris les dépenses en CSST. Plusieurs groupes professionnels, dont les médecins, sont d'avis que des malaises tels qu'une « mauvaise ambiance de travail » ou une « mauvaise image de leur travail », les tracasseries ou la lourdeur administrative nuisent à leur travail, leur enlève une « emprise » sur celui-ci (p. 113).

En plus d'être démontrée par l'équipe de Lapointe *et al.* (2000), l'importance de cet impact différencié selon la place occupée dans l'organisation de travail a également été mise de l'avant dans la recherche de Lauzon (2003). Nous y reviendrons à la prochaine section, qui abordera spécifiquement le cas des infirmières vieillissantes. En somme, nous retrouvons une convergence des différentes études qui, bien que reposant sur des bases théoriques et conceptuelles différentes, montrent tout de même que la « réalité » du personnel soignant n'est pas homogène à travers le vaste secteur de la santé. Non seulement différentes orientations académiques sont possibles – des études collégiales au doctorat universitaire- et différents titres sont portés - des infirmières auxiliaires aux premières infirmières praticiennes spécialisées, les « superinfirmières » (Bourgault-Côté, 2006a) -, mais, en plus, l'établissement où elles travaillent - Centres hospitaliers généraux et spécialisés, Centres locaux de services communautaires, Centres d'hébergement et de soins de longue durée, etc. -, le groupe d'âge auquel elles appartiennent - plus ou moins de 45 ans - 40 ans et moins ou 40 ans et plus) ou encore l'unité de soins où elles dispenseront les soins - Cardiologie, Médecine interne, etc.-, seront tous des facteurs qui caractériseront différemment ce grand groupe professionnel, souvent considéré comme un tout, alors que le phénomène se présente de manière plus complexe, différenciée.

La recherche d'Alderson *et al.* (2005) porte exclusivement sur le travail infirmier en soins de longue durée. Les auteurs cherchent à comprendre l'impact de la réorganisation du travail infirmier sur le sens du travail et la santé mentale des infirmières. Pour ce faire, ils s'appuient sur les changements dans le système de soins, l'apparition de l'« approche milieu de vie » et l'implantation d'un nouveau système informatique d'information sur la clientèle, le Système d'Information clientèle en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (SICHELD).

Larivière (1994) s'appuie sur Thompson, Baker et Smallwood (1986) afin de mettre en valeur les différentes caractéristiques propres aux diverses étapes d'une carrière professionnelle en tenant compte des compétences spécifiques qui se rattachent pour chacune d'elles. Ces auteurs ont déterminé que chacune des quatre étapes qu'ils ont identifiées permettait à l'individu d'augmenter la maîtrise de son travail et de contribuer au développement de l'organisation. Les employés se situant à l'étape 1 sont supervisés et dirigés par un professionnel chevronné tandis que ceux de l'étape 2 ont développé une spécialisation professionnelle et maîtriseront leur mode d'intervention auprès d'une clientèle. À l'étape 3, se retrouvent des professionnels reconnus dans leur domaine qui travaillent parfois déjà dans des secteurs complémentaires et, finalement, les professionnels ayant atteint l'étape 4 contribuent de façon significative à déterminer les orientations d'une organisation de travail en exerçant un pouvoir formel et informel important. À chacune de ces étapes, les travailleurs présentent des compétences spécifiques.

Selon Larivière (1994), les salariés du secteur de la santé et des services sociaux atteignent toutefois une limite dans le développement de leur carrière qui plafonne bien souvent à l'étape 2, en particulier en raison du style de gestion en place. L'auteur estime que certains facteurs expliquent cette limite au développement de la carrière de l'individu: le style de gestion majoritairement de type traditionnel (néo-taylorien ou techno-bureaucratique), les possibilités limitées de défis ou les réorganisations de travail qui ne solutionnent pas les problèmes de fond. Seuls quelques professionnels atteindront l'étape 3 si l'environnement de travail le permet (par exemple un plan de

développement des ressources humaines identifiant et encourageant les talents en confiant des tâches précises). L'atteinte de l'étape 4 est plus rare dans le contexte de travail actuel. Nous y retrouvons des employés assumant des fonctions d'encadrement, même si un pourcentage important de ces personnes n'a pas de véritables préoccupations cliniques.

Une recherche s'est déjà penchée sur les compétences mises en œuvre par des personnes travaillant dans le secteur de la santé au Québec. La perspective ergonomique de Cloutier, David, Teiger et Prévost (1999) montre, entre autre choses, que les assistantes sociales et familiales développent des « stratégies compensatoires » dans un contexte de travail s'étant intensifié en raison de la réduction de personnel des dernières années. Ces stratégies, nous disent les auteures, favorisent le développement de leurs compétences, car, sans celles-ci, ces dispensatrices de soins auraient de la difficulté à accomplir uniquement les tâches attendues.

Pour conclure, des données de recherches indiquent que les nouvelles orientations en matière de gestion et de planification de soins n'entraînent pas « automatiquement » (Lapointe *et al.*, 2000) une rationalisation industrielle du travail infirmier mais peuvent, au contraire, offrir une « rationalisation professionnelle » qui permette l'exercice d'un jugement et d'une autonomie devant la complexité de l'environnement. Toutefois, un des points majeurs à retenir de l'évolution de travail du personnel soignant est l'impact hétérogène de ce rapport selon la place occupée au sein d'un cadre bureaucratique soumis à de nouveaux critères de productivité qui s'illustrent par une intensification du travail. Malgré leur cadre théorique et méthodologique différent (sociologique, psychodynamique du travail, ergonomique), plusieurs recherches montrent clairement une « réalité » différente à travers le vaste réseau de la santé et des services sociaux, et souvent au sein d'une même organisation. Cette hétérogénéité des milieux de travail se manifeste par un espace d'autonomie et de jugement des dispensatrices de soins. Le contexte de réorganisation de travail et de son impact sur le rapport entre les autorités

administratives/professionnelles, ou sur les mécanismes de coordination, entraînent des répercussions sur l'évolution de carrière ou les compétences du personnel soignant. Ces formes seront aussi influencées par l'émergence des agences privées de placement du personnel.

Agences privées de placement de personnel infirmier

L'attraction et la rétention du personnel infirmier au sein du réseau public de santé, ainsi que la stabilité des équipes de soins, constituant un enjeu majeur, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec a mandaté la firme de sondage CROP²² dans le but de 1) dresser un profil socio-démographique des infirmières que l'on retrouve au sein des agences de placement, 2) d'identifier les raisons et les facteurs qui les poussent à travailler au sein des agences privées et 3) d'évaluer les « intentions futures » de ces infirmières quant au réseau public, dont la possibilité d'envisager ce dernier comme employeur exclusif (OIIQ, 2008a).

Bien que les données de ce sondage indiquent le caractère « marginal » des infirmières qui travaillent au sein des agences privées de placement – celles-ci représentent 2,9 % de l'ensemble des membres inscrits et 3,5 % des infirmières qui œuvrent au sein du réseau public -, il n'en reste pas moins que « (...) le nombre d'infirmières qui déclarent une agence comme employeur principal a doublé entre 2000 et 2007, passant de 1 060 à 1924 ». Ces agences sont présentes principalement dans quatre régions du Québec, mais se concentrent surtout à Montréal. En effet, Montréal et Laval regroupent pratiquement la moitié des effectifs infirmiers d'agences. Cependant, la situation est « particulièrement critique » à Montréal compte tenu de la diminution générale de l'effectif infirmier du secteur public couplée à une « augmentation importante du nombre d'infirmières recrutées par des agences, passant de 660 à 818 » (OIIQ, 2008a).

²² 500 questionnaires ont été complétés pendant un peu plus d'une semaine durant le mois de janvier 2008 par des infirmières inscrites au Tableau des membres, choisies de façon aléatoire.

Tout d'abord, le profil socio-démographique des infirmières qui travaillent au sein des agences privées nous apprend que nous retrouvons majoritairement des femmes (86%) qui occupent un poste d'infirmière (78%), et qui sont réparties presque également dans les quatre groupes d'âge suivants :

- moins de 29 ans (22%);
- 30-39 ans (35%);
- 40-49 ans (22%);
- 50 ans et plus (21%).

Plus de la moitié (56%) n'ont pas d'enfants d'âge scolaire; la majorité des autres estiment que leur travail via une agence facilite beaucoup/assez la conciliation travail-famille. Les années d'expérience des infirmières qui travaillent au sein d'agences privées se répartissent de la façon suivante :

- 2 à 5 ans (29%);
- 6 à 10 ans (19%);
- 11 à 20 ans (24%);
- plus de 20 ans (25%).

Une majorité (61%) a une formation de base de niveau collégial, 25% des infirmières ont quant à elles complété un baccalauréat universitaire; plus des trois quart (78%) ne poursuivent pas des études.

Les résultats de ce sondage nous apprennent en outre que presque la moitié (46%) des infirmières sondées ont mentionné avoir travaillé dans le domaine de la gériatrie/CHSLD/soins de longue durée et 29% en soins à domicile au cours des 12 mois précédant la collecte de données, soit les taux les plus élevés. La pratique infirmière dans le domaine des soins à domicile présente d'ailleurs des données bien spécifiques.

En effet, nous y retrouvons un surreprésentation d'infirmières qui y travaillent de jour, soit 68% comparativement à un taux général de 44%. Également, le tiers (33%) d'entre elles se fait offrir une période d'orientation à l'emploi de plus de deux jours, alors que seulement une infirmière sur dix (10%) bénéficie de cette orientation dans le domaine de la gériatrie/soins de longue durée.

Dans l'ensemble, 59% des infirmières sondées travaillent uniquement pour l'agence et le tiers travaillent également pour le secteur public; elles ont précédemment presque toutes travaillé exclusivement pour le secteur public. Les plus jeunes infirmières, quant à elles, sont plus mobiles entre les domaines de pratique de soins, et occupent en plus grand nombre (41%) également un emploi dans le secteur public. Le tiers des répondantes sont toujours/souvent appelées à changer d'établissement de santé, contre 39% qui sont rarement/jamais appelées à le faire. À ce propos, le dernier rapport statistique sur l'effectif infirmier soulevait l'hypothèse que l'augmentation du nombre de nouvelles infirmières inscrites au Tableau des membres au cours des dernières années ait pu se manifester par une migration vers le secteur privé, en particulier les agences de placement de personnel : « C'est le nombre d'infirmières qui travaillent exclusivement pour le compte d'agences qui connaît la plus importante croissance, soit près de 60% » (OIIQ, 2008b).

Enfin, près de la moitié (46%) des infirmières sondées ne font pas d'heures supplémentaires, mais travaillent (47%) les fins de semaine. Les trois quart (73%) des répondantes travaillent souvent/à l'occasion le soir, la nuit ou la fin de semaine, contre 28% qui choisissent rarement/jamais ces plages horaires (OIIQ, 2008a).

En ce qui concerne, en second lieu, l'identification des raisons et des facteurs ayant conduit ces infirmières vers les agences, les résultats indiquent que le choix de l'horaire est la source de motivation principale (97%), surtout chez les plus jeunes, suivi par les conditions de travail (94%), particulièrement pour celles qui travaillent dans le secteur des soins à domicile (78%). Ensuite, 70% des infirmières sondées qui travaillent le soir identifient le taux horaire plus élevé comme un critère très

important. Si nous nous concentrons spécifiquement sur le groupe d'âge de 50 ans et plus, nous observons que 76% d'entre elles trouvent le critère *Revenu d'appoint à la retraite* assez ou très important. Sans surprise, il est également mentionné que le critère *Préparation à la retraite* gagne en importance à mesure que l'infirmière est âgée : elles l'estiment assez ou très important à hauteur de 60% comparativement à 37% pour les infirmières qui sont gestionnaires. Enfin, la *Charge de travail allégée* gagne l'appui de 66% des répondantes de 50 ans et plus, en plus de celles, tous groupes d'âge confondus, qui travaillent dans le domaine des soins à domicile (69%).

La flexibilité des horaires est un critère plus important chez les infirmières parents (67%) que chez celles âgées de 50 ans et plus (46%). Très peu de répondantes (4%) soulignent une « mauvaise attitude ou acceptation par les équipes en place »; presque la totalité (96%) se disent très bien/plutôt bien acceptées dans les établissements où l'agence les affecte. « Plus les infirmières sont âgées, plus elles sont nombreuses à être très bien acceptées » (73% pour les 50 ans et plus contre 52% pour les moins de 29 ans) : « celles qui font régulièrement ou à l'occasion du temps supplémentaire ont plus tendance à se dire bien acceptées », ce qui fait dire qu'« une combinaison expérience/support pour atténuer les surcharges de travail semble favoriser l'acceptation des infirmières d'agences ». Il en va de même pour celles qui ont déjà exclusivement travaillé dans le secteur public : elles sont plus nombreuses à se dire entièrement/très satisfaites de leur situation de travail en agence. Toutefois, le niveau de satisfaction est moins élevé (28%) chez celles qui travaillent en gériatrie/soins de longue durée, comparativement aux soins critiques (44%).

Pour terminer, les trois quarts (73%) des répondantes n'ont pas l'intention de travailler exclusivement pour le réseau public, et cette proportion est encore plus importante (80%) chez les 50 ans et plus (61% pour les 29 ans et moins). Celles qui travaillent le soir (41%) ou qui font régulièrement du temps supplémentaire (44%) envisagent davantage un changement exclusif vers le réseau public. Les principales raisons pour changer vers le réseau public sont les suivantes : avantages sociaux (54%), stabilité d'emploi (49%) et appartenance à une équipe (16%), salaire (9%),

formation (7%), etc. Le régime de retraite (94%), la garantie d'emploi (93%), la formation continue (91%) constituent quelques-uns des critères de choix du travail dans le réseau public de santé et de services et représente un facteur très important/assez important pour 94% des répondantes.

Ces chiffres contrastent avec la situation ontarienne. L'étude de Denton, Zeytinoglu, Davies et Lian. (2002) est éclairante quant au stress et à l'insatisfaction au travail des travailleurs en maintien à domicile dans un contexte de restructuration des soins de santé. Il est le fruit d'une recherche empirique effectuée au sein d'agences à but non lucratif de soins à domicile d'une ville ontarienne. Leurs résultats indiquent que les restructurations du système de santé par le gouvernement ont donné lieu à une détérioration des conditions de travail des personnes qui offrent des services de soutien à domicile par le biais d'agences privées : la réduction des liens avec les collègues ou encore la surcharge de travail, par exemple.

Dans leur recherche sur l'organisation des soins infirmiers primaires en milieu pluriéthnique, Cagnet *et al.* (2005) ont procédé à un découpage de leurs résultats de recherche selon trois types de secteurs de soins : les Centres locaux de services communautaires, les agences privées de soins infirmiers et le secteur privé à but non lucratif (associations de soins infirmiers). Les chercheurs ont opté pour une analyse transversale de ces secteurs compte tenu des points de ressemblance entre différentes organisations appartenant à des secteurs différents. Bien que des caractéristiques propres à chacun de ceux-ci soient présentes, par exemple leur taille, leur âge ou leurs mécanismes de coordination (les CLSC auront généralement un mode de fonctionnement et une ligne hiérarchique plus complexe que les agences privées de placement de personnel), il reste néanmoins que des ressemblances caractérisent les établissements de l'ensemble des secteurs.

Les auteurs schématisent l'ensemble des treize entreprises de leur échantillon en fonction d'une grille d'analyse transversale définie à partir de la typologie de

Mintzberg (Cognet *et al*, 2005, p. 102). Globalement, trois traits dominants ressortent malgré le caractère « poreux » de ces idéaux-types :

1. Les CLSC tendent principalement vers les configurations mécanistes et/ou professionnelles (mis à part ceux de petite taille au sommet stratégique fort);
2. La majorité des agences privées présente, quant à elles, une configuration centralisée;
3. Les agences privées qui présentent une envergure nationale et internationale tendent, toutefois, vers une configuration divisionnalisée.

En résumé, bien que le nombre d'effectifs infirmiers inscrits au Tableau des membres de l'OIIQ et travaillant au sein d'agences privées soit « marginal », il reste néanmoins que leur nombre augmente rapidement, de façon telle que la situation montréalaise atteint une « situation particulièrement critique ». C'est dans ce contexte que le sondage commandé à la firme CROP par l'OIIQ nous indique que les groupes d'âge des infirmières qui y travaillent y sont répartis de façon plutôt égale. La présence et l'absence d'enfant d'âge scolaire au sein de la famille sont aussi réparties assez également. Ces deux caractéristiques teintes à la fois le profil socio-démographique, notamment les domaines de travail, l'identification des raisons et des facteurs qui incitent les infirmières à travailler pour des agences et leur motivation à retourner travailler exclusivement au sein du réseau public.

Les plus jeunes infirmières sont plus enclines à la mobilité entre les domaines de travail, en plus d'alterner en plus grand nombre entre une pratique au sein des agences privées et du réseau public, que les plus âgées. Le choix de l'horaire de travail est un critère plus important chez les premières, ce qui n'est par surprenant si l'on considère que la moitié des répondantes qui ont un enfant d'âge scolaire estiment que le travail via une agence facilite beaucoup/assez la conciliation travail-famille. Elles sont toutefois moins nombreuses que les infirmières de 50 ans et plus à ne pas avoir l'intention de travailler exclusivement pour le réseau public; l'attrait principal étant les avantages sociaux et la stabilité d'emploi. Une attention sur les infirmières de

50 ans et plus nous indique, en revanche, que les critères qui concernent spécifiquement leur « cycle de vie » gagnent davantage en importance, tels que le *Revenu d'appoint à la retraite*, la *Préparation à la retraite* ou une *Charge de travail allégée*. Également, il appert que leur « combinaison expérience/support pour atténuer les surcharges de travail » semble favoriser leur acceptation au sein des établissements, et particulièrement lorsqu'elle se manifeste par l'acceptation de faire régulièrement ou à l'occasion du temps supplémentaire (peu importe le groupe d'âge, plus de la moitié des infirmières en font, en plus de choisir de travailler souvent/à l'occasion le soir chez les trois quarts).

À ce compte, les données de ce sondage sont loin de présenter un portrait sombre du travail au sein des agences privées ontariennes, et particulièrement dans le domaine des soins à domicile. Qui plus est, une analyse transversale de trois types de secteurs de soins qui incluent les secteurs public et privé, dont les agences privées de soins infirmiers, fait ressortir des ressemblances dominantes entre ces organisations, selon une typologie de Mintzberg.

Conclusion

Ce chapitre a mis en évidence une histoire et une évolution du travail infirmier, et de ses modèles de pratique, qui ont été marquées tant par des opportunités que des contraintes, ainsi que des éléments externes et internes à leur frontière professionnelle (Abbott, 1988) qui ont influencé le cadre bureaucratique à l'intérieur duquel se déroule l'activité professionnelle. Le « brouillage des frontières » (Laville, 2005) qui se manifeste depuis les années 90 a un impact important tant sur le cadre bureaucratique que sur l'activité professionnelle, et se caractérise surtout par une redéfinition de la productivité en matière de services. Dans le contexte actuel, ce sont surtout les restrictions budgétaires, le contrôle des dépenses ou la réduction des effectifs qui sont préconisés, et ce, malgré la possibilité d'autres modèles de gestion de soins innovateurs (par exemple les *Magnet hospitals*). Cette tendance à l'« industrialisation des services professionnels » (Gadrey, 1996) n'est pas sans

susciter des réserves quant à la possibilité de standardisation des compétences relationnelles nécessaires aux activités professionnelles en matière de santé.

Sur la question de la compétence, il se dégage un compromis quant au contexte de déclin du secteur industriel ayant marqué l'apparition de ce concept, mais de vives divergences en ce qui concerne sa nature et ses impacts sur les rapports sociaux, et en particulier ceux entre les directions et les salariés. Dans le domaine infirmier, des recherches concluent que les nouvelles orientations en matière de gestion et de planification de soins n'entraînent toutefois pas « automatiquement » une rationalisation industrielle du travail mais peuvent, au contraire, offrir une « rationalisation professionnelle » (Lapointe *et al.*, 2000) qui permette l'exercice d'un jugement et d'une autonomie face aux situations complexes. Néanmoins, l'évolution des activités professionnelles prend des formes hétérogènes selon la place qu'occupe la personne dispensatrice de soins au sein de l'organisation de travail. De nos jours, les agences privées de placement constituent un joueur important qui vient brouiller les parcours traditionnels de carrière, et plus particulièrement les formes que prennent le début et la fin de la vie professionnelle chez le personnel soignant. Dans le prochain chapitre, nous analyserons en détails ce qui en est plus précisément pour les infirmières d'expérience, notamment en ce qui concerne les processus de maintien et de cessation de l'activité professionnelle.

3 VIEILLISSEMENT EN EMPLOI ET INFIRMIÈRES D'EXPÉRIENCE

Le choix de nous concentrer sur l'activité professionnelle des infirmières d'expérience s'avère pertinent compte tenu, répétons-le, qu'elles sont à la fois les représentantes de l'histoire et l'évolution des dernières décennies, en plus d'être les « survivantes » (Lapointe *et al.*, 2000) des réformes et transformations dont les conséquences se font encore sentir aujourd'hui. Dans un premier temps, nous camperons la problématique générale du vieillissement en emploi pour ensuite nous concentrer sur celle spécifique au domaine infirmier.

Ce thème est le dernier qui porte sur une des quatre dimensions abordées par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000), soit les ressources humaines. Il vise surtout à comprendre comment se caractérise le vieillissement en emploi chez les infirmières à travers les transformations décrites précédemment (législatives, organisationnelles, pratiques de gestion des soins, etc.). Plusieurs écrits ont été recensés sur cette question; nous verrons certaines convergences et les divergences. Par exemple, des idées s'opposent en ce qui concerne les mesures à prendre face au vieillissement généralisé de cette catégorie professionnelle. Si d'une part certains privilégient le statu quo quant aux règles en vigueur relativement aux régimes de pension, et à la possibilité de prendre une retraite anticipée, d'autres au contraire sont d'avis que ces règles doivent être modifiées en raison des pénuries anticipées de personnel soignant qui sont largement confirmées par les données démographiques.

D'ailleurs, les préoccupations relatives au vieillissement du personnel infirmier ne sont pas nouvelles. Voilà presque un quart de siècle, déjà, des préoccupations étaient soulevées quant à l'importance de considérer l'expertise des infirmières dans la perspective annoncée du vieillissement de leurs effectifs (Mallison, 1987). Nous nous retrouvons aujourd'hui confrontés inexorablement aux conséquences de cette problématique, et ce, malgré les préoccupations répétées sur cette question (Gray, 2003; Desrosiers, 1997).

Déjà au début de la dernière décennie, il était noté que le groupe d'individus âgés entre 45 et 64 ans était passé du cinquième de la population durant les années 90, au quart en 2001. Il était alors prévu que ce ratio serait du tiers en 2011. Cette augmentation de l'âge moyen de la population a une influence, entre autres, sur les organisations de travail, les politiques publiques, mais aussi les régimes de retraite (Statistique Canada, 2002).

Les systèmes de retraite que nous connaissons aujourd'hui se sont principalement construits après la période d'après-guerre (1940-1960) dans le cadre d'un consensus autour du « risque vieillesse » assumé de façon intergénérationnelle. La mise en place de ces systèmes durant les Trente glorieuses a grandement influencé, par la suite, l'émergence d'une culture de « droit à la retraite » au sein des sociétés occidentales, ainsi que le renforcement d'un cycle de vie ternaire où la jeunesse est synonyme de formation, la vie adulte de travail et la vieillesse de retraite (Guillemard, 2003). La décennie 90 s'illustre par la conception et le réaménagement de politiques publiques visant à promouvoir la prise de retraite anticipée, et ce, malgré la lutte contre la stigmatisation de l'âge en milieu de travail (Guillemard, 1996).

Lesemann (2003) souligne que les premières recherches qui se sont intéressées à la problématique du vieillissement en emploi en Amérique du nord ont principalement porté sur les processus d'exclusion de cette catégorie de travailleurs au profit d'un abaissement du taux de chômage des plus jeunes, alors que dans les faits, les entreprises n'ont pas profité de ces départs pour favoriser leur embauche, mais plutôt pour réduire leurs coûts de main-d'œuvre²³. Dans D'Amours *et al.* (1999), il est mentionné que c'est surtout la référence française de la société salariale en déclin qui a alimenté la réflexion et les travaux portant sur le vieillissement en emploi, et plus particulièrement en percevant le travailleur âgé comme « victime » d'un univers de

²³ La recension des pratiques d'entreprises en cette matière par Guérin (1991) s'avère particulièrement éclairante.

production en déclin²⁴. Or, des travaux ont par la suite permis de comprendre que ces travailleurs étaient également « dotés de capacités de choix et de stratégies » (D'Amours *et al*, 1999), entre autres dans leurs capacités de repositionnement, et non uniquement comme des victimes de restructurations plus larges. Les orientations de recherche ont alors cherché à mieux comprendre les processus associés au vieillissement en emploi selon les secteurs d'emploi, et aussi en fonction du travail effectué.

Guillemard (2003) s'est intéressée aux entreprises face au vieillissement de la main-d'œuvre dans le cadre de sa réflexion plus large sur le vieillissement dans une perspective de comparaison internationale. Elle souligne la marge d'autonomie non uniforme qu'ont les entreprises face à l'institution des politiques publiques selon les pays, ce qui induit une lecture hétérogène du phénomène de l'âge et l'emploi au niveau international. Bien qu'elle ne traite pas de l'exemple canadien, nous pouvons le situer entre le système étatique français et le modèle étatsunien/Royaume-Uni marchand²⁵. Le premier est caractérisé par une absence de vision prospective en matière de vieillissement de la main-d'œuvre, un cadre législatif coercitif et dirigiste, *un système de retraite étroitement lié à l'ancienneté et un comportement réactif des entreprises face aux généreux dispositifs publics de sorties précoces d'activité*, selon l'auteure. Cette *forte externalisation* des salariés âgés canadiens est moins prégnante compte tenu d'un plus grand laisser-faire associé au système marchand, et encore plus aux États-Unis.

Cette influence que peuvent exercer les politiques publiques sur les entreprises en ce que concerne le vieillissement de la main-d'œuvre s'inscrit dans une réflexion qui privilégie, nous informe la littérature, *une société plus active à tous les âges et une*

²⁴ C'est entre autres en référence à ce modèle que l'âge de 45 ans est apparu être le moment cible pour parler de « travailleur âgé » et ce, en raison des critères institutionnels définissant l'éligibilité des programmes de retraite anticipée, surtout dans des secteurs traditionnels tel que la sidérurgie.

²⁵ Dans la conférence d'ouverture qu'elle a donnée dans le cadre du symposium *Vieillesse et citoyenneté* qui a eu lieu à la Bibliothèque Nationale du Québec le 1 novembre 2005, Guillemard (2005) a souligné la place intermédiaire du Canada en ce qui a trait au déclin massif de l'emploi chez les 55-64 comparativement à la Suède (et dans un moindre cas le Japon) et le reste de l'Europe occidentale.

gestion plus qualitative et différenciée des trajectoires professionnelles. Cette réflexion prend racine dans la contraction actuelle et à venir de la population active s'illustrant par la retraite des baby-boomers et l'entrée d'une génération plus mince de jeunes travailleurs. Il en découle l'importance d'adopter de nouvelles modalités de gestion des ressources humaines et des pratiques innovantes des entreprises en matière, nous dit Guillemard (2003), de « lutte contre les barrières des âges » : mesures ergonomiques, formations ciblées, pratiques d'embauche non discriminatoire en fonction des âges, etc.

Il s'avère dès lors complexe et délicat de définir exactement ce que nous entendons par « vieillissement en emploi ». Comme cela a été souligné dans Lagacé *et al.* (2005), « il n'y pas un vieillissement, mais, pourrait-on dire, des vieillissements » (p. 6), car si le vieillissement se manifeste, bien entendu, de façon individuelle, il est aussi la conséquence de l'organisation de travail. Cette influence dépendra, entre autres, de la pénibilité des tâches effectuées ou encore des compétences qui seront ou non valorisées. C'est pour cette raison que la recherche de Lagacé *et al.* (2005) s'est intéressée à comprendre comment les pratiques d'entreprises (l'organisation de travail, l'âge de la retraite, etc.) influençaient les processus de vieillissement en emploi et ce, dans une perspective sectorielle : secteur manufacturier et des soins infirmiers. Nous reprendrons d'ailleurs des éléments empiriques de ce dernier secteur à la partie 2 de cette thèse.

Bref, devant un vieillissement de la population qui se fait de plus en plus prégnant, la question reliée à son processus en emploi s'avère d'une grande actualité. Un regard historique permet de mieux saisir les phénomènes actuels. Le rapport de l'âge de la personne à son travail s'est tantôt analysé sous l'angle des « victimes » d'un contexte économique particulier, notamment d'une société industrielle en déclin, tantôt dans la perspective des « capacités de choix et de stratégies » (D'Amours *et al.*, 1999) des acteurs face à leur environnement. Tandis qu'autrefois les régimes de retraite étaient considérés comme une protection face au « risque vieillesse », ils sont dorénavant considérés comme un « droit à la retraite » (Guillemard, 2003). Toutefois, de nos

jours, il est de plus en plus question d'une « société active à tous âges », compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie, entre autres choses. La prise en compte de l'activité professionnelle des infirmières vieillissantes dans ce cadre – ici bureaucratique - en transformation s'avère un objet d'étude pertinent pour prendre en compte la complexité de ce rapport à l'environnement. Car il a été proposé de considérer non pas un, mais bien « des vieillissements » (Lagacé *et al.*, 2005), ces derniers se manifestant de manière différenciée selon les milieux de travail.

3.1 Le vieillissement en emploi chez les infirmières

Au Canada, Armstrong et Armstrong (2002) ont souligné que les facteurs déterminants de la santé d'un individu sont multiples (condition psychologique, sociale, physiologique, économique et matérielle) et requièrent dorénavant toute une gamme de compétences complémentaires chez le professionnel et, aussi, une autonomie à pouvoir les appliquer selon leur jugement. Âgés de plus de 40 ans en moyenne, les ressources humaines affectées aux soins ont de la difficulté, écrivent-ils, à travailler dans les conditions actuelles et songent sérieusement à quitter pour la retraite, sans même avoir le temps de partager leurs connaissances avec les nouveaux venus, compte tenu de la cadence de travail élevée.

Baumann, A., O'Brian-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irving Doran, D., Ken, M, Mc-Gillis Hall, L., Vézina, M., Butt, M. et Ryan, L. (2001) notent, quant à eux, que l'effort et les compétences déployés par le personnel infirmier sont mal reconnus, mesurés et rémunérés, que les infirmières âgées ont de la difficulté à suivre le rythme de travail actuel et qu'il existe un rapport entre leurs responsabilités, la faible latitude décisionnelle et les blessures au travail. Selon eux, les infirmières conçoivent la notion de compétence par leur capacité de s'occuper de tous les aspects de la santé d'un patient. Or, ce modèle de soins, nous disent les auteurs, est souvent relégué au second plan.

Données sur la composition des effectifs infirmiers au Québec

La problématique du vieillissement en emploi touche de manière particulière le secteur de la santé et des services sociaux, surtout après que ce secteur ait connu de multiples transformations au cours des dix dernières années. Ce secteur a réduit considérablement son effectif (Ministère de la santé et des services sociaux, 2001). Il a également favorisé des rapprochements entre établissements et augmenté les soins prodigués en tenant compte des besoins reliés au milieu de vie, dont le domicile.

À l'instar d'autres institutions québécoises créées au début des années soixante, le secteur de santé a connu, nous dit Frédéric Lesemann, une embauche massive durant les années 60 et 70, ce qui signifie qu'une majorité des employés qui y travaillent actuellement, ceux qui n'ont pas bénéficié du programme de retraite anticipée, avancent en âge et quitteront tous sensiblement au même moment au cours des années à venir. Mais de ce nombre, note-on, une minorité d'employés seulement sont très spécialisés (Desrosiers, 2005).

Au Québec, les infirmières constituent à elles seules près du quart de l'effectif global du secteur de la santé. Selon l'OIIQ (2008b), il y a actuellement²⁶ un peu plus de 70,000 infirmières inscrites au Tableau de membres, dont 65 586 exercent la profession au Québec, et à partir desquels 54 800 (84%) occupent leur emploi principal dans un établissement du réseau public québécois. Voilà un peu moins de dix ans, le Ministère de la santé et des services sociaux (2001) soulignait le déficit entre les départs anticipés et la quantité de nouvelles diplômées. Selon ce Ministère, près de 2000 infirmières quitteront leur emploi annuellement d'ici 2015, avec des pointes estimées à 2400 départs en 2009 et 2010, alors que l'apport de nouvelles diplômées devrait demeurer constant à environ 2000. Qu'en est-il aujourd'hui ?

L'âge moyen des infirmières se chiffre actuellement à 43,6 ans et demeure inchangé depuis près de cinq ans, et ce, après avoir été constamment en progression pendant plus d'une décennie, précisément à la suite des départs massifs à la retraite à la fin

²⁶ Données des effectifs inscrits au Tableau des membres de l'OIIQ en 2007-2008.

des années 90. En 1997-1998, rappelons que plus de 4, 500 infirmières avaient pris leur retraite du réseau public suite aux offres gouvernementales. Si ces départs massifs ont provoqué une onde de choc, dont la trace est bien visible sur le graphique de l'évolution de l'âge moyen, quel va être l'impact de celui des 14, 000 infirmières de 55 ans et plus – soit 20% des effectif!- qui sont « potentiellement admissibles à la retraite dès maintenant » (OIIQ, 2008b, p. 14)? Déjà, un indicateur pointe sur le fait que « certaines infirmières prennent leur retraite à un plus jeune âge qu'il y a cinq ans » (OIIQ, 2008b, p. 34). C'est par ailleurs à Montréal, là où nous avons recueilli les données empiriques qui seront présentées dans la partie II de cette thèse, que l'on retrouve la proportion la plus importante d'infirmières de ce groupe d'âge : le quart (25%). Enfin, nous retrouvons aujourd'hui 11, 000 infirmières à travers le Québec qui sont âgées entre 50 et 54 ans et qui basculeront dans le groupe des 55 ans et plus au cours des prochaines années. Sans occulter l'effet bénéfique de l'augmentation des admissions au sein de la profession depuis quelques années, il est difficile de partager l'optimisme de l'OIIQ (2008b, notamment à la p. 34) quant à l'impact de cette augmentation sur le « système » - du moins dans sa forme historiquement construite, et particulièrement son régime de pension et son organisation du travail - si l'on tient compte du nombre important d'infirmières qui arrivent au seuil de la retraite.

En effet, le nombre d'infirmières de moins de 30 ans a augmenté depuis cinq ans, passant de 14 à 16% de l'effectif. Le nombre de permis délivrés par l'OIIQ se chiffre entre 2, 800 et 2, 900 par année depuis 2003. Bien que leur nombre n'ait pas dépassé 2, 500 durant toute la décennie 1990, il n'en reste pas moins que leur croissance est la plus faible des cinq dernières années, apprend-t-on dans les dernières statistiques de l'OIIQ (2008b), faiblesse qui est attribuable aux cessations d'activités relatives aux retraites, mais aussi, dans une moindre mesure, aux congés de maternité (la bonification du régime de congé parental étant un incitatif hypothétiquement retenu par l'Ordre). Depuis 2007, les sorties ont fait un bond considérable de 24% (+600 sorties), surtout en raison des prises de retraite. En fait, la proportion d'infirmières retraitées, en plus de celles qui sont actives sans emploi, augmente plus rapidement que le nombre d'infirmières qui s'inscrivent au Tableau des membres. « (...) »

Conséquemment, même s'il y a 3 226 inscriptions de plus au Tableau, seulement 1 729 infirmières de plus ont du travail » (OIIQ, 2008b, p. 13). À Montréal, la variation de l'effectif durant les cinq dernières années affiche une diminution de 207 infirmières, la seule région à en perdre, avec celles du Bas-St-Laurent et de la Gaspésie-îles-de-la-Madeleine.

En regard de ces « mouvements » d'effectifs à la fin et au début de la pyramide des âges, une analyse de ces statistiques indique que les classes d'âge du centre, soit de 30 à 49 ans, composent pratiquement la moitié des effectifs. Et si nous traçons une ligne entre les infirmières qui sont âgées de plus de 45 ans et celles qui sont âgées de moins de 45 ans, nous observons - sans grande surprise - qu'un peu plus de la moitié d'entre elles dépassent cet âge, soit 51,1% contre 48,9%. Seulement à Montréal, cette proportion est de 53 contre 47%.

À titre d'exemple, les données sur la population infirmière du fichier des membres de 2002 indiquaient que 22 896 (36,8%) infirmières avaient moins de 40 ans, comparativement à 39 294 (63,2%) de 40 ans et plus (OIIQ, 2002). Par ailleurs, les données de 2005 s'illustraient par une augmentation du nombre d'infirmières âgées de moins de 24 ans depuis deux ans, bien que celles âgées de 50 ans ou plus représentaient alors le tiers (33,2%) de l'effectif en emploi, alors qu'elles n'étaient que 16,6% en 1991-1992 (OIIQ, 2005a). Ce dernier taux a légèrement augmenté (34,1%).

Nous verrons plus loin l'impact de ces chiffres sur la population de notre recherche, soit les infirmières d'expérience dans le domaine des soins de longue durée. D'emblée, il est intéressant d'apprendre que plus de la moitié de ces 55 000 infirmières travaillent pour l'un des 95 CSSS (un peu plus de 30 000 infirmières) et que 40% environ (près de 22 500 infirmières; ce qui est bien moins des 36 000 de 2005!) se concentrent dans les hôpitaux. Le reste de l'effectif occupe les secteurs suivants : privé (7 000 infirmières, 11%), qui comprend les agences de placement de personnel (près de 2100 infirmières, 3.2%), les travailleuses autonomes (1 200

infirmières, 1.8%) et d'autres embauchées par des organismes à but non lucratif (1 200 infirmières, 1.8%). Le secteur de l'éducation emploie quant à lui plus de 2 300 infirmières (3.5%) (OIIQ, 2008b).

En somme, le dernier rapport sur les effectifs infirmiers de l'OIIQ (2008b) nous apprend quatre éléments importants sur l'effectif infirmier : 1) le bond important des admissions des jeunes infirmières, 2) la pyramide des âges « s'est quelque peu aplanie », sauf dans certaines régions, dont Montréal, 3) le nombre important d'infirmières qui sont éligibles « dès maintenant » à la retraite, soit le cinquième des effectifs et 4) les gains réels en emploi chez les jeunes infirmières qui restent fragiles, en raison du nombre restreint d'infirmières réellement en emploi. Ces constats nous permettent d'anticiper un choc démographique important en regard à la forme historiquement construite du système actuellement en place, si l'on en juge les conséquences des départs massifs à retraite de 1997-1998. La prestation publique de soins aux personnes âgées montréalaises, constituant notre axe d'analyse de l'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique en transformation, ainsi que les données sur l'effectif infirmier vieillissant dans ce territoire de pratique, préciseront en matière de soins à domicile et en centres de soins de longue durée, retiendront toute notre attention un peu plus loin dans ce chapitre. Mais auparavant, il nous importe d'explorer de façon plus globale le vieillissement en emploi dans le secteur de la santé, les pratiques de gestion organisationnelle favorisant la rétention du personnel infirmier et aussi la participation des infirmières d'expérience à l'organisation du travail. De la sorte, nous pourrons mieux apprécier les données montréalaises.

Le vieillissement en emploi dans le secteur de la santé et chez les infirmières

En ce qui a trait plus précisément aux transformations de la pyramide des âges des infirmières canadiennes, des auteurs qualifient de « bombe démographique à retardement » (O'Brien-Pallas, Murphy, White, Hayes, Baumann, Higgin, Pringle, Birch, McGillis Hall, Kephart et Wang, 2005, p. 23) le vieillissement des effectifs. Leur sondage national indique à cet égard que 70% des répondantes sont âgées de 40

ans et plus, ce qui aura des répercussions notables au cours des « 4 prochaines années » en raison des prises de retraite qui sont anticipées (O'Brien-Pallas *et al.*, 2005, p. 20), et ce, malgré l'augmentation du nombre d'infirmières en pratique depuis les dernières années.

C'est à travers une recherche pancanadienne d'envergure dont le but était l'élaboration d'une stratégie pour s'assurer d'un nombre d'effectifs infirmiers requis pour répondre aux besoins de santé de la population que O'Brien-Pallas, Alksnis, Wang, Birch, Murphy, Roy, et Sajan, P. (2003)²⁷ fournissent des **données quantitatives** éclairantes sur l'évolution anticipée sur cinq ans de la problématique du vieillissement des effectifs infirmiers au Canada à partir des données de l'Institut canadien d'information sur la santé de 1997-2001. Un des aspects intéressants de cette projection est son découpage par régions et par secteur d'emploi, dont les soins de longue durée. Trois scénarios ont été établis par les chercheurs :

- Un « scénario du pire » selon lequel l'ensemble des infirmières canadiennes âgées entre 50 et 65 ans quitteraient²⁸ l'emploi à 55 ans : selon cette projection, 64, 248 infirmières partiraient, soit 28% de l'ensemble des effectifs, tous âges confondus;
- Un « meilleur scénario » a projeté, quant à lui, un départ à 65 ans²⁹ : dans ce cas, la perte potentielle est de 29, 746 infirmières, ou 13% de l'ensemble des infirmières. C'est donc dire qu'entre une et quatre infirmières sur 10 quitteraient entre 2001 et 2006;
- Un troisième scénario a été planifié par les auteurs : la réduction du taux de retraite. Les tendances à la retraite ont été projetées en assumant la possibilité

²⁷ Cette recherche souligne cependant le manque d'information à travers tout le Canada, sauf en Ontario, quant à l'évaluation des tendances liées aux ressources en soins de santé. Et ces données concernent surtout le secteur des soins de courte durée. À ce manque d'information se rajoutent des limites quant à l'échantillonnage, qui n'est pas généralisable car trop petits ou bien constitués presque exclusivement d'infirmières travaillant à temps plein, titulaires d'un baccalauréat et provenant uniquement d'organisations syndicales.

²⁸ Sous forme de retraite ou de décès.

²⁹ Toutefois, nous apprenons que moins d'un demi pourcent (0.5%) des infirmières travaillent jusqu'à cet âge au Canada (O'Brien-Pallas *et al.*, 2003, p.3).

de retenir 100% des 50-54 ans, 75% des 55-59 ans et, finalement, 50% des 60-64 ans³⁰. Selon ce scénario, plus de la moitié (52,8% ou n=14, 905) des infirmières âgées entre 50 et 65 ans qui « pourrait autrement » quitter à la retraite « pourrait être retenues » (O'Brien-Pallas *et al.*, 2003, p. 6).

Pour le Québec, le « meilleur scénario », soit un départ à la retraite à 65 ans, représenterait les données suivantes : pertes potentielles de 15, 408 infirmières (26% des départs projetés). De façon paradoxale, les « dommages » reliés aux pertes d'effectifs sont moins graves au Québec dans le cadre du « pire scénario » que dans le « meilleur » compte tenu d'une situation démographique des infirmières québécoises qui se distingue par un âge moyen inférieur à la moyenne canadienne. Les chiffres de l'Institut canadien d'information sur la santé (2005) confirment ceux présentés précédemment : cet âge est de 42, 7 ans, comparativement à une moyenne canadienne qui, elle, est de 44,6 ans. Toutefois, cet âge moyen croît plus rapidement au Québec que dans les autres provinces (Spurgeon, 2000, dans O'Brien-Pallas *et al.*, 2003), ce qui explique que les pertes d'effectifs associées à une retraite à l'âge de 55 ans sont moins importantes que le scénario qui prévoit leur départ à l'âge de 65 ans. Autrement dit, la mèche de la « bombe à retardement » est légèrement plus longue au Québec que dans l'ensemble du Canada.

Toujours au Québec, enfin, le troisième scénario s'avère être le plus bénéfique car il pourrait alors maintenir à l'emploi 65,9% des pertes anticipées (O'Brien-Pallas *et al.*, 2003) en raison des départs à la retraite précoces, compte tenu, comme nous venons de le voir, de son contexte démographique particulier.

Le système de santé Anglais - le *National Health Services (NHS)* - présente des préoccupations similaires en ce qui concerne le vieillissement des effectifs infirmiers. Andrews, Manthorpe et Watson (2005) ont tenté de comprendre les perceptions qu'ont les infirmières sur leurs possibilités d'emploi, les facteurs qui influencent leur

³⁰ Précisons que cette étude ne vise pas à évaluer le « succès » des mesures de rétention à l'emploi, mais uniquement des prévisions démographiques (O'Brien-Pallas *et al.*, 2003, p. 5).

décision d'emploi et les politiques qui peuvent les encourager à les retenir plus longtemps au sein du NHS. Pour ce faire, ils considèrent les deux problèmes suivants : d'abord le fait que ce ne sont plus uniquement les infirmières qui approchent de leur date d'éligibilité à la retraite qui quittent leur poste, mais également les plus jeunes, ensuite que cet exode se caractérise par d'autres formes de prestations de soins. À partir d'entrevues effectuées avec des infirmières de 50 ans et plus et avec des « concepteurs de politiques », une des principales conclusions des chercheurs porte d'une part sur les aspects négatifs du travail qui « poussent » (*push factors*) les infirmières à partir - changements technologiques et stress – et d'autre part sur les facteurs positifs dans le travail infirmier (*pull factors*) qui favoriseraient leur maintien - horaire de travail flexible, bénéfices financiers, formation professionnelle et organisation du travail qui allègerait les charges physiques et le stress.

Sur le plan qualitatif, la recherche de O'Brien-Pallas *et al.* (2005) met en valeur plusieurs points pertinents quant aux dimensions associées aux formes hétérogènes de l'activité professionnelle et du cadre bureaucratique. En premier lieu, elle aborde la question de la gestion des ressources humaines dans le cadre d'une démarche d'interviews avec des gestionnaires. Les conclusions indiquent que c'est principalement la « surutilisation des infirmières » qui est identifiée comme mode de gestion privilégié. À cet égard, le « secteur des soins de longue durée affiche les plus faibles ratios infirmières/patients » (O'Brien-Pallas *et al.*, 2005, p. 29). Les infirmières expérimentées sont les plus critiques face à la solidité du leadership exercé au sein des milieux de travail. Au Québec, elles estiment être les plus « lésées » au chapitre des ressources disponibles (O'Brien-Pallas, 2005, p. 34), comparativement au reste du Canada. Et selon les secteurs de pratique, cette perception est généralisée à toutes les provinces au niveau des soins de longue durée, là où les infirmières disposeraient de moins de pouvoir dans leurs fonctions (O'Brien-Pallas *et al.*, 2005, p. 35).

En deuxième lieu, le sondage mené par l'équipe de recherche indique que les infirmières expérimentées, soit celles qui possèdent une plus grande autonomie et contrôle dans leur milieu de pratique, sont celles qui sont moins susceptibles de qualifier de « bonne ou d'excellente » la qualité des soins infirmiers pratiqués dans leurs milieux de travail (O'Brien-Pallas *et al.*, 2005, p. 30). Elles sont également plus satisfaites de leur travail que les moins expérimentées. De façon générale, les infirmières du Québec se sentent moins « habilitées » (O'Brien-Pallas, 2005, p. 35) que leur consœurs canadiennes même si, de façon paradoxale, elles estiment que c'est dans cette province que la qualité des soins est supérieure. Une fois de plus, des différences se manifestent lorsque nous tenons compte du statut d'emploi des infirmières : celles qui occupent un poste à temps plein perçoivent qu'elles ont plus d'habiletés. D'ailleurs, les infirmières qui ont ce statut estiment entretenir un rapport plus efficace avec les médecins, entre autres en raison de l'autonomie ou de l'habileté plus grandes qu'elles détiennent, ce qui accroît d'ailleurs leur satisfaction quant à leur poste actuel.

En troisième lieu, nous apprenons que plus de la moitié des infirmières ne sont pas « heureuses » de leur choix professionnel et que ce sont les plus expérimentées et celles ayant des enfants à charge de moins de 16 ans qui sont les moins susceptibles de quitter leur poste comparativement aux moins expérimentées ou celles n'ayant pas d'enfants à charge. Bien que « l'altruisme et le désir de prendre soin des autres » soient une raison qui les motive toutes à rester, « les salaires et la sécurité d'emploi » (O'Brien-Pallas, 2005, p. 32) sont également cités comme principales motivations. Les infirmières âgées, et celles qui aspirent à un poste à temps plein, sont moins susceptibles de s'absenter du travail que les plus jeunes, ou celles qui veulent conserver leur statut d'emploi, qu'il soit à temps partiel ou temporaire. Les infirmières expérimentées sont plus « saines » (O'Brien-Pallas, 2005, p. 38) mentalement que les plus jeunes, mais affichent une moins bonne santé physique que ces dernières. La scolarité a une incidence positive sur la santé physique, mais non sur la santé mentale; l'altruisme comme motivation de carrière a finalement un impact bénéfique sur cette dernière. Les demandes d'indemnités pour accidents de

travail se formulent davantage, toutefois, chez les infirmières plus saines mentalement, celles qui dispensent des soins de courte durée, par opposition à ceux de longue durée, ainsi que celles qui exercent leur travail pour des « motifs essentiellement financiers » (O'Brien-Pallas, 2005, p. 39).

En ce qui concerne la cessation définitive de l'activité professionnelle, finalement, la recherche précédente indique que ce sont les infirmières les plus âgées qui songent le moins à quitter la profession, comparativement aux moins expérimentées. La retraite est la principale raison pour quitter définitivement la profession chez l'ensemble de l'effectif infirmière à travers le Canada. C'est au Québec que les infirmières songent le plus à quitter, comparativement à leurs consœurs de l'Ouest du Canada.

En somme, la problématique du vieillissement en emploi est particulièrement sensible au sein du secteur de santé en raison, surtout, d'une pyramide des âges qui illustre les embauches massives durant les années 60-70, des réductions d'effectifs majeures durant les années 90 et des transformations en matière d'organisation de soins. Compte tenu d'un pourcentage significatif des effectifs globaux, les infirmières constituent une préoccupation importante : leur âge moyen et les départs anticipés sont plus élevés que la relève, une situation que certains n'hésitent pas à caractériser de « bombe démographique à retardement » (O'Brien-Pallas *et al.*, 2005). Quelques scénarios sont proposés selon une évaluation de leur âge de départ à la retraite ainsi que des facteurs incitatifs au maintien ou à la cessation de l'activité professionnelle. Une lecture fine de ce phénomène s'avère primordiale en vue de comprendre sa complexité et ses formes hétérogènes. C'est pourquoi les recherches qualitatives permettent d'enrichir les analyses démographiques en mettant en valeur les perceptions hétérogènes qu'ont les infirmières quant à la gestion, la qualité et le mode de prestation des soins qu'elles dispensent, leur choix et motivations de carrière professionnelle, l'impact sur l'absentéisme et la santé mentale, ainsi que la cessation d'activité professionnelle, dont la retraite, selon leur âge, expérience professionnelle, poste occupé, statut d'emploi, milieu de pratique ou encore leur niveau de scolarité.

Pratiques de gestion organisationnelle favorisant la rétention du personnel infirmier

Le flux d'emplois dans le secteur des services de santé québécois se manifeste activement tant en amont qu'en aval des organisations de travail. En amont car il affiche un fort bassin de création d'emplois depuis les dernières années en raison, entre autres, de l'augmentation des demandes en matière de services (Laville, 2005), notamment aux personnes âgées (Savard, 2002); en aval car il s'illustre en même temps par un vieillissement marqué de sa main-d'œuvre infirmière qui influence la cessation d'activité professionnelle.

C'est dans un contexte de pénuries appréhendées d'effectifs infirmiers que la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers (2006) a mené une étude visant à documenter les stratégies de maintien en poste et de partage des connaissances du personnel infirmier âgé de quarante-cinq ans et plus selon le point de vue des syndicats, des employeurs et des gouvernements. Cette étude prend appui sur le fait que peu de recherches se sont intéressées à ces stratégies bien que les gouvernements de toutes les provinces canadiennes, nous dit-elle, aient souligné leur pertinence et leur importance lors des Accords des Premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé en 2003 et 2004. Une des limites de cette recherche est qu'elle s'intéresse principalement au point de vue d'acteurs « institutionnels » (membres syndicaux de la FCSII, employeurs). Globalement, les résultats indiquent que la flexibilité de l'horaire de travail et la réduction du temps de travail sont parmi les principales stratégies qui encourageraient le maintien en emploi. Il est également mentionné que des mécanismes devraient être mis en place afin que les employeurs obtiennent davantage d'informations de la part des infirmières d'expérience et qu'elles puissent participer activement aux prises de décision. Ensuite, le développement continu de leurs connaissances et compétences, une attention particulièrement à la sécurité des patients et l'importance du mentorat auprès des effectifs moins expérimentés constituent les principaux résultats empiriques. Finalement, un des aspects intéressants de ce rapport est qu'il met en valeur l'exemple de trois organisations de travail qui ont développé des approches

novatrices en matière de rétention de personnel. Ces exemples démontrent une attention sur la consultation et l'implication des individus par les directions, surtout au niveau local, afin qu'ils puissent participer activement à la mise en œuvre des pratiques de gestion, ce qui diffère des stratégies jusqu'ici déployées, pour la plupart, de façon *top down*. Il faut toutefois rajouter que cette recherche, globalement, s'intéresse à cette problématique au niveau national et que, par conséquent, elle ne permet pas de mettre les résultats en valeur selon les différentes législations provinciales, dont le Québec.

Jusqu'à présent, peu de mesures sont établies au Québec en ce qui concerne le vieillissement des infirmières, mis à part les avantages avancés en termes de « circulation des compétences et de mobilisation d'expertise » (Comité de réflexion inter-établissements, 2000). Bien que les établissements concernés s'engagent à maintenir les emplois du personnel en place, ils comptent néanmoins sur leur « départ assisté (?) à la retraite » ou sur d'autres mouvements du personnel (départs volontaires, mutations volontaires) pour accéder à des sources additionnelles de financement. La Commission d'étude sur les services de santé et des services sociaux (2000) soulignait que la fragilisation des expertises et des équipes de travail, suite à ces départs massifs, prendra des années avant de se consolider en compétences collectives.

Malgré des données démographiques qui indiquent de façon non équivoque un vieillissement marqué de la main-d'œuvre infirmière, un nombre relativement restreint de recherches se sont attardées spécifiquement aux infirmières vieillissantes (*Older nurses*), ou encore aux mesures à mettre en place pour faire face à leur pénurie. Parmi ces études, Letvak (2002) présente les résultats d'un sondage effectué en Caroline du Nord sur les perceptions des administrateurs d'hôpitaux et des infirmières en ce qui a trait au maintien des infirmières de plus de 55 ans et aux politiques spécifiques à cet égard. Il ressort que, bien que le vieillissement de la main-d'œuvre infirmière soit reconnu comme un problème au sein de leur système de santé, très peu est fait pour y faire face en terme de politiques : 94% d'entre eux n'ont

pas de politiques en place pour les infirmières âgées et 87% n'ont pas de plans spécifiques. L'auteure souligne l'importance, pour les administrateurs de 1) favoriser le développement d'une réflexion sur l'âge de la part du personnel, 2) mettre l'emphase sur la satisfaction à l'emploi, en questionnant les futures retraitées sur les raisons qui les poussent à quitter, en augmentant les salaires ou en mettant en place des horaires flexibles, par exemple, 3) faire la promotion de l'engagement organisationnel et 4) prendre leurs responsabilités face aux infirmières âgées, par exemple sous forme de formation.

Armstrong-Stassen (2005) s'est intéressée à l'impact de 34 pratiques différentes de ressources humaines³¹ sur la rétention à l'emploi d'infirmières de 50 ans et plus. Elle s'est concentrée sur un échantillon de 361 infirmières d'hôpitaux ontariens. Un des aspects pertinents de cet échantillon est l'emphase qui est mise non plus uniquement sur les gestionnaires, mais également sur les infirmières qui dispensent les soins. Une de ses limites est géographique et sectorielle (infirmières ontariennes d'hôpitaux). Les résultats sont présentés et commentés à partir de six tableaux : efforts de recrutement et de flexibilité au travail, formation et développement des pratiques, les options reliées au *design* de l'emploi, reconnaissance et respect des pratiques, évaluation de la performance et pratiques de compensation et les options reliées à la pré et à la post-retraite sur leur décision de rester à l'emploi. Nous avons synthétisé les éléments important pour notre objet de recherche au tableau 4.

Dans un premier temps, le contrôle sur l'horaire de travail est la mesure qui est la plus importante, selon les répondantes, alors que cette mesure est peu offerte par les hôpitaux. Le partage de l'emploi est une des mesure la moins prisée par les répondantes. En ce qui a trait à la formation et au développement des pratiques, en second lieu, il ressort que les infirmières sont très disponibles à réduire leur temps de travail, sans perte financière, afin de participer à des activités qui s'y rattachent.

³¹ Les pratiques recensées s'appuient non pas sur des mesures généralement proposées à un ensemble de secteurs d'emplois, mais spécifiquement à celui de la profession infirmière en raison, nous dit l'auteure, des « enjeux spécifiques » reliés à la « nature et leur environnement de travail » (Armstrong-Stassen, 2005, p. 52).

Paradoxalement, elles ne souhaitent pas être ciblées pour participer à des formations visant à mettre à jour leur habiletés de travail. Troisièmement, un *design* de l'emploi qui minimiserait les impacts négatifs sur leur santé s'avère particulièrement intéressant pour les répondantes en vue de leur maintien à l'emploi. À l'opposé, de nouveaux défis et l'enrichissement de leurs tâches sont des pratiques qui sont les moins susceptibles de les maintenir à l'emploi. Quatrièmement, la démonstration d'appréciation d'un travail « bien fait » (Armstrong-Stassen, 2005, p.58) est une des pratiques qui favoriserait leur rétention contrairement à celles qui visent la reconnaissance de leurs « accomplissements ». Cinquièmement, un autre résultat clé de cette recherche indique que les répondantes souhaitent d'abord et avant tout bénéficier de différentes formes de compensation financière ou de bénéfices afin de maintenir un lien à l'emploi – davantage de temps de vacances ou de congés et une bonification de leur plan de pension - et non pas une évaluation de leur performance qui tienne compte de leur âge. Finalement, les infirmières de 50 ans interrogées estiment que des mesures de départs progressifs à la retraite ou encore des offres de retour à l'emploi pour celles qui ont déjà quitté seraient importantes dans leur décision de rester à l'emploi contrairement à des encouragements à partir plus tard.

Le tableau suivant illustre ces écarts d'appréciation quant aux pratiques de gestion des ressources humaines. La principale conclusion de cette étude est que les hôpitaux développent peu de pratiques de gestion qui s'accordent avec celles que les infirmières de 50 ans et plus estiment importantes dans leur décision de rester en emploi. Les pratiques les plus importantes sont résumées dans la partie gauche du tableau tandis que la partie droite présente les mesures les moins susceptibles de retenir les infirmières âgées.

Certaines de 34 pratiques de gestion étudiées par l'auteure s'attardent globalement à tous les groupes d'âge de l'effectif infirmier, alors que le personnel de 50 ans et plus estime nécessaire de bénéficier de pratiques qui tiennent davantage compte de leurs besoins particuliers. L'auteure suggère que les futures recherches ainsi que les pratiques de gestion des ressources humaines d'hôpitaux s'attardent davantage à

« tailler sur mesure » (*tailor*) les pratiques de gestion de façon à tenir compte à la fois de l'ensemble du personnel ainsi que de différents groupes d'âge ciblés; il serait en effet « problématique » (Armstrong-Stassen, 2005, p.63) qu'un seul groupe d'âge bénéficie de ce type d'options (cf. les plus âgées contrairement aux plus jeunes).
Finalement l'auteure introduit ici l'idée de deux types pratiques en ressources humaines relatives au vieillissement en emploi des infirmières: celles dont les coûts financiers sont élevés et celles qui représentent des coûts financiers minimum.

Tableau 4 : Importance accordée aux pratiques de ressources humaines par les infirmières de 50 ans et plus d'hôpitaux ontariens dans leur décision de rester à l'emploi, extraites d'Armstrong-Stassen (2005)

Mesures importantes au maintien en emploi	Mesures moins importantes au maintien en emploi
<ul style="list-style-type: none"> • Horaire de travail flexible (69,0%)* 	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des « provisions » (crédits) telles que des absences non rémunérées en vue prendre soin d'un proche (parents ou enfants) (36,5%) • Partage de l'emploi (à temps plein) avec une autre personne (41,1%)
<ul style="list-style-type: none"> • Réduction du temps de travail, sans perte financière, afin de participer à des activités de formation (58,7%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cibler des infirmières en vue de leur participation à des formations visant la mise à jour de leurs habilités de travail (38,3%)
<ul style="list-style-type: none"> • « Redessiner » les processus de travail afin de minimiser les impacts négatifs sur la santé des infirmières (65,5%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveaux défis et enrichissement des tâches (51,4%).
<ul style="list-style-type: none"> • Démonstration d'appréciation d'un travail « bien fait » (69,3%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance des « accomplissements » (60,3%)
<ul style="list-style-type: none"> • Bonifier les formes de compensation financières ou de bénéfices (75,9%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des rétroactions usuelles sur leur performance (54,1%)
<ul style="list-style-type: none"> • Offrir la retraite avec possibilité de retour au travail sur appel (temps partiel, consultante) (67,3%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Encouragements à prendre plus tard la retraite (39,7%)

* Les mesures sélectionnées sont celles qui présentent les plus grands écarts au niveau de leur importance relative au maintien en emploi. Le pourcentage entre parenthèses indique le niveau d'appréciation des infirmières quant à ces pratiques de gestion des ressources humaines sur leur décision de rester en emploi.

Lavoie-Tremblay, O'Brien-Pallas, Viens, Brabant et Gélinas (2006) s'intéressent aux théories qui portent sur le développement d'un « environnement de travail sain » et explorent les stratégies de rétention du personnel. Elles postulent que les conditions de travail actuelles dans le secteur de la santé – réduction de personnel, accroissement

des besoins des patients, absentéisme, etc. - ne sont pas favorables au maintien en emploi des infirmières âgées dans un contexte de vieillissement en emploi. Un environnement de travail sain profitera non seulement aux infirmières âgées, mais aussi aux générations suivantes, et ce, à travers l'ensemble de leur vie professionnelle. Leur revue de la littérature identifie différents incitatifs qui peuvent favoriser le maintien en emploi des infirmières de 50 ans et plus, tels que la reconnaissance des compétences, l'autonomie ou l'augmentation de salaire. Dans le contexte de travail actuel, elles sont d'avis que les gestionnaires ne seraient pas en mesure de mettre le « temps » et l'« énergie » nécessaires sur ce type de gestion en raison de l'attention qui est actuellement portée aux « absences » ou aux « dégâts » à laquelle elles doivent faire face. Finalement, le modèle théorique présenté dans cet article s'appuie sur un « environnement psychosocial optimal » (Lavoie-Tremblay *et al.*, 2006, p. 209) construit à partir d'une combinaison de trois modèles théoriques³² différents sur lequel les gestionnaires pourraient baser leurs décisions en matière de stratégies de rétention.

En résumé, l'effectif infirmier vieillissant du secteur de la santé est soumis à une pression en ce qui concerne sa rétention dans un contexte, également, de vieillissement de la population qui génère, au même moment, des demandes accrues de services. Ce phénomène attire de plus en plus l'attention de divers groupes de la société, tels que les chercheurs, gestionnaires, concepteurs de politiques ou associations professionnelles. Un écart est souvent noté entre les perceptions et les propositions de mesures à prendre de la part des gestionnaires de soins et les principales intéressées. Les pratiques de ressources humaines auxquelles ces dernières accordent le plus d'importance dans leur décision de rester à l'emploi ne sont souvent pas celles préconisées par les gestionnaires. Ce sont seulement sur les soins directs qu'elles disent avoir une influence sur leur pratique. Elles souhaiteraient que les pratiques de gestion prennent davantage en compte leurs besoins particuliers, ce qui suggère de mettre en place des modalités de gestion qui tiennent également compte de l'ensemble des groupes d'âge, notamment les plus jeunes.

³² Karasek et Theorell (1990), Siegrist (1996) et Kristensen (1999).

Malgré quelques initiatives locales qui s'illustrent par la consultation et l'implication du personnel soignant d'expérience quant à l'élaboration et la mise en place de pratiques de gestion, la tendance forte est plutôt aux modes de décisions *top down* qui visent les « économies d'échelle » (Boisvert *et al.*, 2002), notamment par les départs à la retraite, et ce, malgré la fragilisation que ces cessations d'activité génèrent tant au niveau des expertises que sur les équipes de travail. Prenant acte de la complexité du phénomène, ainsi que des manifestations bureaupathologiques de l'insatisfaction des milieux de travail, dont l'absentéisme, des auteures suggèrent un modèle qui vise la mise en place d'un « environnement de travail sain » (Lavoie-Tremblay *et al.*, 2006) qui convienne à la vie professionnelle d'un ensemble de générations.

Participation des infirmières d'expérience à l'organisation de travail

La revue de la littérature récente portant sur l'objet de la présente thèse enrichit la question de l'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique en transformation, mais peu celle spécifique du vieillissement en emploi, et encore moins les enjeux reliés à la retraite. Ce constat apparaît à la suite d'une mise à jour documentaire des mémoires de maîtrise et des thèses de doctorat de tous les établissements d'enseignement canadiens dispensant minimalement un programme de maîtrise en soins infirmiers produits sur le sujet au cours de la dernière décennie, en accordant une attention particulière aux cinq dernières années. Nous avons tout d'abord concentré notre recherche au Québec, pour ensuite l'élargir au reste du Canada, compte tenu du peu de résultats. Dans les deux cas, nous avons utilisé les mots clés, français-anglais, se rapportant à notre thèse, c'est à dire : Infirmière(s) âgée(s)/*Older nurse(s)* ET Hôpital/*Hospital* OU soins à domicile/*Home care*. Nous avons également inclus les mots clés suivants, avec la troncature OU : Expérience/*Experience*, Vieillesse/*Elder(ly)* et Sénior/*Senior*. Finalement, l'absence significatif de résultats nous a finalement incité à élargir la recherche à partir d'un seul mot clé : infirmière(s)/*Nurse(s)*. Nous avons ensuite passé en revue chacun des résultats à partir de chacun des établissements d'enseignements concernés.

Sur les 13 mémoires et thèses de doctorat identifiés en regard à leurs similitudes avec notre objet de recherche, sept ont finalement été retenus. Un seul de ces derniers inclut dans son titre un mot clé se rapportant précisément aux infirmières vieillissantes, âgées, d'expérience ou seniors. En plus de l'attention portée à l'objet des recherches, une importance particulière a été accordée à leur échantillon : ceux-ci devaient être constitués d'infirmières d'expérience. Parmi les mémoires et thèse sélectionnées, elles étaient âgées de plus de 45 ans ou bien elles cumulaient une vingtaine d'années de pratique. Ces mémoires et thèses présentent des résultats qui convergent tous sur le thème de la participation des infirmières à l'organisation de travail.

La recherche de Riedel (2009) s'est attardée au lien entre les infirmières et leur participation dans le développement de projet. Elle ne s'est toutefois pas tant attardée à leur rétention en milieu de travail, mais plutôt à comprendre comment leurs habiletés peuvent être mieux utilisées. Pour ce faire, 40 infirmières de plus de 55 ans de la Colombie-Britannique, ayant une expérience de soins variée, allant de l'urgence, du bloc opératoire et des soins intensifs, à la psychiatrie et au travail en communauté, ont participé à un total de 12 groupes de discussion. Ces derniers avaient comme objectif d'obtenir leurs opinions sur les projets auxquels elles aimeraient participer.

Il ressort de ces groupes de discussion que les répondantes s'estiment mieux préparées pour faire face à la complexité actuelle en matière de soins infirmiers que les plus jeunes infirmières en raison de leur formation au sein des hôpitaux (*Hospital-based diploma*) et non à l'université. Les résultats mettent également en évidence un fossé de générations en matière d'éthique, d'habiletés de communication et de travail d'équipe. Une division générationnelle apparaît aussi sur la question d'un engagement différent envers la profession (ex. plus grande disposition à changer souvent d'emploi et à accepter de nouveaux défis chez les plus jeunes). L'auteure estime qu'en reconnaissant l'engagement des infirmières d'expérience, leur savoir

et leur support à la recherche, bref leurs « besoins individuels, il est possible d'accroître leur rétention » (Riedel, 2009, p. 73)³³.

Une limite de cette étude est la présentation générale des résultats, sans égard au domaine de pratique, ce qui aurait été toutefois difficile, compte tenu de la taille de l'échantillon, elle-même associée à la démarche méthodologique choisie.

Les infirmières d'expérience participantes se montrent disponibles à aller rencontrer les aspirantes infirmières à l'université afin de discuter avec elles du travail infirmier, dans une perspective de recrutement, ou encore à s'impliquer à titre de mentor en milieu de travail, du moins pour la moitié d'entre elles, afin d'assurer une transition entre l'université et la pratique infirmière avancée (urgence, soins intensifs, bloc opératoire). Les thèmes d'accompagnement suivants ont été identifiés : créer des plans de formation (*create learning plans*), identifier des lacunes (*knowledge gaps*), apprendre à prendre soin des patients complexes, encourager leur habileté à défendre les droits des patients (Riedel, 2009, p. 82). Elles se montrent ouvertes à participer à des activités de formation continue pour mieux accomplir ce rôle. Elles privilégient également la mise en place de milieux de travail plus accueillants pour les jeunes infirmières, et en particulier le changement d'attitude de la part d'autres infirmières d'expérience à leur endroit : en effet, certaines d'entre elles ne faciliteraient pas leur recrutement en raison de leur attitude, d'intimidation ou de violence, toujours selon les répondantes. L'importance du support des gestionnaires sur le terrain est soulignée.

Les opinions partagées par les infirmières d'expérience dans le cadre de ces groupes de discussion n'ont pas précisément mis de l'avant l'importance de participer à des projets au-delà de la retraite, sauf en ce qui concerne la reconnaissance de leurs besoins individuels. Dans l'ensemble, il se dégage de ce mémoire un intérêt des

³³ “This commitment to the nursing profession could possible be enhanced by senior nurses receiving recognition for their knowledge and being given dedicated time and support for project work. By considering individual needs of the groups, it may be possible to increase retention” (Riedel, 2009, p. 73).

répondantes à participer à ces différents projets, mais surtout avant la prise de retraite, et notamment dans une perspective de transition des plus jeunes infirmières de l'université vers le milieu de pratique.

Richer (2007) s'est intéressée quant à elle à l'effet de l'Interrogation appréciative (IA) – qui se définit comme un processus de mobilisation individuelle ou de groupe vers l'atteinte d'objectifs - sur la rétention des infirmières et autres professionnels, ainsi que sur le développement d'idées innovatrices. Pour ce faire, 28 infirmières, dont la plupart ont complété un baccalauréat, sur un total de 47 répondants âgés au début de la cinquantaine, œuvrant dans deux cliniques d'oncologie d'une région métropolitaine du Canada, ont répondu à un questionnaire intégrant cinq mesures quantitatives mettant en perspective l'IA. D'autres collectes de données incluant des entrevues et des observations directes et participantes, au sein de réunions notamment, ont aussi été effectuées.

Une des principales limites de cette étude est son caractère « microscopique » (Richer, 2007, p. v) : le processus de changement étudié concerne 47 répondants – dont 28 infirmières - répartis sur deux sites de travail, de surcroît spécialisés (oncologie).

Les résultats de cette thèse indiquent que l'IA n'a pas contribué à améliorer le sentiment d'*empowerment*, le réseau de soutien social, la perception du support organisationnel et l'intention de rester en poste. Ils ont toutefois mis en évidence l'importance du soutien des gestionnaires tout au long du processus de changement (Richer, 2007).

À prime abord, ces résultats peuvent être considérés comme un échec. En effet, malgré un paradigme qui vise la mise en place d'un espace mobilisateur de la part des professionnelles, ces dernières semblent pour ainsi dire imperméables à un environnement qui favorise leur prise de parole, un plus grand « pouvoir » au sein de l'organisation, le développement de liens sociaux et un plus grand contrôle sur leurs

activités; et selon ma lecture, la possibilité d'être un « sujet agissant » (Zarifian, 2001). Néanmoins, la dynamique qui en ressort permet d'approfondir notre propre thématique de recherche visant à comprendre l'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique dont les transformations ont pour objectifs, du moins officiellement, cette plus grande autonomie ou initiative de la part du personnel soignant envers les personnes en perte d'autonomie. Ceci est encore plus vrai dans la perspective où un certain nombre d'entre elles accepteraient, dans ce contexte, de maintenir un lien à l'emploi à la date d'éligibilité de la retraite. Toutefois, les résultats de cette thèse montrent aussi les limites dans la façon de s'y prendre pour promouvoir la « prise de pouvoir » chez le personnel infirmier, qui plus est au sein d'unités de traitements spécialisés. Nous reprendrons ce point dans le chapitre d'analyse.

Dans la recherche de Brunoro (2007), 172 infirmières cliniciennes d'hôpitaux provinciaux de la Saskatchewan ont répondu à un questionnaire quantitatif qui comprenait également un volet qualitatif, soit quatre questions ouvertes, dans le but de comprendre leurs perceptions quant au contrôle de leur environnement professionnel et de leur pratique. L'âge moyen des répondantes était de 43.7 ans; un peu moins du deux tiers (61.8%) avaient plus de quarante ans et le quart (24.9%) était âgé entre 50 et 59 ans, pour en moyenne près de 20 ans de pratique (19.2 ans). Le plus haut niveau de scolarité atteint se répartit également entre la formation de base et le diplôme universitaire, respectivement 47 et 45% (quatre répondantes ont un diplôme de maîtrise).

Les résultats quantitatifs indiquent que les infirmières répondantes ont un contrôle limité de leur pratique au sein de leur environnement professionnel. Les réponses au volet qualitatif permettent de caractériser les facteurs internes et externes de ce dernier résultat. Les facteurs internes mettent en évidence le manque de défis, le manque de « prise », dirions-nous, quant au processus de décisions tant politiques que procédurales, sur la qualité des soins, en plus du ratio d'effectifs, le contrôle de l'horaire ainsi que les opportunités de formation. Au niveau externe, le processus de décision désavantageux est encore soulevé, mais cette fois-ci en ce qui concerne la

communication et la collaboration avec les gestionnaires, et plus spécifiquement sur l'octroi de fournitures ou de ressources adéquates. Seuls les soins directs aux patients est une dimension où les infirmières disent avoir une influence sur leur pratique.

Cette recherche s'attarde exclusivement aux cinq hôpitaux provinciaux de la Saskatchewan, c'est à dire ceux qui dispensent des soins spécialisés, tels que la chirurgie, cardiaque, le traitement du cancer ou des soins intensifs pour enfants. Il n'est donc pas surprenant d'y retrouver un niveau de scolarité de niveau universitaire chez près de la moitié des répondantes. Une limite à cette étude est toutefois le faible taux de réponse aux questionnaires envoyés : moins de 10% des 1804 qui ont été postés. Ce taux de réponse semble avoir été compensé par le regroupement des cinq hôpitaux en deux villes, pour un total de 54 questionnaires analysés pour Regina et 118 pour Saskatoon, afin de procéder à plusieurs analyses statistiques.

Dans un secteur de soins plus près de notre objet de recherche, le mémoire de maîtrise de Philippe (2007) s'est inscrit dans un projet d'intervention visant à évaluer l'implantation d'un modèle de gestion partagée dans un établissement de soins de longue durée d'une ville du Québec comptant environ 20,000 habitants. L'objectif de cette recherche était de mettre en place deux comités de travail : 1) examen de la formation, l'orientation et l'intégration, ainsi que celui de la 2) reconsidération de la pratique professionnelle. Il a été prévu que chacun des comités se rencontrerait trois fois, durant une journée complète, aux trois semaines. Une dernière rencontre de bilan d'une demi-journée complétait ce cycle.

Le cadre d'analyse de cette recherche s'appuie sur certaines dimensions de Hess (1994), dont celles du contrôle et de l'influence professionnels, de la reconnaissance du contrôle et de l'influence du personnel, d'une structure facilitant la participation et de l'accès à l'information. Le noyau central des douze personnes, au total, qui ont formé les deux comités était constitué d'infirmières. Ce sont ces dernières qui, par ailleurs, ont choisi les autres membres des comités, constitués de chefs d'unité, d'infirmières auxiliaires et de préposées aux bénéficiaires (PAB). L'âge moyen de

l'ensemble des participantes était de 41 ans, et elles cumulaient en moyenne 17 ans d'ancienneté.

Un questionnaire quantitatif a été distribué et des données qualitatives ont été obtenues exclusivement auprès des infirmières, y compris auxiliaires, à l'aide de quatre questions à développement, qui s'inscrivent essentiellement dans les dimensions décrites précédemment, soit les perceptions : 1) de l'autonomie, 2) de la connaissance des aptitudes ou attitudes à posséder pour avoir de la latitude professionnelle, 3) de la qualité des soins dispensés et 4) du pouvoir d'influence qu'elles peuvent exercer (Philippe, 2007, p. 98). Une des principales limites de cette étude est les résultats statistiques obtenus à partir d'un si petit échantillon (12 personnes et moins), ainsi que les modalités de constitution des comités, par les infirmières seulement. Il n'est alors pas surprenant de lire, en analyse du déroulement des comités, que « les PAB se tenaient à l'écart. La raison de ce retrait provenait de la méconnaissance relative à leur contribution dans ce comité » (Philippe, 2007, p. 130), ce qui illustre à quel point la gestion participative promue par ce projet concernait d'abord et avant tout les infirmières. Les quatre questions à développement offrent des pistes de compréhension intéressantes sur l'activité professionnelle et le cadre bureaucratique.

Il ressort des données qualitatives que les responsabilités que les infirmières estiment posséder ne sont pas « nécessairement en lien avec le travail infirmier », que leur autonomie professionnelle est limitée par l'autorité administrative, que cette limite, combinée à la surcharge de travail, le manque de confiance entre les employées et la faible latitude professionnelle, génère « frustration, difficulté de concentration et (un) risque d'épuisement professionnel » (Philippe, 2007, p. 99-100). La principale source de gratification quant à la qualité de leur prestation de soins, individuelle ou en équipe de travail, vient des résidents et de leur famille, que cette prestation constitue « unanimement » (Philippe, 2007, p. 101) l'unique pouvoir qu'elles détiennent au sein du milieu de travail. Finalement, le matériel qualitatif fait ressortir une tension entre les infirmières et les préposées aux bénéficiaires : certaines répondantes

estiment que celles-ci détiennent le pouvoir, qui se manifesterait sous de forme négociation de prestations de services, sans toutefois spécifier lesquelles.

D'autres données qualitatives ont également été recueillies dans le cadre des deux comités de travail, sous forme de journal de bord. Premièrement, le comité de travail sur l'orientation et l'intégration du nouveau personnel s'est attardé à l'absence d'un programme formel prévu à cette fin, l'intérêt pour en créer un, mais aussi le « scepticisme » (Philippe, 2007, p. 104) quant à la possibilité de le mettre en place, notamment en raison d'une absence de reconnaissance de la part de l'organisation. Deuxièmement, le comité de travail sur la pratique professionnelle s'est concentré, quant à lui, sur l'absence d'outils dans le but de mieux intervenir auprès de la clientèle, et particulièrement envers les nouveaux résidants. Une citation d'une participante est révélatrice de ce problème :

« Comment voulez-vous que l'on prépare adéquatement l'admission d'un nouveau résidant alors que l'on apprend par télécopieur son arrivée le même jour? » (Philippe, 2007, p. 108).

Le développement d'une activité de mentorat est apparu important chez les infirmières. L'auteure indique la difficulté à changer les façons de faire traditionnelles, malgré une volonté de la part de la direction de modifier le mode de gestion, tout en portant une attention particulièrement à son impact financier. Dans le but que les infirmières exercent davantage de leadership, elle cite en exemple les établissements dits « magnétiques » (*Magnets hospitals*). S'appuyant également sur les idées de Henry Mintzberg en ce qui concerne les difficultés d'innovation propres à la Bureaucratie Professionnelle, elle met en évidence les obstacles à l'autonomie professionnelle caractérisés par l'autorité hiérarchique. Elle souligne également la perception défavorable que peuvent manifester les gestionnaires – sous forme de « source de stress » (Philippe, 2007, p. 124) - face à un mode de gestion participatif, mais, en guise de retombées et de recommandations, « qu'ils seront contraints d'abandonner un style de gestion traditionnelle (hiérarchique) pour faire place à un

style de gestion basé sur des principes de communication bidirectionnelle, de partenariats et de partage de responsabilités décisionnelles » (Philippe, 2007, p. 136), promouvant alors les infirmières à titre de leaders cliniques.

Dans sa thèse de doctorat, Villeneuve (2005) a précisément cherché à comprendre l'influence des facteurs structurels sur le travail managérial des infirmières chefs. Sa recherche exploratoire s'est concentrée sur trois hôpitaux régionaux offrant des soins de courte durée (urgence et médecine), de 90 à 200 lits, situés dans de petites localités du Québec. Afin de comprendre l'influence des facteurs structurels, il a sélectionné trois types de structures de soins : traditionnelle, par programme clientèle et mixte (combinaison des deux). Les deux collectes de données (initiale et validation) qu'il a effectuées se sont articulées autour de quatre méthodes différentes, soit des 1) entrevues semi-structurées, 2) entretiens *in situ*, 3) observations directes et une 4) analyse de documents.

L'expérience pratique et académique des six participantes à l'étude est particulièrement impressionnante en ce sens qu'elles ont toutes vécu les restructurations des années 90, cumulent une moyenne près de 25 ans d'expérience pratique et complété, sauf pour une, des études de deuxième cycle universitaire. Bien entendu, cet échantillon a le désavantage de ne pas être représentatif du secteur des soins de longue durée que nous étudions. Toutefois, il se dégage de cette recherche des pistes de compréhension fortement intéressantes en ce qui concerne l'impact des « facteurs de contingences » sur la redéfinition du rôle de l'infirmière chef, et plus précisément les attributs managériaux recherchés.

Villeneuve (2005) a conceptualisé un « Modèle de définition du contenu du travail de l'infirmière-chef et de ses facteurs de contingence » (p. 469). L'avantage de ce modèle compense le désavantage mentionné ci-dessus en ce sens qu'il s'éloigne des modèles génériques et universels – ses critiques envers les idées de H. Mintzberg auraient toutefois mérité d'être explicitées davantage, selon moi - pour s'attarder précisément à la réalité des infirmières au sein de leur milieu de pratique spécifique.

Par exemple, aux « dimensions et domaines d'activités du travail de l'infirmière-chef » qu'il a identifiés, soit le travail clinique, travail administratif et travail managérial, il a rajouté celui du « travail compensatoire ». Ce dernier englobe les activités qu'elles doivent accomplir pour « compenser » le manque de ressources au « niveau des unités ou des services » ou encore de l'établissement.

Selon l'auteur, les soins directs donnés aux patients par les infirmières-chef font dorénavant partie d'une activité compensatoire. Plus souvent qu'autrement, dit-il, celles-ci doivent les accomplir lorsqu'il manque d'employées. Le travail managérial, dorénavant prescrit à cette catégorie d'infirmières, se définit par trois autres niveaux : 1) stratégique (développement d'une vision), 2) fonctionnel (amélioration continue) et 3) opérationnel (régulation, coordination et mise en œuvre).

Cette articulation d'activités prend des formes différentes selon l'infirmière-chef (individu) et l'organisation de travail (facteurs de contingence du travail). La contribution majeure de cette thèse est de mettre de l'avant l'impact des facteurs de contingence sur le poids que prendra chacune des quatre dimensions et domaines d'activités identifiés. Autrement dit, elle permet de mettre à distance les traditionnelles descriptions de postes ou grilles modernes de compétences pour comprendre l'influence de l'environnement sur les capacités de l'individu de répondre aux standards et aux attentes prescrites.

Ses résultats de recherche indiquent également que des gestionnaires « congruents », tant dans leur discours que dans leurs pratiques de gestion - et ils sont minoritaires (un établissement sur les trois étudiés, quoiqu'il n'est pas possible de généraliser à partir de ces données qualitatives) - permettent l'exercice d'activités stratégiques et fonctionnelles chez l'infirmière-chef. Ces possibilités managériales se retrouvent au sein d'une structure particulière de soins dans laquelle elles occupent une place importante au sein de la direction du programme (Programme clientèle). Dans son analyse des considérations pratiques issues de ses résultats de recherche, Villeneuve (2005) met en évidence « l'adéquation entre les rôles prescrits et les conditions de

leur travail » (p. 484) dans une perspective locale. Ainsi, « (...) cela place les deux parties dans une obligation d'efficacité ».

Cette thèse n'est pas sans susciter une réflexion en ce qui concerne la construction du vieillissement en emploi à l'intérieur de l'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique en transformation ou, pour reprendre ses mots, l'influence des facteurs de contingence au niveau de l'établissement (ou facteurs organisationnels) sur les nouveaux rôles managériaux des infirmières-chefs. Le profil des sujets qui constituent l'échantillon qualitatif parle de lui-même : nous n'y retrouvons pratiquement que des personnes ayant complété des études supérieures en plus de cumuler une expérience pratique notable. Avec presque un quart de siècle d'expérience professionnelle chacune, il n'est pas difficile d'imaginer que celles-ci sont approximativement dans la mi-quarantaine, en moyenne, et ont été sélectionnées par l'organisation en fonction d'un profil qui répond non seulement au nouveau mode de prestation performante de services publics, qui est de plus en plus en complexe, mais aussi à un cadre bureaucratique (facteurs organisationnels) marqué par l'aplatissement de sa ligne hiérarchique, la décentralisation des décisions, et la réduction des ressources financières et humaines. Si remédier à la « problématique de difficulté d'adoption de rôles managériaux de niveau stratégique et fonctionnel commande d'agir sur le contexte de travail des infirmières-chefs (...) », nous dit Villeneuve (2005, p. 478), quel impact cette intervention aura-t-elle sur les infirmières vieillissantes qui ne répondent pas à ce nouveau profil recherché? Est-ce que l'espace souhaité pour l'accomplissement des activités stratégiques de l'infirmière-chef lui permettra de prendre en compte, à travers la réflexion et l'action, cette autre problématique qu'est l'impact des transformations démographique dans la prestation de soins?

Rose (2005) s'est intéressée aux compétences des infirmières pratiquant dans des Centres de soins (*Nursing home*) en Nouvelle-Écosse. Pour ce faire, elle a développé son propre outil de collecte de données – *The Rose competencies questionnaire* -, validé dans le cadre d'un projet pilote, dont elle a analysé statistiquement les résultats. Un total de 109 personnes, dont 71 infirmières et 35 directeurs de Centre de

soins, ont répondu au questionnaire, qui leur a été posté, selon un échantillon non probabiliste, pour un taux de réponse global d'un peu plus de 42%. Parmi les critères de sélection, le professionnel devait travailler à temps plein. Sans surprise, l'échantillon est surtout constitué de femmes, dont 8 d'entre elles ont complété des études de premier cycle universitaire. Aucune donnée n'est fournie quant à leur âge, mais il est indiqué que les infirmières ont en moyenne 21 ans de pratique, pour un écart qui se situe entre 3 et 43 ans. L'auteure explique ce nombre élevé d'années d'expérience par le fait que les infirmières nouvellement diplômées « n'optent pas (*not opting to*) » pour ce type d'établissement en début de carrière.

Malgré le fait que plusieurs résultats de l'étude ne soient pas statistiquement significatifs, il ressort que la presque totalité (90%) des répondantes ont identifié leurs connaissances (*knowledge*), habiletés (*skills*), jugement et attitudes comme appropriés (*ranked as relevant*) » (Rose, 2005, p. 90)³⁴. De plus, les résultats affichent peu de relations entre les « compétences appropriées » (*ranking of the competencies*) et les caractéristiques personnelles des répondantes (ex. nombre d'années de pratique), sauf en ce qui concerne les « connaissances appropriées » (*ranking of knowledge*) (Rose, 2005, p. 114).

Dubé (2005) a cherché à comprendre, sous forme de théorisation ancrée, les pratiques de soignants et d'intervenants³⁵ dans le cadre d'une recherche-action visant l'accompagnement des familles lors de l'hébergement de leurs proches au sein de 9 établissements dispensant des services en unité de soins de longue durée ou en CHSLD de la région de la Ville de Québec. Elle a employé trois méthodes de collecte de données : 1) une rencontre exploratoire avec chercheurs, cliniciens et gestionnaires, 2) deux groupes de discussion pour un total de 23 soignants/intervenants et 3) la technique Delphi auprès d'un échantillon de 103 soignants/intervenants.

³⁴ "(...) the entire questionnaire and all its subscales (knowledge, skills, judgement and attitudes) were ranked as relevant by over 90% of respondents" (Rose, 2005, p. 90).

³⁵ Les soignants/intervenants sélectionnés devaient occuper l'emploi d'un des postes suivants: préposé aux bénéficiaires, infirmière auxiliaires, infirmière, conseillère en milieu de vie, ergothérapeute, physiothérapeute et travailleur social.

Bien qu'elle ne porte pas spécifiquement sur l'âge et l'emploi, l'intérêt de cette recherche est l'accent qui est mis sur la pénurie de main-d'œuvre dans le secteur infirmier. De façon générale, il est indiqué que des rencontres pré-admissions et des sessions d'information/enseignement auprès des familles constituent un élément facilitant les relations avec ces dernières, et plus particulièrement sur les thèmes suivants : 1) problèmes rencontrés par les familles, 2) accompagnement des familles et 3) stratégies de communication. L'identification de cet « élément facilitant » prend toute son importance compte tenu que des obstacles identifiés dans cet accompagnement des familles par les soignants/intervenants portent précisément sur les problèmes de communication et les faibles « stratégies d'adaptation » de certaines familles (Dubé, 2005).

En regard à la pénurie de main-d'œuvre et à l'importance de la réorganisation du travail infirmier, notamment en ce qui concerne la place qu'occupe le milieu de vie substitut et les difficultés que rencontrent les aidants naturels (épuisement des ressources et personnel), Dubé (2005) estime qu'il serait pertinent de considérer les résultats de cette recherche au cours de la prochaine décennie.

Cette dernière remarque est d'autant plus pertinente que la comparaison internationale d'Aiken *et al.* (2001) a montré que le manque d'effectifs infirmiers, à la suite de leurs réductions massives, a induit une insatisfaction généralisée qui motive les infirmières actuellement en poste à quitter leur emploi, et ce, peu importe qu'elles soient âgées ou plus jeunes. En effet, leurs résultats de recherche indiquent que seulement 30 à 40% d'entre elles estiment qu'elles sont en nombre suffisant pour dispenser des soins de haute qualité.

Au Canada, au cours des cinq dernières années, peu de recherches dans le domaine des soins infirmiers ont porté spécifiquement sur le vieillissement du personnel. Cependant, les échantillons de certaines études qui s'intéressent à la participation des infirmières à l'organisation du travail comptent principalement des infirmières de 45

ans et plus. Certaines de ces recherches soulignent l'apport favorable de la participation du personnel soignant d'expérience à divers projets en milieu de travail sur les infirmières moins expérimentées (Riedel, 2009), les résidents de centres de soins de longue durée (Rose, 2005) ou encore leur famille (Dubé, 2005). D'autres études, au contraire, démontrent le faible niveau de contrôle ou d'autonomie qu'ont les infirmières sur leur pratique professionnelle en raison, surtout, des limites imposées par l'autorité administrative (Brunoro, 2007; Philippe, 2007). Toutefois, d'autres résultats soulignent que malgré le soutien des gestionnaires à un processus de changement, un processus d'appréciation interprétative ne contribue pas à modifier la situation (Richer, 2007). Selon Villeneuve (2005), une meilleure « adéquation » entre les rôles des professionnelles et leurs conditions de travail doit être considéré sous l'angle de l'impact des facteurs structurels sur différents domaines d'activités de gestion de soins infirmiers. Dans tous les cas, le rapport des infirmières à leur prise de retraite apparaît inchangé.

Le domicile et le centre de soins de longue durée comme cadres d'activités professionnelles : l'exemple montréalais

Au Québec, plusieurs CHSLD et CLSC ont entrepris des démarches de rapprochement qui présentent de nombreux enjeux. Les raisons à la base de ces rapprochements sont principalement administratives : elles visent à accroître l'« efficience » et l'« efficacité » des établissements concernés. Bien que ce soit surtout l'amélioration des soins et des services à la clientèle qui est mise en évidence, elles dépendent principalement des « économies d'échelles » qui seront réalisées et réinvesties dans ces services par le biais, entre autres, des mises à la retraite (Boisvert *et al.*, 2002).

Au moment de la fusion d'établissements du réseau public qui a amené la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS), le Réseau public des services de santé employait pratiquement 55 000 infirmières. Les dernières données sur la population infirmière avant ce changement important indiquaient que, de ce nombre,

environ 36 000 (65,1%) travaillaient dans un Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGP), 10 000 (18,2%) dans un Centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) et 6 187 (11,2%) dans un Centre local de services communautaires (CLSC) (OIIQ, 2005b)³⁶. Le dernier rapport statistique de l'OIIQ (2008b) indique que ce nombre global n'a presque pas changé. Tout au plus, celles qui détenaient plus d'un emploi dans divers établissements de l'ancienne structure en ont maintenant un seul dans la nouvelle qui les a fusionnés (CSSS). (Pour ce qui est de la philosophie sous-jacente à cette transformation majeure, voir le chapitre 3.)

En effet, un peu plus de huit infirmières sur dix (84%), soit 54 800, ont leur principal emploi dans un établissement du réseau. Avec la fusion d'établissements et la création des CSSS, nous apprécions différemment la segmentation de l'effectif à travers les différentes catégories d'emplois (et à travers elles l'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique déterminé). Par exemple, de 10 000 infirmières en 2005, elles ne seraient plus que 1 788 à travailler dans ces centres d'hébergement et de soins de longue durée, non fusionnés... Nous devons donc nous rabattre sur le domaine de pratique infirmière dans le but d'avoir un portrait plus clair de la situation. Nous y apprenons alors que 8 428 infirmières ont déclaré les soins en gériatrie et gérontologie comme domaine de soins. Ce nombre est de 2 667 pour la ville de Montréal, soit trois infirmières sur dix.

Tel que mentionné précédemment, à la section sur les données sur les effectifs infirmiers, plus de la moitié (53,0%) des infirmières montréalaises ont plus de 45 ans. Si nous formulons l'hypothèse, à l'instar de Rose (2005), que nous retrouvons des infirmières plus âgées que la moyenne dans le domaine des soins de longue durée, en raison de l'intérêt moindre de la part des jeunes infirmières nouvellement diplômées à opter pour ce type d'établissement en début de carrière, nous pouvons alors faire

³⁶ Le taux d'infirmières de 45 ans et plus qui œuvraient en CHSLD est plus élevé que la moyenne nationale, soit 6 000 (59,8%) (OIIQ, 2005b). C'est également à Montréal que l'on retrouvait le plus grand nombre d'infirmières âgées de plus de 45 ans en CHSLD au Québec, soit 1 751 : 1 015 sont âgées entre 45 à 54 ans et 736 sont âgées de 55 ans et plus (OIIQ, 2005b).

l'hypothèse que plus de 1400 infirmières montréalaises de ce domaine de soins sont âgées de plus de 45 ans.

Des travaux dans le secteur de soins ont montré que la place occupée par les salariées selon le type d'organisation (CLSC ou CHSLD), d'une part, et à l'intérieur même de l'organisation, d'autre part, avaient un impact sur leurs perceptions relatives au vieillissement en emploi (Lauzon, 2003). Une des conclusions majeures de cette recherche, qui s'est déroulée à Montréal, est que l'hétérogénéité de la perception face à l'âge est corrélée au niveau de contrôle qu'ont ces salariées sur leurs tâches ou encore à leur statut professionnel. Ainsi, trois groupes d'individus ont été schématiquement identifiés par l'auteure : professionnels (infirmières), semi-professionnels (infirmières auxiliaires) et celles que nous retrouvons dans une structure mixte (ex. préposées aux bénéficiaires). La recherche pose comme hypothèse que plus une employée est qualifiée et possède un contrôle sur ses tâches, plus elle dispose alors d'un pouvoir au sein de l'organisation, entre autres dans le cadre des processus de décision. Les professionnelles qui pratiquent en CLSC confirment cette hypothèse. Contrairement à celles qui ne possèdent pas ce pouvoir, elles auront une meilleure perception face à l'âge même si, dans les deux cas, l'expérience dans l'accomplissement du travail est équivalente. La disponibilité de l'employée à maintenir un lien à l'emploi malgré l'avance en âge est influencée par ce contrôle exercé sur les tâches ainsi que la capacité d'influencer l'organisation de travail. Il est précisé que cet hypothétique maintien en emploi doit toutefois s'inscrire dans le cadre d'un réaménagement de temps et de poste de travail, ce qui soulève l'importance de se pencher sur les pratiques de gestion novatrices porteuses de changements en ce sens.

C'est ce que Bettache (2007) a fait en s'intéressant spécifiquement aux pratiques de maintien en emploi, ou extension de la vie professionnelle – antonyme du concept de « roulement du personnel » (p. 51) - et d'engagement organisationnel – « implication », ou encore le concept anglophone « *commitment* » (p. 65) - chez une cohorte de 402 cadres de 50 ans et plus du réseau de la santé et des services sociaux

du Québec de la région de Montréal³⁷, soit le quart de tous les cadres de ce groupe d'âge. L'âge moyen des répondants est de 53.5 ans, ils cumulent 31 ans d'expérience et près des trois cinquième (60.9%) de l'échantillon est constitué de femmes. Les trois quart (73.6%) ont atteint une scolarité de premier cycle universitaire (baccalauréat). Leur salaire annuel se situe entre 55 000 et 84 999\$.

Les résultats indiquent l'importance d'arrimer les pratiques de gestion des ressources humaines entre les attentes des salariés sondés et celles de l'organisation de services publics. Se référant aux écrits antérieurs sur le thème des pratiques des entreprises à l'égard de la main-d'œuvre vieillissante, l'auteur affirme entre autres que la « bombe démographique » (Beausoleil, 1998) « doit » déboucher sur la nécessité que les « différents acteurs » du marché du travail offrent de « nouvelles possibilités » (Bettache, 2007, p. 2) aux travailleurs âgés de façon à ce qu'ils maintiennent une activité d'emploi : le but de sa thèse est d'offrir un modèle en ce sens.

Ce modèle d'extension de la vie professionnelle et d'engagement organisationnel pour les cadres de 50 ans et plus met en valeur quatre « grappes » qui ont « émergé » des analyses statistiques, parmi lesquelles des pratiques de gestion prennent une importance variée. Il ressort des résultats que l'aménagement de l'emploi-mandats (projets spéciaux, comités stratégiques) et la planification de carrière (plan formel ou développement de carrière) sont deux grappes de pratiques considérées comme importantes pour le maintien et l'engagement organisationnel des cadres de 50 ans et plus du réseau de la santé et des services sociaux. Vient ensuite l'évaluation du rendement (rétroaction, évaluation formelle du rendement) et, finalement, des mécanismes d'expression (suggestion, sondage, groupes d'expression etc.).

³⁷ Après une éclairante recension des écrits qui s'appuie sur une question de recherche principale, l'auteur procède ensuite à une analyse statistique des données du sondage de Guérin et Saba (2001) à la suite de la formulation de cinq questions spécifiques sur le maintien en emploi et/ou l'engagement organisationnel, qui tiennent aussi compte de l'âge et du sexe des répondants. Une des dimensions intéressantes de cette thèse est l'élargissement de possibilités offertes aux travailleurs âgés aux plus jeunes travailleurs également (50 ans et moins dans ce cas-ci), en plus de formuler aussi une analyse différenciée selon le sexe; l'échantillon de recherche limite toutefois la portée de cette dernière analyse, surtout en ce qui concerne les groupes d'âge.

Une des limites de cette thèse est la constitution de son échantillon : cadres de 50 ans et plus du secteur de la santé et des services sociaux de Montréal-centre, incluant également la Cité de la santé, à Laval. Les résultats tiennent difficilement compte d'autres catégories d'emploi, telles que les infirmières, et d'établissements (hôpitaux, centres de soins de longue durée, soins à domicile, etc.). Il en va de même pour les groupes d'âge : celui des plus « jeunes travailleurs » se situe au point de basculement vers les « âgés » (surreprésentation des 49 ans), ce qui ne permet pas une lecture claire des différences. La question des sexes est plus nuancée : l'évaluation du rendement passe davantage par sa reconnaissance chez les hommes comparativement aux femmes.

Comme le précisent également Glouberman et Mintzberg (2001), la différenciation des milieux de soins modifie également les rapports à l'organisation, aux autres professionnels, et particulièrement au médecin et à l'infirmière, ou encore aux usagers.

Des transformations majeures telles que le virage ambulatoire, les changements de personnel, l'« approche milieu de vie », l'« alourdissement des clientèles », notamment les personnes atteintes de démence, mais aussi l'émergence des agences privées de placement de personnel ont sans contredit marqué les conditions de travail des infirmières au point de les inciter à quitter rapidement l'organisation à la date d'admissibilité à la retraite. Toutefois, malgré l'expression d'un haut taux de satisfaction à l'égard de la reconnaissance de leurs compétences et de leur marge d'autonomie, ce qui devrait en principe les inciter à demeurer en emploi, « les mesures d'aménagement portant sur une forme ou une autre de désinvestissement progressif obtiennent un succès inversement proportionnel à celles qui, au contraire, visent un enrichissement des tâches et une augmentation de l'implication dans l'organisation » (Lesemann et Tourville, 2006, p. 16), ce qui n'est pas sans court-circuiter les efforts déployés pour attirer de nouvelles et jeunes employées, compte tenu des plages horaires moins intéressantes qui leur sont offertes.

C'est sous l'angle du défi des cadres intermédiaires de CLSC ou de programmes de soutien à domicile pour favoriser l'attraction et la rétention des infirmières qui dispensent des services aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement qui résident sur le territoire de quatre CSSS montréalais que Bouvier (2009) s'intéresse à mieux connaître leurs points de vue dans la mise en place des programmes visant cette clientèle, ainsi que l'amélioration des milieux de travail. Pour ce faire, elle a rencontré 11 chefs d'administration de programme (ou qui l'avaient été le mois précédent l'entrevue) en 2007-2008. Leur formation de base était en soins infirmiers (pour 7 d'entre elles), en travail social (2), en diététique (1) et en physiothérapie (1). L'auteure est elle-même infirmière et cadre intermédiaire d'un programme pour les personnes âgées en perte d'autonomie au sein d'un CSSS.

Les données recueillies par Bouvier (2009) ont été classées à partir d'un modèle théorique établi dans le cadre d'une recherche dans le domaine de la santé et sécurité au travail des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières de soins et de maintien à domicile (Cloutier, David, Ledoux, Bourdouxhe, Teiger, Gagnon et Ouellet, 2005), et qui prend en compte quatre catégories qui peuvent influencer sur l'attraction et la rétention des infirmières oeuvrant dans ce domaine de pratique : 1) facteurs relatifs à l'usager et son réseau; 2) facteurs se rapportant à l'organisation du travail; 3) facteurs relatifs à l'environnement de travail; et 4) facteurs relatifs à la travailleuse et au collectif de travail.

Les résultats mettent en évidence plusieurs tensions auxquelles sont soumis les programmes s'adressant aux personnes âgées en perte d'autonomie qui résident à domicile. Bien qu'il soit mentionné, de façon générale, que la rétention du personnel ne constitue pas un « problème particulier » (Bouvier, 2009, p. 81), les efforts proposés pour favoriser l'attraction de nouvelles infirmières reposent principalement sur la mise en valeur de l'autonomie dont elles disposent dans leur pratique auprès de cette clientèle. Chez les infirmières éligibles à la retraite, des mesures sous forme d'avantages financiers sont proposées. Les cadres interviewées ont indiqué un

manque de données nécessaires à la gestion des soins, dont celles sur la composition des âges, la retraite ou encore la formation. Les données nationales, dont celles issues des l'OIIQ, indiquent, comme nous l'avons vu plus tôt, un vieillissement des effectifs et des départs massifs à venir. Dès lors, les défis auxquels sont confrontées les cadres intermédiaires en matière de services aux personnes âgées en perte d'autonomie font intervenir un certain nombre de tensions dans les rapports qu'entretiennent les infirmières à de multiples niveaux, et que la recherche de Bouvier (2009) fait ressortir.

En premier lieu, les politiques gouvernementales en matière de services de santé et de services sociaux génèrent des tensions entre l'énoncé de leurs principes et leur mise en forme concrète, sur le terrain. L'exemple qui est soulevé quant à la « dualité » entre l'infirmière généraliste et celle spécialiste (Bouvier, 2009, p. 84) en est une illustration éclairante en ce qui concerne, plus largement, le rôle de l'infirmière face aux orientations gouvernementales. L'auteure se rabat sur l'importance de prendre en compte ces dernières dans le but de maintenir un « équilibre » entre les deux formes de pratiques, et plus précisément l'approche populationnelle et la hiérarchisation des services qui y sont promues, alors que, paradoxalement dirions-nous, ce sont ces mêmes orientations gouvernementales qui sont décriées comme étant une des nombreuses causes d'insatisfaction de la part des infirmières :

« Des législations et des réformes à répétition, de multiples modifications de structures organisationnelles, une réduction importante des unités d'accréditation, des tâches élargies, d'autres élaguées au profit des infirmières auxiliaires, voilà autant de facteurs qui ont pu contribuer à susciter un climat d'insatisfaction et d'irritation auprès des infirmières, notamment chez les plus âgées, les baby-boomers, nées après la fin de la guerre de 1939-1945, qui ont vu tous ces changements se télescoper »
(Bouvier, 2009, p. 17).

Sans occulter l'effet démobilisant des transformations des dernières années, la tendance historique des principaux acteurs de la profession infirmière à récupérer les

rhétoriques des orientations gouvernementales a néanmoins déjà été notée antérieurement (Trottier, 1982). La citation précédente met également en exergue un autre niveau de tension : la confrontation des professions.

Sur cette question, et il s'agit du deuxième niveau, Bouvier (2009) a noté que les cadres rencontrés estiment que la délégation d'actes professionnels à d'autres dispensatrices de soins, promue par la Loi 90, rappelons-le, telles que les infirmières auxiliaires, serait certes une réponse aux manques de ressources infirmières, mais que cette délégation suscite en même temps les inquiétudes, en particulier syndicales, quant à l'impact de cette reconfiguration des services sur la qualité des soins. Des irritations se manifestent également entre les établissements. Dans les deux cas, soit l'interdisciplinarité et la collaboration entre les établissements, un « flou » (Bouvier, 2009, p. 86) est présent. La pratique du cadre intermédiaire s'effectue alors dans un environnement complexe.

Le troisième niveau concerne justement la manière dont ces changements s'articulent à l'intérieur d'organisations spécifiques de travail. La recherche de l'auteure présente une richesse d'information à cet égard, les résultats portant sur les facteurs se rapportant à l'organisation du travail y occupant une place prépondérante. Bien que peu de références soient spécifiquement faites aux infirmières d'expérience, les cadres elles-mêmes n'ont pas ces données, les éléments qu'on y retrouve permettent néanmoins de dégager des constantes qui illustrent l'impact qu'ont les transformations mentionnées précédemment sur leurs rapports à l'activité professionnelle. L'exemple patent, qui revient à plusieurs reprises dans cette recherche, est celui des « gestionnaires de cas », communément appelés intervenants-pivot. Une insistance est mise quant à la pertinence que des infirmières « adoptent de nouveaux comportements » (Bouvier, 2009, p. 80) dans le but d'assurer le rôle associé à cette gestion des services, et qui comprend la responsabilité de veiller à leur continuité à l'intérieur des réseaux intégrés, qui s'illustre entre autres par la prise en compte des évaluations pertinentes, qu'elles soient médicales ou sociales, ou encore des partenariats à développer avec plusieurs acteurs, dont la famille et le médecin. Or

c'est ainsi que la construction à la fois du vieillissement, mais aussi du rapport à l'activité professionnelle dans ce cadre bureaucratique en transformation, dont celle des infirmières, se manifeste :

« Certaines gestionnaires se demandent même si une personnalité particulière n'est pas requise pour être gestionnaire de cas, car il semble que ce ne soit pas toutes les infirmières qui puissent assumer ces responsabilités » (Bouvier, 2009, p. 44).

L'émergence de nouvelles pratiques de gestion dans le contexte actuel de transformations du système de santé au Québec peut conduire à la valorisation des compétences et de l'expérience de dispensatrices d'expérience dans le domaine des soins le long durée, mais l'impact des changements organisationnels qui les accompagnent se veut tout de même inégal et hétérogène. Nous avons déjà mis en évidence que si certaines salariées dans le domaine des soins de long durée se montrent favorables à rester plus longtemps à l'emploi ou voient leurs compétences valorisées par les transformations en cours, d'autres, au contraire, souhaitent partir le plus rapidement possible et n'intègrent pas à leurs comportements les nouvelles contraintes de l'environnement (Tourville, 2006). Et lorsqu'on tient compte de la question des régimes de retraite, cette lecture prend une forme beaucoup plus homogène.

Au niveau des caractéristiques individuelles, nous pourrions d'emblée être porté à croire, par exemple, qu'un niveau de scolarité plus élevé de l'infirmière serait gage d'une meilleure adéquation avec le rôle dorénavant promu chez l'infirmière, mais encore là des nuances s'imposent. Bien que les propos recueillis auprès des cadres indiquent que certaines infirmières adoptent le même rôle depuis près de trois décennies, il n'en reste pas moins qu'il *« existe des infirmières cliniciennes – donc celles ayant reçu une formation universitaire – qui ne veulent pas faire de la gestion de cas et qui désirent se concentrer uniquement sur des techniques de soins »* (Bouvier, 2009, p. 72). Ou encore d'autres (leur âge ou niveau académique n'est pas

spécifié) « (...) qui ne savent souvent même pas ce que c'est (la gestion de cas) » (Bouvier, 2009, p. 48).

Ce « système d'analyse en étages » appliqué aux résultats de recherche de Bouvier (2009) permet de mettre en exergue une tension, que nous appellerions « paradigmatique », en matière d'activité professionnelle dans ce cadre bureaucratique en transformation qui touche à deux dimensions importantes : les modèles de pratiques infirmières et les configurations organisationnelles. Ces deux derniers n'apparaissant pas mutuellement exclusifs, nous débouchons alors sur une différenciation importance de l'activité professionnelle selon son cadre de pratique. Les résultats qualitatifs du mémoire de l'auteure constituent une richesse de contenu qui met valeur cette diversité. À titre d'exemple, le « paradoxe » (Bouvier, 2009, p. 50) qui est identifié en ce qui concerne, d'une part, des infirmières auxiliaires appelées (en renfort) à offrir des soins à domicile à des personnes âgées en perte d'autonomie (activités complexes), et de l'autre des infirmières cliniciennes assignées à la clinique ambulatoire de soins généraux (activités moins complexes), malgré leur niveau de scolarité universitaire.

En toile de fond se profilent des modèles de pratique qui donnent une *vision* particulière non seulement aux soins précis dispensés aux patients par l'infirmière, mais à travers eux le rapport de cette dernière avec elle-même, l'environnement et la conception de la santé. Prendre en compte ce qui structure la dispensatrice de soins dans son activité professionnelle permet dès lors de mieux comprendre celle « qui n'a jamais modifié son rôle depuis trois décennies » ou l'autre « qui privilégie les techniques de soins » malgré sa formation universitaire. L'intégration d'une vision particulière, voire individuelle, des soins peut alors en confronter une autre, surtout lorsqu'elle campe dans une perspective de professionnalisation des soins, de revendication de territoire professionnel (Abbott, 1998) ou encore, selon Cognet *et al.* (2005), un désengagement de l'État par le biais d'une responsabilisation accrue de l'individu et des communautés face à la santé, tel que le promouvrait le modèle McGill, selon ces auteurs. Alors qu'en est-il, dans ce cas-ci, de l'environnement

« insalubre » (Bouvier, 2009, p. 68) auquel les infirmières sont confrontées? Est-ce que l'escorte policière ou de pompiers est l'unique solution? Quelle place peuvent jouer les politiques sociales et/ou le travail social, dans une perspective interdisciplinaire, sur ces questions?

Bien que des professionnelles bénéficient d'une relative autonomie de pratique selon le type d'organisation de travail où elles travaillent et leur place à l'intérieur de celle-ci, d'un contrôle sur leurs tâches, d'un relatif pouvoir au sein de l'organisation et d'une valorisation de leurs compétences, elles quitteront majoritairement à la retraite à la date d'éligibilité prévue au régime de retraite. Ce phénomène confirme que ce sont principalement les régimes de retraite qui structurent massivement les sorties d'activité et ce, peu importe que les salariées d'expérience perçoivent leurs compétences comme reconnues ou qu'elles bénéficient d'une marge d'initiative dans leur travail :

« Ce constat illustre combien les politiques publiques, et en particulier les régimes publics de retraite, contribuent activement à structurer le «vieillessement». Les institutions sociales, par l'intermédiaire de politiques et de programmes, de normes et de règles, définissent et ordonnent les statuts que devraient assumer les individus au cours de leur vie. (...) Cette conception ternaire des parcours de vie est dans les faits aujourd'hui largement battue en brèche, mais l'influence des institutions, et en particulier des régimes de retraite, dans la construction sociale du vieillissement n'en demeure pas moins déterminante » (Lagacé et al. 2005; p. 193).

En somme, la perception face à l'âge des dispensatrices de soins de longue durée est caractérisée par le niveau de contrôle sur leurs tâches ou encore leur statut professionnel. Ainsi, à expérience égale, celles qui détiennent du pouvoir auront une meilleure perception face à l'âge. Bettache (2007) souligne que les meilleures pratiques de gestion des ressources humaines en vue de maintenir l'engagement organisationnel des cadres de 50 ans et plus du Réseau de la santé et des services

sociaux montréalais est l'aménagement de l'emploi-mandats et la planification de carrière. Les résultats de cette dernière recherche ne permettent toutefois pas de « différencier » les milieux de pratique. Bouvier (2009), quant à elle, s'intéresse précisément aux cadres intermédiaires (leur groupe d'âge n'est toutefois pas spécifié) au sein de programme de soutien à domicile de CSSS montréalais. L'analyse de ses résultats fait ressortir plusieurs tensions et paradoxes reliés au nouveau rôle attendu chez l'infirmière. Bien que le contrôle sur la prestation de soins influence la disponibilité de la personne qui possède ce pouvoir à maintenir un lien à l'emploi au moment de la retraite, nous dit Lagagé et al. (2005), les régimes qui la structurent « aspirent » néanmoins l'individu en-dehors, et ce, peu importent les réaménagements novateurs proposés, en particulier en matière de valorisation des compétences.

Débat sur l'âge d'éligibilité à la retraite chez les infirmières : 55 ou 65 ans?

Deux tendances lourdes s'affrontent en ce qui concerne le maintien en emploi des infirmières âgées : réformes des régimes de retraite ou statu quo. La littérature anglo-saxonne, notamment celle du Royaume-Uni, est riche en propositions visant à réformer les régimes de retraite. Le but recherché par la **première tendance** est de contrer l'impact anticipé des transformations démographiques qui annoncent une pénurie d'infirmières dans un avenir rapproché. Pour ce faire, il est préconisé de mettre en place des incitatifs visant le maintien en emploi des infirmières. Ces propositions s'accompagnent de mesures visant des changements aux régimes de retraite afin d'augmenter l'âge d'éligibilité à la retraite en y rattachant des bénéfices financiers.

Cette orientation s'appuie sur les conséquences néfastes anticipées qu'aura l'actuel régime de pension des infirmières afin de le rendre plus « flexible » auprès des salariées, de leur offrir le « choix » de maintenir plus longtemps un lien d'emploi : travail à temps partiel, formation professionnelle ou changement dans l'évolution de carrière. L'idée principale est de favoriser une « approche flexible » qui vise une « retraite progressive » (*phased retirement*) accompagnée de mesures de soutien à

l'emploi tout au long de la carrière (Leifer, 2005; Buchan, 2000a). Le choix de quitter à la retraite dépend d'un certain nombre de facteurs tels que le statut financier ou les responsabilités familiales, surtout si la carrière a pu être « brisée » au cours des années (temps partiel, travail occasionnel, etc.). Ce sont souvent celles qui n'ont pas les moyens financiers nécessaires qui doivent poursuivre leur travail au-delà de 55 ans. Cependant, un large pourcentage de celles-ci, 4 sur 5 au sein du *NHS*, sont mariées ou ont un conjoint, de là l'importance de plutôt s'attarder à une approche flexible de maintien en emploi, nous dit Buchan (2000a).

Ce dernier privilégie non pas le modèle de l'« emploi à vie » mais celui de la « carrière à vie » (Buchan, 2000b), insistant sur les transformations qui s'opèrent depuis plusieurs années dans le système de santé et sur l'importance de retenir les infirmières d'expérience qui possèdent des compétences recherchées, ce que la plupart des établissements ne font pas suffisamment. En ce sens, le secteur privé - *outside NHS* - peut offrir, toujours selon l'auteur, des opportunités d'emploi et financières intéressantes dont doivent tenir compte les employeurs, ce qui n'est pas sans rappeler ce que certains ont décrit comme un « brouillage des frontières » (Laville, 2005) ou encore la Nouvelle Gestion publique (Merrien, 1999).

Dench et Grove (2001) estiment que l'âge de la retraite doit être impérativement repoussé pour des raisons éthiques et économiques. Alors que l'espérance de vie augmente et que la population vit en meilleure santé, ces auteurs sont en désaccord à ce que la main-d'œuvre se retire de façon anticipée. Leurs propos s'appuient également sur les difficultés de recrutement auxquelles fait face le système de santé. En plus de créer un clivage avec les infirmières âgées, soit celles qui pourront partir comparativement aux autres qui seront contraintes de rester par nécessité financière, ces départs anticipés créent également, selon eux, des iniquités auprès des jeunes générations qui devront assumer des charges financières plus élevées relatives au financement des fonds de retraite.

Pour les tenants de la **deuxième tendance**, toutefois, une éventuelle réforme des régimes de retraite est inacceptable. L'augmentation de l'âge de la retraite est leur principale pierre d'achoppement. Un consensus se dégage autour du fait que non seulement l'âge de la retraite doit rester le même, mais, en plus, il serait nécessaire d'augmenter les bénéfices perçus par les fonds de pension. Cette position est principalement justifiée par l'entrée tardive des femmes sur le marché de l'emploi, leur statut à temps partiel, en raison des charges familiales assumées, ainsi que leurs conditions de travail difficiles. Le maintien de l'âge actuel de la retraite et des avantages financiers qui s'y rattachent représente en quelque sorte une façon pour la société de les « remercier » de leur contribution (Scott, 2005).

Selon O'Dowd (2005), les changements au régime de pension qui sont largement débattus au Royaume-Uni sont à considérer sérieusement compte tenu que ces régimes constituent un des principaux facteurs d'attraction à travailler au sein du *NHS*. Ces changements visent principalement l'augmentation de l'âge de la retraite - à 65 ans - et la révision du salaire pris en compte dans le calcul de la pension, soit le *Career Average Scheme (CARE)* au lieu du *Final Salary Scheme* (nous avons compris qu'il s'agit du salaire moyen en carrière au lieu du salaire final). L'auteure souligne également la faible compréhension qu'ont la majorité des infirmières des particularités de leur régime de pension. Elle critique le fait que les nouvelles salariées devront immédiatement adhérer au nouveau régime tandis que les plus anciennes auront la possibilité de le faire plus tard. De plus, le *CARE* profitera uniquement à celles qui sont « statiques » dans leur carrière et moins à celles qui auront été promues. Finalement, l'auteure est d'avis qu'on ne prend pas suffisamment en compte les demandes physiques et psychologiques liées au travail infirmier.

Malgré la position défendue ci-dessus, Dench et Grove (2001) estiment également qu'une retraite anticipée représente pour les infirmières l'occasion de passer à une autre période de vie après de longues années à prendre soin des autres, souvent dans des conditions difficiles (bas salaire, mauvais horaires, charge émotive). Retarder le moment de la prise de retraite rendra encore moins attirant le travail infirmier alors la

profession connaît déjà des problèmes de recrutement. Le maintien en emploi au-delà de 55 ans doit uniquement se faire de façon volontaire et doit être accompagné de mesures financières et de temps de travail intéressants, entre autres sous forme de transition travail-retraite.

Ce débat autour de l'âge de la retraite dans le domaine infirmier rejoint la question du cycle de vie ternaire propre à nos sociétés occidentales – où la jeunesse est associée à la formation, la vie adulte au travail et la vieillesse à la retraite – (Gaullier, 1988), ainsi que la nécessité de revoir l'institutionnalisation de ces régimes de protection d'après guerre en regard du contexte contemporain :

« Les prestations sociales, en étant tenues pour acquises, finissent par se suffire à elles-mêmes, sans égard pour le fait qu'elles permettent ou non d'atteindre les buts pour lesquels elles avaient d'abord été attribuées. Les attentes se trouvent dès lors déçues et les groupes d'intérêts privés se dérobent. Les pays qui ont tenté de réformer leurs systèmes de pension, par exemple, se sont heurtés à une opposition unanime (...). Un tel immobilisme, toutefois, n'est en lui-même qu'un reflet de la nécessité d'une réforme, car l'État-Providence se doit d'être aussi dynamique, et attentif à l'ensemble des mouvements de la société, que n'importe quelle autre sphère de l'État » (Giddens, 2002, p. 125-126).

Ceux qui prônent, avec plus ou moins de force, la mise en place de divers incitatifs au maintien à l'emploi estiment également pertinent de réformer les régimes de retraite afin d'accroître l'âge d'éligibilité à la retraite. La flexibilité des mesures proposées prend en compte différents facteurs qui influencent le moment de la retraite, notamment les responsabilités familiales et financières. La « carrière à vie » promue par certains auteurs (Buchan, 2000b) s'illustre par un « brouillage des frontières » (Laville, 2005) entre les modes de gestion privé et public. D'autres jugent toutefois inacceptable de réformer les régimes de retraite, et estiment même qu'ils devraient être bonifiés en raison des caractéristiques féminines associées à la carrière infirmière, notamment les responsabilités familiales qui ont entraîné une entrée

tardive sur le marché du travail et des conditions d'emploi difficiles. Ce débat s'illustre non seulement par sa complexité mais aussi par les dimensions sociales qui y sont reliées, et particulièrement la remise en question des rapports intergénérationnels et des cycles de vie historiquement construits.

Réforme proposée et infirmières d'expérience : modèle innovateur de prestation des services au sein d'une conception traditionnelle des âges

Le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000) aborde très peu la question des compétences détenues par les infirmières d'expérience, si ce n'est que pour souligner l'importance du mentorat. Loin de remettre en question la structure traditionnelle des cycles de vie -quoiqu'elle souligne à plusieurs reprises l'importance de la formation continue -, la Commission s'appuie visiblement sur une conception traditionnelle des parcours de vie lorsqu'elle cible différentes interventions selon les groupes d'âge (enfance/jeunesse, adultes et personnes âgées). Bien que cette façon de faire apparaisse pertinente dans une perspective de services adaptés aux besoins territoriaux des populations, elle l'est moins, à mon sens, en ce qui concerne à la gestion des ressources humaines. En effet, nous assistons actuellement à un profond paradoxe qui n'est pas abordé dans ce rapport : la pyramide des âges de la main-d'œuvre – ici les infirmières – affiche à son sommet un nombre élevé d'effectifs qui ont commencé à se retirer. Si rien n'est fait pour remettre en question le cycle de vie ternaire, si nous ne nous questionnons pas sur notre conception de la « vieillesse », sur l'espérance de vie en bonne santé qui a fait un bond vertigineux en moins d'un demi siècle ou encore sur les iniquités inter et intragénérationnelles, la mèche de la « bombe à retardement démographique » (O'Brien-Pallas *et al.*, 2005) continuera inexorablement à raccourcir.

Les recommandations proposées dans ce rapport visent surtout à favoriser le passage d'une culture « basée sur une approche hiérarchique, bureaucratique et cloisonnée » à une « culture d'excellence » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. 137-138). Un long chapitre est d'ailleurs consacré à la

question du financement des programmes de santé et de services sociaux. Rien n'est dit toutefois sur les « économies d'échelles » que représenteront les départs à la retraite de ceux qui, en nombre majoritaire, affichent le plus d'ancienneté à l'intérieur de ce système conventionné.

En somme, alors que la pyramide des âges affiche à son sommet de plus en plus d'effectifs, c'est une structure traditionnelle des âges qui est prise en compte par les réformes proposées au système de la santé et des services sociaux alors qu'elles promeuvent, paradoxalement, une nouvelle conception de la structure bureaucratique héritée des années 70. Les changements proposés s'attarde à une façon plus efficace, efficiente et performante de dispenser les soins, sans toutefois remettre en question une conception classique des âges génératrice de perte précoce d'expertises.

Conclusion

La revue de la littérature indique combien le secteur de la santé est particulièrement sensible à la problématique du vieillissement en emploi en raison de plusieurs facteurs tels que l'embauche massive durant les années 60-70, une réduction draconienne des effectifs durant les années 90 et les importantes transformations organisationnelles qui remettent en question, encore aujourd'hui, les formes de prestations de services instituées. Les données spécifiques sur l'effectif infirmier au Québec présentent diverses sources de tension : à l'entrée et la sortie de la profession, selon les domaines de pratique infirmière, en regard au lieu géographique de l'emploi, etc.

La conception du vieillissement et de la retraite a historiquement évolué du « risque vieillesse » au « droit à la retraite », alors que l'on parle davantage aujourd'hui d'une « société active à tous âges » (Guillemard, 2003), compte tenu d'une espérance de vie en bonne santé qui ne cesse d'augmenter. Ce rapport à l'âge présente toutefois des formes et des perceptions complexes selon le milieu de travail. Il est dès lors permis de parler non pas du mais bien « des vieillissements » (Lagacé *et al.*, 2005).

Une lecture des phénomènes en jeu indique que les infirmières ont des perceptions hétérogènes en ce qui concerne la gestion, la qualité et le mode de prestation de soins selon leur âge, leur expérience professionnelle, le poste occupé, leur statut d'emploi, leur milieu de pratique ou encore leur niveau de scolarité. Ces différents facteurs influenceront leurs choix et motivations de carrière professionnelle, auront un impact sur l'absentéisme et leur santé mentale, ainsi que sur la cessation d'activité professionnelle, dont la retraite (O'Brien-Pallas, 2005). Devant la complexité des processus en cours, et devant une population vieillissante qui génère des demandes accrues de services (Savard, 2002), l'attention portée sur les mesures visant la rétention du personnel a montré l'écart qui existe entre les perceptions et les propositions des gestionnaires et celles des infirmières. Ces dernières conclusions attirent l'attention sur l'importance, aux yeux des infirmières d'expérience, de mettre en place des pratiques de gestion de ressources humaines qui prennent davantage en compte leurs besoins particuliers, ce qui nécessite de « tailler sur mesure » (Armstrong-Stassen, 2005, p.63) des pratiques de gestion tenant compte de l'ensemble des groupes d'âge, notamment dans le but d'éviter des effets intergénérationnels problématiques ou encore pour favoriser la mise en place d'un « environnement de travail sain » pour l'ensemble des groupes d'âge, y compris les infirmière âgées, sous forme par exemple d'un modèle d'« environnement psychosocial optimal » (Lavoie-Tremblay *et al.*, 2006) auquel les gestionnaires pourraient se référer, en particulier dans l'élaboration de stratégies de rétention.

Si les conclusions des diverses études montrent bien les formes que prend la problématique des âges en milieu de travail, et les différentes mesures spécifiques proposées au personnel infirmier pour y faire face, elles ne mettent toutefois pas en valeur la puissante attraction que constituent les régimes de retraites sur le choix des infirmières de quitter néanmoins les organisations de soins. Une place privilégiée au sein de l'organisation, un pouvoir dans les processus de décision et un contrôle sur leurs tâches (Lauzon, 2003) ou encore la reconnaissance d'une marge d'autonomie de pratique et une valorisation des compétences n'empêchent pas le personnel soignant

de quitter massivement à la retraite à la date d'éligibilité prévue à leur régime, alors que l'expression d'un haut taux de satisfaction quant à ces différentes dimensions devrait en principe les inciter à demeurer plus longtemps en emploi (Lesemann et Tourville, 2006).

Ce constat apparaît alors que les réformes en matière de santé et de services sociaux proposent de renouveler la structure bureaucratique héritée des années 70 dans le but de la rendre plus efficace et performante dans sa réponse aux problématiques complexes, alors que la conception des âges, en revanche, est paradoxalement traditionnelle en ne remettant pas en question une conception classique génératrice de perte précoce d'expertises.

PARTIE II

**DÉMARCHE EMPIRIQUE : MÉTHODOLOGIE, PRÉSENTATION,
ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES EMPIRIQUES**

Rappel de la question de recherche.

Avant d'exposer la démarche empirique, la méthodologie et l'analyse et l'interprétation des données, il m'apparaît important de rappeler la question de recherche et synthétiser le contenu présenté jusqu'à présent. Cette thèse porte sur l'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique en transformation, dont les infirmières d'expérience constituent un axe d'analyse privilégié. Elle s'intéresse aux formes hétérogènes que prennent les rapports à l'activité professionnelle et au cadre bureaucratique en transformation. Les tensions que génèrent ces rapports reposent bien souvent sur deux paradigmes dominants : l'un issu des années 70 et l'autre, néolibéral, qui le remet en question.

Depuis les dernières décennies, l'évolution du travail infirmier s'illustre par un passage de la « vocation à la profession » (Petitat, 1989) au sein d'un cadre bureaucratique qui n'a cessé, lui aussi, d'évoluer. Les restrictions budgétaires des années 90 ont fissuré la rigide cloison qui séparait jusqu'alors l'État-providence du marché privé, et de ses iniquités, favorisant l'émergence de « marchés ou de quasi-marchés » (Merrien, 1999) dans le système public, dont les agences privées de placement de personnel. Cette thèse s'intéresse non seulement à la façon dont ces changements modifient le cadre bureaucratique dans lequel s'inscrit l'activité professionnelle, mais aussi les trajectoires de cessation de cette activité. Pour ce faire, une compréhension fine de la structure et de la dynamique des organisations s'avère essentielle. Sur cette question, Henry Mintzberg nous met en garde contre les problèmes classiques associés au trop grand pouvoir administratif sur les professionnels au sein d'organisations de soins de santé – la Bureaucratie Professionnelle -, surtout en période de restrictions budgétaires et réformes, et propose des pistes de solutions qui reposent plutôt sur la capacité des professionnels à coordonner eux-mêmes leurs activités (Tremblay, 2007a, 2007b; Mintzberg, 1982), ce qui nécessite de revoir les cultures et le cloisonnement professionnels historiquement construits, et particulièrement à l'intérieur de catégories de services

de « traitement des maladies » et de « soins de santé » (Glouberman et Mintzberg, 2001; Mintzberg et Glouberman, 2001). Or, les « revendications de territoires » sont le propre des systèmes professionnels dans le but notamment de contrôler des tâches, un savoir abstrait ou de gagner la confiance du public (Abbott, 1988). À ces rivalités se manifeste aussi une interdépendance entre les acteurs qui est influencée par les contraintes d'un environnement dont ils cherchent à contrôler les zones d'incertitude (Friedberg, 1997; Crozier et Friedberg, 1977).

Durant les années 90, les caractéristiques associées au modèle bureaucratique précédent, particulièrement la désuétude de sa « régulation hiérarchique » (Bégin *et al.*, 1999, p. 360), ont été profondément remises en question, principalement sous forme d'un processus de décision *top down*, qui s'est poursuivi durant les années 2000 par le biais de diverses mesures législatives. En matière de résidences privées pour les personnes âgées, ces transformations ont abouti à un univers disparate, surtout au profit du secteur privé, dont il y est globalement difficile d'évaluer la qualité des services (Charpentier, 2000). Bien que ces transformations visent, en conformité avec certaines perspectives promues par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000), une « culture d'excellence » du secteur public qui s'illustrerait notamment par une plus grande collaboration interdisciplinaire au sein d'une nouvelle gouvernance, plus territoriale et participative, des recherches ont clairement démontré un déploiement inégal de ces principes sur le terrain.

Les transformations du cadre bureaucratique dans le secteur de la santé entraînent également une confrontation avec les modèles de soins infirmiers déjà institués, et qui diffèrent selon les milieux de travail (Cognet *et al.*, 2005). Ces changements redéfinissent également la productivité en matière de services de santé qui n'est pas sans affecter ses activités professionnelles, allant même jusqu'à questionner la possibilité de les industrialiser, ce qui s'avère toutefois peu probable compte tenu des « compétences relationnelles » (Gadrey, 1996) qui caractérisent leur pratique. Dans ce domaine précis, il a été démontré en effet que les nouvelles orientations en matière

de gestion et de planification des soins n'entraînent pas « automatiquement » une rationalisation industrielle du travail infirmier, mais peuvent, au contraire, offrir une « rationalisation professionnelle » (Lapointe *et al.*, 2000) qui permette l'exercice d'un jugement et d'une autonomie face aux situations complexes. Une meilleure compréhension de cette question chez les infirmières d'expérience confirme d'ailleurs la place privilégiée qu'elles peuvent occuper au sein d'une organisation de soins, leur pouvoir dans les processus de décisions ou encore le contrôle sur leurs tâches (Lauzon, 2003), ainsi qu'un haut taux de satisfaction en ce qui concerne leur marge d'autonomie et la valorisation de leurs compétences (Lesemann et Tourville, 2006).

Ces dernières conclusions n'occulent toutefois en rien les recherches qui indiquent combien l'activité infirmière est particulièrement sensible aux transformations de leur cadre de pratique au cours des dernières années (O'Brien-Pallas *et al.*, 2005; Armstrong-Stassen, 2005), mais permettent néanmoins d'apporter un éclairage nouveau et nuancé sur la concentration élevée des effectifs au sommet de leur pyramide des âges et les pratiques ou modèle de gestion (Lavoie-Tremblay *et al.*, 2006) proposés pour y faire face, particulièrement en matière de stratégies de rétention. En effet, bien que certaines infirmières d'expérience éligibles à la retraite soient disposées à s'engager au sein de l'organisation, selon des conditions bien précises, ce sont néanmoins les régimes de retraite qui structurent massivement les sorties d'activités (Lagacé *et al.*, 2005, p. 193). Et en matière de vieillissement de l'effectif infirmier, il y a de sérieux motifs de s'inquiéter compte tenu que le cinquième de celui-ci est potentiellement éligible à se retirer du milieu de travail, sous forme de prise de retraite, et ce, « dès maintenant » (OIIQ, 2008b, p. 14)!

C'est donc à travers l'émergence de nouveaux modes de gestion et de prestations de soins, s'illustrant entre autres par les agences privées de personnel, et la remise en question de modèles de pratique et de la productivité propre à une « régulation hiérarchique désuète », sous forme de nouveaux rapports à l'autorité administrative et aux autres acteurs, dont les plus jeunes, et qui se manifestent par des compétences relationnelles et des trajectoires professionnelles diversifiées, dont la cessation

d'activités, que cette thèse s'intéresse aux formes que prennent l'activité professionnelle et le cadre bureaucratique en transformation dans le but de répondre à la question de recherche suivante :

Comment les transformations bureaucratiques influencent-elles l'activité professionnelle des infirmières d'expérience depuis les années 90 au Québec dans le domaine des soins aux personnes âgées en perte d'autonomie?

4 MÉTHODOLOGIE

Ce projet de recherche respecte les critères scientifiques et éthiques reconnus. Ses données ont été recueillies dans le cadre d'un projet de recherche plus large intitulé *Vieillesse de la main-d'œuvre, pratiques d'entreprises, politiques publiques : développer une compréhension différenciée du phénomène pour mieux agir* (FQRSC, 2002-2005), dirigé par le professeur chercheur Frédéric Lesemann, et auquel l'auteur de la présente thèse a participé activement à titre d'assistant de recherche. Ce projet bénéficiait d'un certificat d'éthique émis par l'Institut national de la recherche scientifique (INRS); le consentement libre et éclairé de tous les participants a été respecté (voir annexe 1).

4.1 Implication conceptuelle sur la méthodologie de la recherche

Un des grands constats auquel nous faisons face actuellement est le « brouillage des frontières » (Laville, 2005) qui caractérise la confrontation entre l'État providence et l'idéologie néolibérale au sein des bureaucraties publiques, deux modèles dont les caractères dissemblables génèrent une dynamique complexe en raison des obstacles rencontrés quant à l'implantation de ce qui est appelé la *Nouvelle gestion publique* (Merrien, 1999). Un autre grand constat à considérer jusqu'à présent est la dynamique hétérogène qui caractérise le système de santé, une différenciation qui se manifeste selon le type de prestation de services qui est donnée (Globerman et Mintzberg, 2001).

Des recherches ont mis en évidence que la décentralisation vers des territoires déterminés, qui est promue dans les orientations gouvernementales en matière de santé et de services sociaux, s'inscrit d'une part dans des nouveaux modèles de *gouverne* (Denis, 1999) et s'implantent d'autre part de manière différenciée (Denis, 2002), voire inégale, sur le terrain. De par leur nature *top down* et hiérarchique, les dernières réformes privilégient une division et une décentralisation verticale du

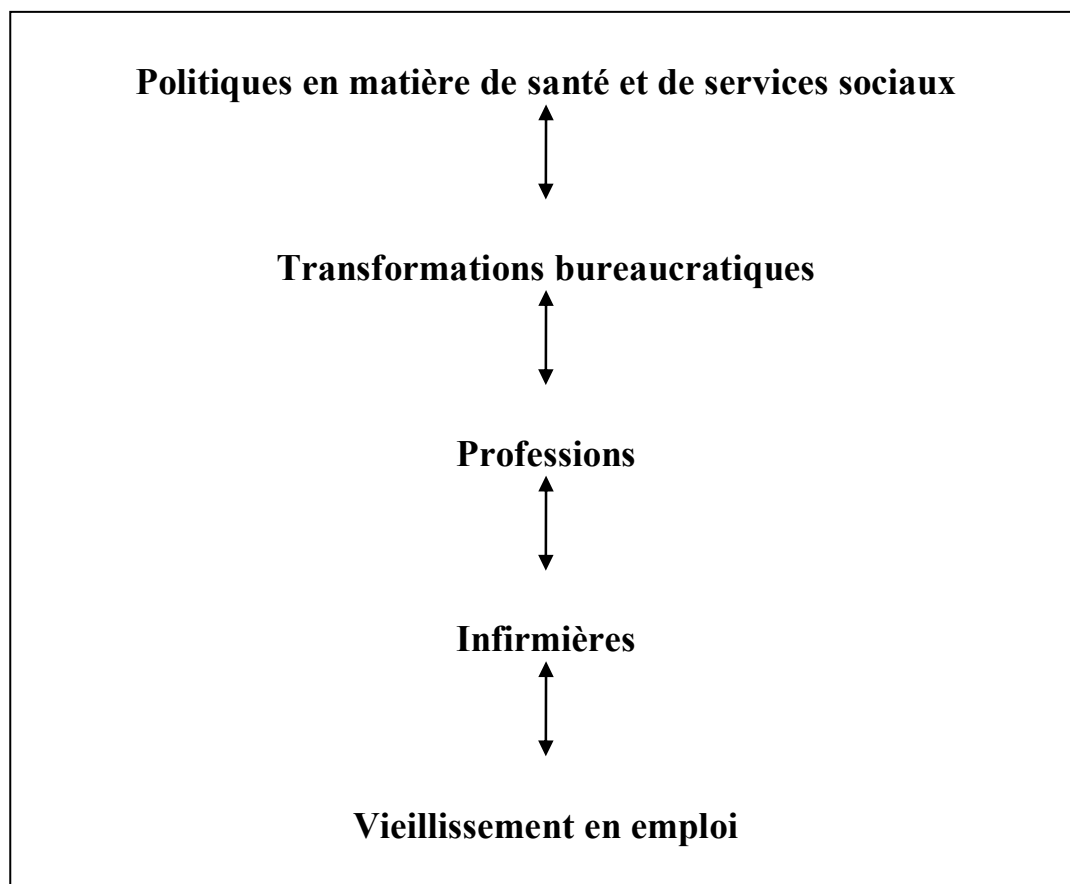
travail qui ne conviennent pas aux activités des professionnels sur le terrain (Tremblay, 2007a).

L'évolution du travail infirmier au Québec s'appuie sur une quête de professionnalisation et un développement du savoir (Goulet et Dallaire, 2002) qui sont intimement liés à la nécessaire place des femmes au sein de la société (Petitat, 1989). En réponse aux questionnements soulevés quant à l'impact des transformations des dernières années sur la pratique infirmière, Lapointe *et al.* (2000) ont démontré que ces changements n'entraînaient pas « automatiquement » une rationalisation des soins infirmiers, qu'ils pouvaient même offrir une « rationalisation professionnelle » permettant l'exercice du jugement et d'une autonomie face aux situations complexes.

Aujourd'hui, pas moins d'une infirmière sur cinq est potentiellement éligible à prendre sa retraite au Québec (OIIQ, 2008b). Afin de mieux comprendre le vieillissement dans ce secteur d'emploi, la recherche de Lauzon (2003) a démontré que l'exercice de l'autonomie, un plus grand contrôle sur les tâches et pouvoir au sein de l'organisation de soins infirmiers prenaient des formes différentes selon le milieu de travail, les CLSC permettant leur plus grande manifestation contrairement aux CHSLD étudiés. Dès lors, la question des réaménagements nécessaires au maintien en emploi des infirmières d'expérience s'est posée, et plus précisément en matière de temps et de poste de travail. Des recherches ont mis en évidence l'importance d'arrimer les pratiques de gestion avec les attentes des infirmières d'expérience (Armstrong-Stassen, 2005) ou de certains cadres du réseau de la santé et des services sociaux du Québec (Villeneuve, 2005), entre autres ceux de 50 ans et plus en vue de favoriser leur maintien et leur engagement au sein de l'organisation (Bettache, 2007). Lesemann et Tourville (2006) ont montré que la puissante force d'attraction des régimes de retraite, publics et à prestations déterminées dans ce cas-ci, contrecarrent de façon manifeste ce type d'aménagements.

Enfin, peu de recherches se sont attardées précisément au domaine des soins aux personnes âgées en perte d'autonomie par du personnel soignant d'expérience. Même si le mémoire de Bouvier (2009) ne porte pas précisément sur ce thème, l'auteure met néanmoins en évidence, une fois de plus, une hétérogénéité des activités professionnelles qui se manifeste dans le rapport des infirmières aux usagers, aux prestataires de soins, dont les infirmières auxiliaires, les travailleurs sociaux, à la santé et, surtout, aux nouvelles attentes dorénavant prescrites en matière de santé et de services sociaux, et particulièrement le rôle de l'« intervenant pivot ». Un « flou » est encore bien présent sur ces thèmes. Cette thèse se veut une contribution pour le dissiper.

La figure 1 de la page suivante illustre le rapport d'interdépendance des principaux éléments contenus dans cette problématique de recherche. Elle met en évidence l'impact des orientations gouvernementales en matière de santé et de services sociaux sur les bureaucraties dispensatrices de services publics et, par le fait même, la confrontation des transformations imposées sur les pratiques professionnelles. Notre axe d'analyse concerne plus précisément le travail infirmier; il prend donc en compte des dimensions qui lui sont propres, notamment son rapport à l'autorité professionnelle et administrative ou encore aux autres catégories professionnelles. Enfin, cette figure met en exergue un groupe particulier de la profession infirmière, soit celui des infirmières d'expérience. Cette nuance est importante compte tenu de leur rapport historique et évolutif aux réformes gouvernementales, aux changements des cadres bureaucratiques de pratique.

Figure 1 : Relations entre les concepts

Il apparaît important de considérer la façon dont les cadres bureaucratiques dans lesquels se manifestent les activités professionnelles sont tributaires des impératifs économiques, politiques, sociaux ou démographiques, dont les influences poussent à repenser les modes de fonctionnement institués, en particulier les régimes de retraite, et plus globalement la conception des cycles de vie.

Dans le but d'être cohérent avec cette problématique, la collecte des données cherche à comprendre comment les transformations organisationnelles influencent le travail des infirmières d'expérience depuis les années 90, *comment ces individus dotés d'expérience exerçant professionnellement dans une organisation qualifiée de bureaucratie professionnelle sont en mesure ou non d'exercer leur mandat sachant*

qu'il a un double ancrage, bureaucratique et professionnel, et donc de contraintes sur la liberté du sujet. Elle veut rendre compte le plus fidèlement possible le point de vue des acteurs concernés.

Pour ce faire, la méthodologie utilisée vise à dépasser la dichotomie d'une analyse qui tienne uniquement compte de la structure formelle de l'organisation de travail ou encore de sa dynamique informelle. Elle cherche plutôt à mettre en lumière l'interdépendance des acteurs à travers ce système social dont les rapports sont influencés par les contraintes de cet environnement complexe et hétérogène.

Les objectifs de la recherche dont tiendra compte la méthodologie sont les suivants :

1. Comprendre l'impact des transformations de la dynamique et de la structure organisationnelle sur les prestations de services, en tenant compte des rapports entre les acteurs (personnel soignant), particulièrement les plus jeunes et ceux provenant d'agences privées de placement, en relation avec les usagers et leur famille;
2. Comprendre la manifestation des compétences du personnel soignant d'expérience et mettre en valeur la tension avec les modèles déjà institués, et particulièrement en ce qui concerne la coordination des services;
3. Comprendre le rapport différencié entre l'âge et l'emploi dans la tension qui oppose l'émergence d'un nouveau modèle de services avec celui déjà institué, et son articulation avec la cessation de l'activité professionnelle (retraite);
4. Comprendre les trois (3) objectifs précédents dans une perspective de différenciation des milieux de pratique.

Nous avons déterminé qu'une méthodologie mixte alliant les perspectives qualitatives et quantitatives était plus à même d'atteindre ces objectifs, et de répondre à la question de recherche. Nous pouvons alors mieux cerner le rapport d'interdépendance des principaux éléments compris dans l'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique en transformation. Cette stratégie permet également de dépasser la

dichotomie structure formelle/dynamique informelle, dont les objectifs visent à mieux comprendre la manifestation des compétences, l'âge et l'emploi ainsi que la différenciation des milieux de pratique.

4.2 Stratégies méthodologiques

Cette thèse s'inscrit dans une perspective théorico-empirique qui cherche, tel que les objectifs de recherche l'indiquent, à comprendre comment les transformations organisationnelles influencent l'activité professionnelle des infirmières d'expérience depuis les années 90. L'approche inductive privilégiée met en évidence des constats établis au fur et à mesure de son déroulement. Il s'agit en somme d'une recherche exploratoire dont la revue de la littérature précédente a permis de baliser les contours. Cette démarche présente également une portée d'application, et particulièrement en regard des fréquentes réunions de restitution de données et de rétroaction que nous avons tenues pendant la majeure partie de la recherche, ainsi qu'aux applications possibles qui seront formulées en conclusion.

Le Tableau 5 indique de manière synthétique les stratégies méthodologiques utilisées, les périodes de temps où les données de recherche ont été collectées, ainsi qu'une catégorisation du processus à travers deux territoires couverts par le projet de recherche, qui comprennent chacun deux cadres de pratiques professionnelles, soit un centre de soins de longue durée et le domicile de personnes âgées en perte d'autonomie qui bénéficient de soins. Ce tableau indique également les rencontres que nous avons eues avec divers partenaires concernés par la problématique du vieillissement en emploi ou les services publics aux personnes vulnérables, et dont les entretiens ne portaient pas sur un territoire spécifique.

Comme nous le verrons plus tard, et plus précisément au chapitre 8 (section 8.4), nous accorderons une importance aux formes différenciées que prennent les résultats

de recherche non seulement selon le territoire de pratique (A vs B)³⁸, mais aussi le type d'établissements dans lequel se déroulent les activités professionnelles (CHSLD vs CLSC), ainsi que l'unité de travail (personnes âgées en perte d'autonomie vs personnes atteinte de déficience intellectuelle).

Les données issues de cette double méthodologie (qualitative et quantitative) proviennent de Tourville (2005). En plus de la mise à jour documentaire, nous y avons ajouté sept entrevues complémentaires effectuées entre mars et juillet 2006. (La section 7.3 Population à l'étude illustre ces contributions.) Cette thèse de doctorat, à travers son matériel empirique, ne constitue pas une ou des études de cas, à l'instar par exemple d'une démarche d'analyse organisationnelle de type crozierien, mais comprend trois niveaux d'analyse à partir desquels nous reprendrons les données issues de Tourville (2005). Avant d'aborder de façon plus spécifique chacune des stratégies méthodologiques utilisées, il apparaît important d'explicitier plus largement le processus dans lequel elles s'enchaînent. Pour ce faire, nous prendrons appui sur les idées développées dans la littérature sur le sujet, auxquelles nous juxtaposerons les éléments concrets de notre démarche.

Comme nous pouvons le voir au tableau 5, nous avons fait le choix de combiner certaines approches méthodologiques. Le fait d'accorder une grande importance aux activités professionnelles quotidiennes du personnel soignant d'expérience est en lien avec la problématique, la question et les objectifs de recherche car il permet de donner préséance à l'expérience des professionnelles au sein du cadre bureaucratique en transformation. Cette stratégie s'illustre concrètement par 22 entrevues (exploratoires, semi-dirigées et complémentaires) de plus de 60 minutes, ainsi que 21 observations directes réparties sur 18 quarts de travail différents, incluant bien souvent les repas, soit plus de 135 heures.

³⁸ Nommé ainsi par commodité, mais aussi pour respecter la confidentialité des établissements concernés.

Tableau 5 : Processus de la collecte de données

Stratégies méthodologiques	Période de collecte de données	Territoire A		Territoire B		Hors territoire	Total
		CHSLD Axé sur les soins	CLSC Soins à domicile	CHSLD Axé sur l'accompagnement	CLSC Soins à domicile		
Entrevues exploratoires (1hre à 2hres, en moyenne)	17 janvier au 14 février 2003					Total : 9	Total : 9
Entrevues semi-dirigées (60 min. en moyenne)	21 avril au 6 juin 2003	1 retraité 2 inf. 1 inf. aux. 1 psy. Total : 5	1 retraitée 1 inf. Total : 2				2 retraité(e)s 3 inf. 1 inf. aux. 1 psy Total : 7
Réunions (1.5 hre. à 1 journée)	Février 2003 à novembre 2004	3 direction. 1 syndicats Total : 4		5 direction 1 syndicats Total : 6	1 direction 1 inf. Total : 2	OIIQ 2 FQRSC 1 T.S. 1 sociologue Total : 3	9 direction 2 syndicats 1 inf. 1 OIIQ 2 FQRSC 1 T.S. 1 Sociologue Total : 17
Observations directes Quart de travail (8 heures, incluant repas) <u>J</u> our, <u>S</u> oir et <u>N</u> uit	Février à septembre 2004	1 inf. J 1 inf. aux J 1 PAB S Total : 3	1 inf. J 1 AFS J Total : 2	5 Inf. J, N 1 Inf. aux. S 6 PAB J, S Total : 12	1 inf. J 3 AFS J Total : 4		8 Inf. J, N 2 Inf. aux J, S 4 AFS J 7 PAB J, S Total : 21
Questionnaire quantitatif	Mars et mai 2005	Total : 19		Total : 59	Total : 34		Total : 112
Corpus empirique complémentaire (7 entrevues) (1hre à 1h30)	Mars à juillet 2006	1 DSI		1 DRH			2 (+1) direction 2 inf. 1 inf. aux. 1 PAB Total : 7
		1 inf. 1 inf. aux. 1 PAB Total : 4	1 inf. Total : 2	Total : 1			
Bilan de la collecte de données.	9 entrevues exploratoires, suivies de 7 entrevues semi-dirigées (retraité-e-s, infirmières, infirmière auxiliaire et psychologue), couplées à 17 réunions incluant majoritairement des membres de la direction d'établissements, ainsi que des syndicats, dans une moindre mesure. 21 observations directes à l'intérieur de trois (3) quarts de travail, avec des infirmières, infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires et auxiliaires familiales et sociales, suivies de la passation de 112 questionnaires auprès de ces différentes catégories professionnelles, et de 7 entrevues semi-dirigées complémentaires, réparties dans 4 établissements différents, sur deux territoires. Période de la collecte de données : janvier 2003 à juillet 2006 (3 ½ ans).						

L'accès au terrain de recherche a été facilité par divers facteurs. En premier lieu, la problématique du vieillissement des effectifs infirmiers constitue une source d'inquiétude chez les gestionnaires d'établissements, la démarche de recherche trouvait alors écho dans leurs préoccupations de gestion, et particulièrement celles reliées à l'attraction et la rétention de personnel de qualité, mais aussi l'émergence des agences privées de placement de personnel qui viennent, par exemple, influencer et teinter de façon particulière le processus de continuité de services. L'actualité de cette problématique s'est répercutée sur un financement de la recherche qui a également, bien sûr, contribué à son développement.

En second lieu, en effet, cette recherche s'inscrivait dans le cadre d'une action concertée financée par le FQRSC (2002-2005) dont le professeur chercheur Frédéric Lesemann, de l'INRS-UCS, assumait la direction dans le cadre d'un projet plus large intitulé *Vieillesse de la main-d'œuvre, pratiques d'entreprises, politiques publiques : développer une compréhension différenciée du phénomène pour mieux agir*. Ce rayonnement a sans contredit facilité le développement des partenariats nécessaires à l'accès au terrain.

Enfin, l'établissement d'un des deux territoires donnés avait déjà en place une structure de recherche, ce qui a permis un accès rapide à des interlocuteurs privilégiés en vue de mettre en place les stratégies de collecte de données. C'est d'ailleurs dans le cadre de ces collaborations que nous avons été mis en contact avec un acteur clé d'un établissement situé sur un territoire voisin dans le but d'élargir le terrain de recherche à d'autres participantes, elles-mêmes inscrites au sein d'autres milieux de pratique.

Ainsi, la grande disponibilité des établissements concernés par cette recherche a facilité l'accès direct à l'expérience du personnel soignant sur le terrain. La méthodologie utilisée avant de les rencontrer, donc en amont, a été d'explorer avec des acteurs clés les thèmes généraux de la recherche afin d'avoir une meilleure connaissance du secteur, d'approfondir des pistes de réflexion ou de prendre

connaissance, de façon concomitante, d'écrits pertinents. Tel que le suggèrent Quivy et van Campendoudt (1995), nous avons essentiellement formulé des questions ouvertes qui se rattachaient aux thèmes principaux de la problématique afin de l'explorer avec des personnes qui œuvraient à temps plein dans le secteur de la santé et des services sociaux. Les entrevues exploratoires qui ont été effectuées en janvier et février 2003 ont également été synthétisées dans un document interne, qui a également servi de base de discussions, parmi d'autres, avec l'équipe de recherche.

C'est dans le cadre de réunions, qui ont ponctué l'ensemble du processus de recherche, que nous avons également pu obtenir plusieurs données pertinentes telle que celles, quantitatives, portant sur l'âge des effectifs selon les catégories professionnelles, les conventions collectives, les formations internes, les manuels de l'employé (vacances, assurances, plan de retraite, etc.), la description de différents programmes (ex. Alzheimer), etc. C'est aussi durant ces rencontres que la perspective d'« animation » propre à cette recherche, qui visait à « développer une compréhension différenciée du phénomène du vieillissement en emploi pour mieux agir », a permis de s'actualiser, sous forme interactive, en prenant en compte plusieurs dimensions importantes telles que les agences de placement privées de personnel, la différenciation des services offerts en établissement et à domicile, des conflits entre salariées, l'exigence physique du travail, la difficile attraction d'une relève infirmière, la compétition d'embauche entre les établissements ou les caractéristiques de la clientèle. Les rétroactions que les partenaires nous ont communiquées quant aux données préliminaires de recherche ont permis de prendre en compte certaines dimensions, en particulier la question des iniquités intergénérationnelles. Nous avons également été mis en contact avec des personnes clés en vue d'effectuer des entrevues semi-dirigées et des observations directes en milieu de travail. Les représentants syndicaux que nous avons rencontrés nous ont permis de prendre en compte des milieux de travail différenciés en ce qui concerne les relations de travail. La pertinence de mieux comprendre les « compétences » associées aux travailleuses d'expérience est aussi ressortie de ces réunions. Enfin, les rencontres avec les partenaires qui finançaient cette recherche, par le biais de l'action

concertée du FQRSC, ont été l'occasion d'avancement au chapitre du développement et du transfert de connaissances.

Selon Gubrium et Sankar (1994), cette combinaison d'approches méthodologiques – entrevues semi-dirigées, observations terrain, questionnaires, etc. - permet d'obtenir les avantages reliés à la stratégie de triangulation. La méthodologie qualitative présente une partie importante de la recherche compte tenu de la richesse des données que nous pouvons recueillir. Cette démarche s'inscrit dans une perspective *bottom-up*, plutôt que *top-down*, car nous avons donné préséance à l'expérience quotidienne de l'activité professionnelle des infirmières. Ce choix méthodologique n'a toutefois pas exclu de documenter des éléments de la structure formelle (données démographiques, conventions collectives, guide de l'employé, programmes établis, lois, etc.) dans le but de bien comprendre les transformations du cadre bureaucratique dans lequel se déroulent ces activités professionnelles, et ainsi dépasser la dichotomie qui oppose traditionnellement, selon Friedberg (1997), la structure formelle de la dynamique informelle. Ou encore, comme le souligne Silverman (2000), de mettre en relation la *subjectivité* des individus avec la dynamique sociale *objectivement* observable.

Pour résumer, cette recherche exploratoire s'inscrit dans une perspective théorico-empirique dont l'approche privilégiée est inductive. Le tableau 5 sur les stratégies méthodologiques utilisées met en évidence l'importance que cette thèse accorde à une lecture différenciée des résultats de recherche selon les territoires et le type d'établissements de pratiques professionnelles. Cette combinaison méthodologique rejoint les avantages reliés à la stratégie de triangulation, plus particulièrement en mettant en relation la subjectivité des individus avec la dynamique objectivement observable. Ce choix méthodologique se concentre sur l'expérience vécue des répondantes au sein de leur cadre de pratique, et dont l'objet de recherche plus large s'inscrit non seulement dans les préoccupations relatives à l'attraction et la rétention du personnel, mais aussi une autre façon de voir le vieillissement en emploi. Cette

thèse ne constitue pas des études de cas d'organisations de travail en particulier, mais bien une analyse plus large du phénomène.

4.2.1 Méthodes qualitatives

La cueillette des données qualitatives (entrevues semi-dirigées et observations directes) s'est effectuée après avoir obtenu le consentement libre et éclairé des participantes. Les règles déontologiques étaient expliquées, la confidentialité assurée et les coordonnées du directeur et de l'assistant de recherche étaient fournies.

Entrevues semi-dirigées

En plus des entrevues exploratoires (9) mentionnées précédemment, 7 autres entrevues semi-dirigées ont été effectuées entre les mois d'avril et de juin 2003. Les personnes ont toutes été identifiées par la direction des établissements du territoire A à la suite des réunions que nous avons eues avec leurs membres. Compte tenu qu'à cette période nous étions en cours de consolidation d'un partenariat avec les établissements du territoire B, nous n'avons pas pu effectuer ce type d'entrevues, malgré qu'il ait été envisagé de le faire (voir annexe 2). Cependant, nous avons privilégié des observations directes, qui ont d'ailleurs été faites en plus grand nombre à cet endroit, tel que nous pouvons le constater au Tableau 5. Cela ne nous a toutefois pas empêchés d'aborder certaines dimensions établies lorsque nous rencontrions les membres de la direction en vue d'organiser ces observations auprès des salariées, et plus précisément les dimensions suivantes :

- transformations au cours des 10 dernières années;
- compétences;
- pratiques de gestion;
- retraite;
- relations entre les catégories professionnelles;
- relations entre les générations.

Ces dimensions ont été opérationnalisées sous forme de questions plus spécifiques et formulées dans le cadre de questions générales, et plus précises. Elles ont porté, par exemple, sur la description des postes de travail, l'organisation du travail, les changements technologiques, les perceptions quant au vieillissement en emploi, la formation, les relations entre salariées, etc. Ces dimensions sont toutefois demeurées suffisamment souples dans le but de favoriser l'accès au sens donné à l'expérience des répondantes. Des questions plus spécifiques portant sur les données sociodémographiques ont également été posées.

Les entrevues semi-dirigées, ainsi que les observations directes, nous y reviendrons, visaient à comprendre le sens donné par les individus quant aux dimensions à l'étude. Pour ce faire, nous estimions essentiel qu'au moins un membre de chacune des catégories professionnelles soit rencontré dans le but de mieux saisir deux niveaux de rapports : entre elles, mais aussi à l'organisation (le *mandat* pour accomplir certaines tâches). Selon cette perspective, la richesse des données ainsi recueillies permet de considérer l'entrevue comme « un accès à une variété d'histoires ou de propos à partir desquels les gens décrivent leur monde³⁹ » (Silverman, 2000, p. 823, traduction libre).

La même posture était adoptée lorsque nous effectuions les entrevues exploratoires, mais sans être aussi systématique. D'une part elles étaient conduites hors-territoire; nous ne pouvions alors faire les comparaisons avec des milieux de travail déterminés, et là n'était pas le but. D'autre part les dimensions à couvrir n'étaient pas aussi clairement identifiées.

Les données recueillies ont été retranscrites de façon *in extenso* et codifiées sur le logiciel informatique de traitement de données qualitatives N'Vivo. L'utilisation de ce logiciel offre la souplesse d'établir d'autres catégories lors de la codification. Nous

³⁹ « An alternative treats interview data as accessing various stories or narratives through which people describe their worlds ». (Silverman, 2000, p. 823).

avons fait de même avec le contenu qualitatif recueilli lors des observations directes, nous reviendrons sur ce point plus tard.

C'est dans la même perspective que nous avons conduit les 7 entrevues complémentaires de mars à juillet 2006. Cependant, compte tenu qu'elles ont suivi la conclusion des collectes précédentes, ainsi qu'un premier niveau d'analyse dont est issu Tourville (2005), l'approfondissement de dimensions spécifiques a marqué celles-ci. Nous avons voulu approfondir notre objet de recherche à travers une cueillette de données qui s'est effectuée au sein d'organisations de travail marquées par des transformations accrues, en raison de la création des CSSS. Les dimensions suivantes ont été explorées, plus particulièrement dans le but de mieux saisir les paradigmes de soins privilégiés (modèles de pratique) :

- Pratiques de gestion des ressources humaines et des soins infirmiers (réduction d'effectifs? autonomie? rôle de l'infirmière? etc.);
- Structure et dynamique organisationnelles (déhiérarchisation? pratiques novatrices? autorité professionnelle? autorité administrative? etc.);
- Compétences relationnelles (jugement? relation au client? expression du jugement? etc.);
- Âge et infirmières (rapport aux plus jeunes? à la formation? aux pratiques de maintien en emploi, s'il y a lieu? etc.).

En somme, les entrevues semi-dirigées, et dans une certaine mesure les entretiens exploratoires, ont permis d'accéder directement au sens que donnent les individus à leurs activités professionnelles à travers leur construction narrative. Elles offrent l'occasion de décrire ce qui est dit à partir de dimensions flexibles qui y sont abordées. La combinaison de cette stratégie méthodologique avec celle de l'observation directe, qui suit à l'instant, permet de comprendre la construction du discours sur l'activité professionnelle à travers le cadre bureaucratique en transformation dans lequel il prend forme.

Observations in situ

Cette section explicite l'utilisation qui a été faite de l'observation directe comme stratégie méthodologique, de février à septembre 2004. Bien que les stratégies méthodologiques précédentes (entrevues exploratoires et semi-dirigées couplées à des réunions avec nos partenaires) aient contribué à construire notre réflexion sur notre objet de recherche, nous avons adopté une posture permettant au personnel soignant d'exprimer pleinement ses préoccupations professionnelles quotidiennes, à l'occasion d'observations, d'échanges durant les quarts de travail, incluant les pauses repas. Les échanges étaient menés en fonction des grands axes qui structuraient les entrevues semi-dirigées (voir p. 186).

Chacune des observations directes ont été effectuées à concurrence d'un quart de travail complet avec une salariée à l'intérieur des organisations concernées. À une reprise nous avons observé plus d'une personne sur un quart de travail, mais à des moments différents durant cette période, soit quatre personnes (1 infirmière cadre et 3 PAB). Un calendrier de visite a été établi avec les organisations en fonction des disponibilités des participantes. À l'instar des entrevues semi-dirigées nous avons également été soucieux que les différentes catégories professionnelles soient représentées afin de comprendre l'activité professionnelle également à travers « une variété d'histoires ou de propos » (Silverman, 2000).

En m'inspirant de Lyman (1994), je rédigeais systématiquement une page sur les caractéristiques de chaque participante (âge, statut matrimonial, années de pratique, etc.). Je prenais ensuite constamment et systématiquement des notes, et de plus en plus à partir des catégories qui sont expliquées au paragraphe suivant, et qui se sont construites au gré de la collecte de données. Il est nécessaire de parler ouvertement de cette prise de notes afin de démystifier son caractère formel. Selon Angrosino et Mays de Pérez (2000), cette prise continue de notes peut favoriser le dévoilement des participantes comme elle peut, au contraire, en inhiber certaines autres. Laperrière (1984) indique que la collecte du plus de données possibles sur les situations

observées permet d'éviter que le chercheur soit « perversi » subjectivement dans son analyse.

Ces observations se voulaient à mi-chemin entre une position passive et une position plus active au sein d'une organisation de travail. Il a été alors possible de passer de l'observation discrète à l'interaction et au dialogue (Angrosino et Mays de Pérez, 2000; Gubrium et Sankar, 1994). Mais cette position reste médiane et ne permet pas l'observation participante à proprement dit compte tenu du contexte légal entourant le milieu d'observation (prestations de soins de santé). Mais elle permet néanmoins d'adopter authentiquement et « consciemment une identité situationnelle » au contexte de l'observation (Angroniso et Mays de Pérez, 2000). Sans abandonner complètement la position de chercheur, et ainsi être un « *naive outsider* », cette méthode s'est toutefois structurée au rythme de la collecte des données, et ce, jusqu'à leur saturation.

Il est intéressant de se référer à Aktouf (1987), cité dans Jaccoud et Mayer (1997), pour mieux comprendre ce processus de collecte de données. Il souligne que les informations sont initialement prises sans points de repère fixes et sans cibles précises. C'est au cours des différentes observations que ceux-ci commenceront à s'installer et à permettre de comprendre plus rapidement la dynamique du terrain de recherche. La constitution progressive de ces points de repère constitue des « systèmes de découpage » qui permettront de mieux anticiper et comprendre le terrain. C'est alors que les données recueillies commenceront à faire du sens pour le chercheur et qu'il sera en mesure d'approfondir davantage les éléments pertinents de sa collecte de données.

Nous le voyons, la collecte de données par observation directe s'est faite en suivant des étapes progressives. Il a été possible durant ce processus de construire des points de repère nécessaires à une meilleure compréhension du terrain de recherche. C'est sous forme d'interactions et de dialogue avec les participantes que cette collecte s'est effectuée. C'est par le biais d'aller-retour entre, d'une part, cette démarche de collecte

de données et, d'autre part, des lectures sur les dimensions associées à la problématique que nous en sommes venus à adopter la « grille d'analyse du travail » élaborée par Montmollin (1986) (voir annexe 3). Celle-ci permet de comprendre schématiquement ces données empiriques en fonction des « tâches » effectuées par les répondantes et leurs « activités ». L'avantage de cette « grille » est qu'elle tient compte des conditions sociales du travail. Nous pouvons ainsi mieux comprendre, par exemple, les performances qui sont exigées par l'organisation de travail et celles qui sont réalisées par les salariées. C'est dans ce cadre que nous en sommes venus, au gré des observations directes, à adapter notre collecte aux éléments de cette « grille », entre autres les procédures prescrites et les procédures utilisées, l'influence des manifestations diverses durant le travail sur les conduites adoptées pour y faire face.

Cette façon de faire s'inscrit dans une approche inductive qui a été alimentée par une méthodologie qualitative soucieuse du sens que le personnel soignant donne à ses activités professionnelles. Elle était flexible et souple, ce qui a permis d'accumuler une diversité de données visant à comprendre l'objet de recherche. La contribution de cette méthode de recherche a permis de découvrir comment, par exemple, le sens donné à la compétence est construit à l'intérieur des interactions entre les salariées ou entre le personnel soignant et les personnes âgées en perte d'autonomie, et comment, surtout, l'âge influence cette perception.

« Il est possible que les personnes vieillissantes et les gens qui conduisent une recherche sur le vieillissement puissent développer une compréhension commune à propos de l'expérience du vieillissement⁴⁰ » (Gubrium et Sankar, 1994, p. 156, traduction libre).

Les catégories identifiées et les données qui s'y rapportent ont également été saisies sur le logiciel de traitement de données qualitatives N'Vivo.

⁴⁰ « It is possible that aging persons and people who conduct research on aging may develop common understanding about the aging experience » (Gubrium et Sankar, 1994, p. 156).

La méthodologie qualitative que nous employons s'appuie sur trois angles méthodologiques qui s'entrecroisent. D'une part, elle prend en compte les éléments clés associés aux méthodes de recherche qualitative, et plus précisément celle de l'observation directe (collecte et découpage des données, statut du chercheur, par exemple). D'autre part, elle considère la mise en forme bien précise de cette méthode qualitative au phénomène du vieillissement, et dont Jaber F. Gubrium est un pionnier en la matière (interaction sociale, identité, analyse de la narration, etc.). Finalement, elle repose sur la clarification de la dynamique observée sur le terrain à l'aide d'une grille d'analyse adaptée à l'objet d'étude.

C'est à partir de ces données, mais aussi de toutes les autres recueillies par les stratégies méthodologiques précédentes, dont la revue de la littérature, que nous avons ensuite construit le dernier outil méthodologique : le questionnaire quantitatif.

4.2.2 Méthode quantitative

Questionnaire

La construction du questionnaire (voir annexe 4)⁴¹ s'est basée, d'une part, sur les informations recueillies dans le cadre des deux étapes précédentes (entrevues et observations) et, d'autre part, sur des dimensions issues de la littérature, à savoir :

- la notion de compétences ;
- la gestion des ressources humaines;
- les conditions de travail et maintien en emploi ;
- l'équité entre les générations.

⁴¹ Les questions de la partie 4 portant sur les conditions de travail et maintien en emploi sont identiques à celles qui figurent dans le questionnaire du volet manufacturier de la recherche plus large financée par le FQRSC (2002-2005), afin d'établir des bases comparatives avec le secteur public de la santé.

L'utilisation d'une méthodologie qualitative et quantitative permet, selon Gubrium et Sankar (1994), de mettre en place une stratégie de triangulation dont nous nous servons pour analyser les données. Les données issues de la méthode quantitative proposée nous ont permis de confirmer des *patterns* que nous avons relevés à partir des données qualitatives, en plus d'établir des relations entre des variables.

Le questionnaire a été passé en sous-groupes dans le milieu de travail. Il s'agit là d'un des meilleurs moyens pour s'assurer d'un taux de réponses élevé. Il a été délibérément construit de façon courte et simple dans le but que les répondantes puissent le compléter rapidement (15 à 20 minutes). Il s'agissait là d'une contrainte de nos partenaires compte tenu que le personnel le complétait sur leur temps de travail, mais il présente l'avantage d'éviter que les répondantes l'abandonnent en cours de passation. Le vocabulaire a été adapté au milieu de travail. De plus, il a été distribué à deux moments stratégiques de la journée afin de rejoindre le plus de participantes possibles, qui étaient invitées à le compléter par le biais d'une lettre affichée dans les unités de travail (voir annexe 5). Ces passations en sous-groupe ont également fourni l'occasion de recueillir des commentaires de la part des répondantes de deux façons : lors d'échanges verbaux avant ou après la passation et par écrit, à l'intérieur d'une section prévue à cette fin à la dernière page du questionnaire.

Aussi, nous avons placé les questions portant sur l'équité entre les générations à la toute fin du questionnaire afin d'éviter des biais qui auraient pu influencer les réponses si elles avaient placé plus tôt. Également, l'échelle de Likert utilisée compte quatre degrés afin d'obliger les répondantes à se positionner.

Contrairement aux stratégies méthodologiques précédentes, celle-ci s'appuyait sur les quatre hypothèses suivantes :

- 1) **La reconnaissance des compétences a un impact positif** : La reconnaissance (le fait que les individus perçoivent que leurs compétences

sont reconnues) des compétences a un impact positif sur la **qualité du vieillissement** dans le secteur des services.

- 2) **La construction d'une marge d'autonomie** : Le fait pour les intervenants de bénéficier d'une marge d'autonomie dans leur travail et, surtout, de reconnaître qu'ils bénéficient d'une telle marge a un impact positif sur la qualité du vieillissement.
- 3) **Les transformations du système** : Les transformations du système de santé et de services sociaux (alourdissement de la clientèle, réduction d'effectifs, accroissement des tâches, etc.) ont un impact négatif sur la qualité du vieillissement dans le secteur.
- 4) **Les offres institutionnelles d'aménagement du temps, des postes, de la rémunération** : Les offres institutionnelles d'aménagements divers interfèrent (positivement ou négativement) avec les processus de décisions de rester ou de partir quelque soit le jugement porté sur le processus qualitatif du vieillissement au travail

Les 3 variables suivantes ont été définies :

- **Variable dépendante (VD)** : la qualité des conditions du vieillissement en emploi. Elle a été définie à partir de la distance (en années) entre l'âge de la répondante au moment du sondage et celui souhaité ou attendu de la retraite. Nous formulons l'hypothèse que plus le nombre d'année est élevé, meilleures devaient être ses perceptions de ses conditions de travail. Par exemple, une employée âgée de cinquante ans qui souhaite prendre sa retraite à cinquante-cinq ans est réputée estimer une qualité du vieillissement en emploi moindre que celle, au contraire, qui envisage prendre sa retraite dans la soixantaine. Pour nuancer l'effet de seuil – plus une personne est âgée, plus la distance

sera courte -, huit catégories ont été créées afin de tenir compte de cette distance :

- 1) quarantaine veut quitter dans la cinquantaine (23,2%)⁴²;
- 2) quarantaine veut quitter entre 60 et 64 ans (10,7%);
- 3) quarantaine veut quitter à 65 ans et plus (3,6%);
- 4) cinquantaine veut quitter dans la cinquantaine (14,3%);
- 5) cinquantaine veut quitter entre 60 et 64 ans (26,8%);
- 6) cinquantaine veut quitter à 65 ans et plus (8,9%);
- 7) entre 60 et 64 ans veut quitter entre 60 et 64 ans (8,0%);
- 8) 65 ans ou plus veut quitter à 65 ans ou plus (4,5%).

D'autres considérations peuvent également influencer ce choix, comme par exemple les revenus.

- Quatre dimensions structurent autant de **variables indépendantes (VI)**, qui s'appuient les sur les quatre hypothèses précédentes:

- 1) reconnaissance des compétences;
- 2) marge d'autonomie dans l'exécution des tâches;
- 3) impact négatif des transformations du système de santé; et
- 4) offres institutionnelles d'aménagement divers (réaménagement du temps/poste de travail et la rémunération).

- **Variable conditionnelle (VC)** : en plus de l'influence des VI précédentes sur la VD, nous avons cherché à savoir si cette dernière était également influencée par la position de la salariée au sein de l'organisation, définie par sa formation et sa fonction. Trois catégories ont alors été identifiées :

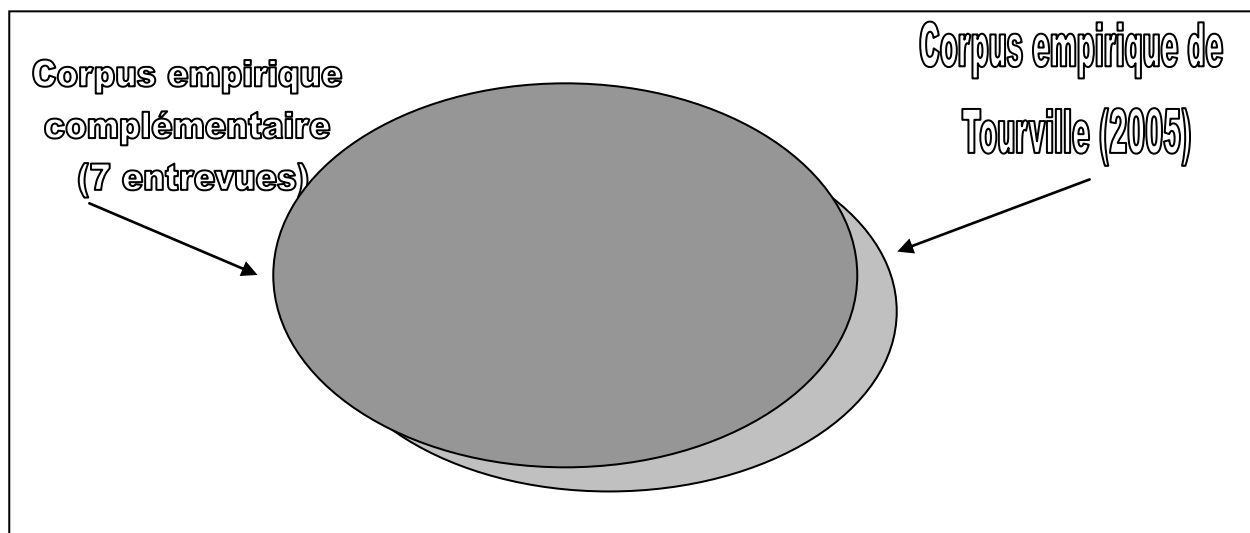
⁴² Nous référons le lecteur au début du chapitre huit pour une présentation de la composition empirique de l'échantillon de recherche.

- 1) Universitaire ou collégial/cadres (infirmières coordonnatrices) ou professionnelles (infirmières);
- 2) Universitaire ou collégial/employées technique (infirmières auxiliaires, PAB) ou de soutien (cuisinières, secrétaires); et
- 3) Secondaire ou autre/employées techniques ou de soutien.

4.3 Population à l'étude

Les stratégies méthodologiques précédemment explicitées ont débouché en grande partie sur les données de recherche que nous retrouvons dans Tourville (2005). La présente thèse s'inscrit dans une ré-exploitation de ces données auxquelles se sont greffées, en plus de la mise à jour documentaire, sept entrevues complémentaires auprès d'acteurs clés. Il s'agit en quelque sorte d'un second niveau d'analyse, plus approfondie. La figure 2 illustre cette juxtaposition des données de recherche.

Figure 2 : Corpus empirique sélectionné pour la thèse, à partir de Tourville (2005)



Conclusion

L'approche inductive qui a mené aux résultats de recherche de Tourville (2005) s'inscrit dans une perspective théorico-empirique dont les stratégies méthodologiques utilisées accorde une grande importance au sens que donne le personnel soignant d'expérience à leurs activités professionnelles, mais aussi à la dynamique objectivement observable des phénomènes à l'étude, dont ceux du vieillissement et des cadres bureaucratiques en transformation. Pour ce faire, deux méthodologies ont été appliquées (qualitative et quantitative) en utilisant une variété d'outils de collecte de données (entrevues semi-dirigées, observations directes, analyse documentaire, sondage, etc.).

5 DONNÉES EMPIRIQUES SUR L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DANS UN CADRE BUREAUCRATIQUE EN TRANSFORMATION

Dans les volets qualitatif et quantitatif de la recherche sur le travail infirmier de Lagacé, Tourville et Robin-Brisebois (2005)⁴³, la question du vieillissement en emploi a entre autres été documentée sous l'angle des connaissances et des compétences professionnelles détenues par le personnel soignant d'expérience. Initialement interrogées sous l'angle de l'impact de leur valorisation sur le maintien en emploi, leur approfondissement constitue pour l'objet de cette thèse de riches informations en ce qui concerne l'activité professionnelle, en particulier les processus interrelationnels tant avec les personnes en perte d'autonomie, qui présentent des problématiques variées et complexes, leur famille, qu'avec les autres catégories professionnelles dispensatrices de soins, dont leurs représentants les plus jeunes, mais aussi leur rapport avec le cadre bureaucratique en transformation, et spécifiquement avec l'autorité administrative et le personnel qui provient d'agences privées de placement. Ces données de recherche se présentent également sous une forme qui tient compte des facteurs variés qui influencent ces processus.

En effet, cette cueillette de données s'est répartie au sein de divers milieux de travail (CHSLD et CLSC/Soins à domicile), groupes de dispensatrices de soins (infirmières, infirmières auxiliaires, auxiliaires familiales et sociales, préposées aux bénéficiaires) ou de gestionnaires (direction des ressources humaines, responsables clinique, infirmière chef d'équipe), groupes d'âge (50-59, 55-59, 60-64 et 65 ans et plus) ou niveaux de scolarité (universitaire, collégial et secondaire). Également, cette collecte s'est inscrite dans un contexte de transformation du cadre bureaucratique, imposée du haut vers le bas (*top down*), qui se caractérise par des fusions ou intégrations d'établissements, la réduction des effectifs (*downsizing*) et un nouveau mode de

⁴³ Voir les chapitres 3 et 4 produits par Yvan Tourville, le quatrième avec la collaboration de Stéphane Crespo. Ce chapitre s'y réfère exclusivement ; j'utiliserai Tourville (2005). En ce qui concerne le chapitre 4, il s'agit du volet quantitatif d'une recherche effectuée dans le secteur des soins infirmiers dont l'hypothèse générale postulait que quatre offres institutionnelles spécifiques – 1) aménagement de poste et/ou 2) de temps de travail, 3) l'amélioration de la rémunération ainsi que 4) la reconnaissance des compétences – inciteraient les salariées à maintenir un lien à l'emploi, tout en postulant aussi que 5) les transformations du système de santé au cours de dernières années génèrent l'effet inverse.

prestation « intégrée » de services davantage axés sur des approches populationnelles et de milieu de vie, que l'on souhaite davantage décentralisés tant dans leur coordination que leur division du travail, ainsi que l'émergence des agences privées de placement de personnel, et dont cette thèse prend en compte l'influence sur le travail des infirmières d'expérience depuis les années 90.

Les trois premières sous-sections de ce chapitre concernent de façon globale les deux territoires de pratique étudiés en mettant l'accent sur certaines différenciations qui peuvent se présenter entre établissements. La dernière sous-section explorera pour sa part de façon spécifique les différenciations territoriales et entre établissements.

En ce qui concerne plus précisément le questionnaire quantitatif, *un total de 112 répondantes (82.9% de femmes) l'ont complété.* À partir de ce sondage, nous avons regroupé les différentes catégories professionnelles :

- cadres (infirmières, coordonnatrices), 8.9%
- professionnelles (infirmières), 24.1%
- employés techniques (infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires), 61.6%
- employées de soutien (cuisine, secrétariat), 5.4%.

Au plan de la formation, les niveaux académiques se répartissent ainsi :

- universitaire, 27.9%
- collégial, 28%
- secondaire, 44.1%.

En croisant les deux indicateurs précédents, nous arrivons aux résultats qui suivent :

- Universitaire ou collégial, cadres ou professionnelles, 33.3%
- Universitaire ou collégial, technique ou soutien, 22.5%

- Secondaire ou autre, technique ou soutien, 40.5%.

L'échantillon de recherche, quant à lui, présente la composition d'âges suivante :

- 45 à 49 ans (37,5%)
- 50 à 54 ans (26,8%)
- 55 à 59 ans (23,2%)
- 60 à 64 ans (9,8%).

L'état civil des répondantes était le suivant, au moment de l'enquête :

- Célibataires, 16.1%
- Mariées ou conjointes de fait, 56.3%
- Divorcées ou séparées, 27.7%
- Veuves, 2.7%

Finalement, sur les 112 questionnaires complétés par les salariées, plus des deux tiers (68.9%) ont également inclus des commentaires écrits. Nous les avons classés selon les quatre différentes catégories professionnelles :

- cadres (infirmières, coordonnatrices), 6
- professionnelles (infirmières), 24
- employés techniques (infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires), 44
- employées de soutien (cuisine, secrétariat), 2.

La présentation des données empiriques tient également compte, selon une perspective qualitative, de l'interdépendance entre ces transformations de la structure formelle et la dynamique informelle par laquelle se manifeste une activité professionnelle caractérisée par un « système social » dont les « jeux » (Friedberg, 1988) sont influencés par les contraintes d'un environnement dont le personnel soignant, à l'instar d'autres acteurs, veut contrôler les zones d'incertitude.

Bref, cette thèse s'appuie sur les données empiriques sur le travail infirmier produites par l'auteur de la présente thèse que nous retrouvons au chapitre 3 et 4 de Lagacé, Touville et Robin-Brisebois (2005), avec la collaboration de Stéphane Crespo pour le chapitre 4. Cette démarche tient compte des « compétences relationnelles » (Gadrey, 1996) qui caractérisent les infirmières vieillissantes, et particulièrement à travers leurs interactions avec les personnes en perte d'autonomie et leur famille, les autres dispensatrices de soins, dont celles qui proviennent d'agences privées de placement de personnel, ou encore l'autorité administrative. L'interdépendance entre ces acteurs tente d'être mise en évidence à travers un cadre de pratique professionnelle que l'on souhaite plus « intégré » et « décentralisé », de façon à ce que la division et la coordination du travail s'appuient sur des responsabilités accrues chez l'infirmière. La question de recherche est alimentée par des données empiriques qui tiennent compte de facteurs qui, comme nous l'avons vu à la partie I, influencent ces rapports à l'activité professionnelle et le cadre bureaucratique en transformation, tels que l'âge, l'expérience professionnelle, le poste occupé ou encore le milieu de pratique.

5.1 Structure et dynamique organisationnelles en transformation

Les valeurs qui définissent l'approche « milieu de vie » améliorent la prestation de soins donnée par les soignants qui considèrent alors davantage les besoins des « résidents » en humanisant leurs pratiques et en se situant au cœur de leur milieu de vie, tout en s'éloignant d'un cadre médical traditionnel (Proulx, 1998).

Avec le « virage ambulatoire » et les départs massifs à la retraite des années 90, l'instauration de cette approche constitue un des changements majeurs du cadre bureaucratique qui nécessite un effort d'adaptation considérable dans l'organisation de l'activité professionnelle. De façon générale, *notre sondage indique que huit répondantes du sondage sur dix (80,4%) sont d'accord pour dire que les transformations du système de santé ont un impact négatif sur leurs conditions de travail.*

Comme nous le verrons ci-dessous, il revient surtout à l'infirmière de favoriser auprès de l'équipe de travail le développement de cette approche qui tient davantage compte de l'ensemble des besoins de la personne sous l'angle de son histoire personnelle : « *On est allé jusque là davantage vers une approche hospitalière, médicale, en perdant un peu le sens de la personne qui est ici, de ses besoins* » (ESD001). Ce passage est davantage marqué lorsqu'un centre de soins de longue durée participant a été historiquement construit par un modèle médical, et qui s'illustre de façon fascinante par l'évolution de la façon de nommer les personnes qui reçoivent les services : de « malades chroniques » à « résidants ».

En ce sens, les données empiriques recueillies indiquent des transformations au cadre bureaucratique qui visent à tenir compte et à valoriser des compétences associées à cette nouvelle philosophie de service chez le personnel soignant. La structure hiérarchique associée au monde hospitalier s'incarne dans ce cas-ci par les responsabilités des **responsables cliniques**⁴⁴ dans cette identification et valorisation de compétences spécifiques, que nous aborderons à la prochaine sous-section. Ceux-ci s'occupent d'environ 125 à 140 salariés répartis sur trois quarts de travail (jour, soir et nuit). Les **assistantes infirmières**, avons-nous appris, sont en quelque sorte le bras droit de ces derniers dans la supervision des groupes de salariés, en plus d'assumer la liaison de ces derniers avec les médecins.

Les **responsable administratifs**, quant à eux, gèrent l'ensemble du personnel des « unités de vie », chacune d'elles étant réparties sur un étage et divisées en « section », et plus spécifiquement : présence au travail, respect des disponibilités, politiques et règlements (tenue vestimentaire, code de déontologie, etc.). Les fonctions reliées au budget sont dorénavant décentralisées à chacun des étages.

⁴⁴ Les titres d'emploi peuvent changer d'un établissement à l'autre, mais les responsabilités demeurent essentiellement les mêmes au sein de cet environnement en transformation.

En conformité avec les nouvelles formes de gestion qui sont dorénavant promues au Québec, la direction des établissements de soins aux personnes en perte d'autonomie souhaite dorénavant que l'**infirmière chef d'équipe** assure un « rôle pivot » entre les différents acteurs de l'organisation tels que les résidents, les familles, les équipes de soins, etc. Son rôle vise surtout à s'assurer de la qualité des prestations de soins données par les soignants mais aussi de la qualité de vie des résidents de chaque unité. Cette responsabilité s'effectue, entre autres, à partir de l'évaluation des besoins des patients, et ce, dès leur admission. Le rôle de l'infirmière chef d'équipe s'inscrit ainsi dans une nouvelle vision du travail infirmier qui se définit de moins en moins de façon traditionnelle.

Également sollicitées pour un élargissement de leurs fonctions dans ce cadre bureaucratique en transformation, les **infirmières auxiliaires** se voient déléguer des activités traditionnellement effectuées par les infirmières, tels que l'administration des médicaments ou des injections (insuline par exemple), selon leur nature et la répartition du travail. Cette zone commune de prestation de soins n'est pas sans susciter, sur le plan dynamique, des rivalités entre ces dispensatrices de soins d'expérience qui, malgré une « licence » (Hugues, 1958) différente, peuvent être visiblement difficiles à différencier en ce qui concerne leurs prestations de soins :

« À un moment donné, c'est la guerre entre elles et les infirmières. Si l'une donnait des soins d'hygiène à un résident, l'autre devait également le faire, autrement le travail ne se faisait pas. Nous avons eu de la difficulté à redéfinir les particularités propres entre l'infirmière et l'infirmière auxiliaire » (ESD003)⁴⁵.

Nous verrons plus loin comment cette rivalité se manifeste à travers le rapport à l'âge et à l'emploi. Au niveau de la structure organisationnelle, toutefois, l'infirmière auxiliaire doit toujours se référer à l'infirmière chef d'équipe, elle n'a pas de « pouvoir décisionnel », dit une gestionnaire.

⁴⁵ Pour les codes, voir la liste des sigles, des abréviations et des acronymes (p. xviii).

Toujours selon les données recueillies, l'infirmière auxiliaire travaille également en étroite collaboration avec les **préposées aux bénéficiaires**. La majeure partie du travail de celles-ci vise la prestation de soins de base aux personnes en perte d'autonomie (hygiène, habillement, alimentation, etc.), selon un ratio habituel d'environ 6 à 7 résidants par préposée aux bénéficiaires, auxquelles les transformations du cadre bureaucratique ont greffé diverses responsabilités qui s'inscrivent dans la philosophie de l'approche milieu de vie, telle que l'animation d'activités de groupe, et qui influencent l'activité professionnelle de l'infirmière. Leur travail est formellement défini selon un plan établi avant leur arrivée. Ce plan indique, entre autres, les résidants dont elles auront à s'occuper ainsi que l'ordre des priorités.

Globalement, un milieu de vie comprenant 28 résidants peut être desservi par une composition du personnel suivante (de jour, en semaine) :

- 1 infirmière;
- 1 infirmière auxiliaires; et
- 5 préposées aux bénéficiaires.

En résumé, en plus d'avoir un impact négatif sur les conditions de travail du personnel soignant, les transformations du cadre bureaucratique dans le domaine des services aux personnes en perte d'autonomie s'illustrent surtout par un déplacement du modèle de pratique professionnelle qui remet en question tous les niveaux de l'organisation, et que les infirmières sont appelées à promouvoir au sein des équipes de travail par une plus grande responsabilité. Une redéfinition des compétences qui leur sont nécessaires en vue d'implanter cette nouvelle philosophie de services s'est développée dans un contexte où leur interdépendance avec les autres acteurs de l'organisation peut se manifester sous forme de rivalités.

Continuité des services et interactions du personnel soignant

Autant que possible, l'infirmière chef d'équipe s'assure que les services soient dispensés aux résidants par les mêmes personnes dans le but de respecter un concept clé relié au nouveau mode de gestion, soit la « continuité des soins ». Cette dernière vise entre autres une stabilité de l'équipe de soins qui dispense les soins à une personne, selon les différents quarts de travail. Paradoxalement, l'instabilité de l'équipe de direction s'avère un obstacle à la stabilité recherchée chez l'équipe de travail. En effet, les changements au sein des membres de la direction ont comme conséquence la réévaluation fréquente des façons de faire du personnel d'expérience. « *Depuis cinq ans, la direction des soins est intérimaire, cela fait trois fois que nous changeons de directeur. À chaque fois, cela amène des changements* » (ESD003). Pour certains soignants, ces changements organisationnels constituent des irritants. Ceux-ci peuvent avoir un impact direct sur la qualité du vieillissement au travail, notamment en ce qui concerne l'absence de vision claire au sein de l'organisation du travail.

À ce propos, le sondage que nous avons effectué indique que *les trois quart (75%) du personnel soignant perçoit que les changements fréquents de personnel – pris au sens large et non spécifiquement les membres de la direction - nuisent à leur travail.*

Les membres de l'équipe sont plus nombreux durant le jour; c'est durant cette période, notamment le matin, que l'intensité des services est plus élevée. Il n'est pas rare, par exemple, que le nombre de résidants sous la responsabilité de l'assistante infirmière triple, ce qui illustre un nombre plus élevé de cette catégorie d'employés le jour. Dans certains milieux, toutefois, le nombre d'infirmières auxiliaires est plus élevé le soir et la nuit que le jour, ce qui n'est pas sans générer des tensions avec d'autres catégories d'emploi, et précisément les infirmières.

Dans certains centres de soins de longue durée, le manque d'infirmières sur les quarts de travail de soir et de nuit est compensé par l'ajout d'infirmières auxiliaires. Ces dernières se voient alors confier des responsabilités et activités professionnelles

traditionnellement réservées aux infirmières (administration de médicaments ou de traitements médicaux). Ces nouvelles responsabilités sont actuellement formalisées sous l'égide de la Loi 90. Ce partage des actes s'accroît lorsque certains événements sollicitent activement l'infirmière ou son assistante, tel le décès d'un résidant. Il est alors difficile de distinguer le travail effectué par ces deux catégories d'employés, distinction d'autant plus absente que la qualité de la pratique d'une infirmière auxiliaire d'expérience, sa connaissance fine du milieu, des résidants et des soins à prodiguer se comparent, aux dires des répondantes, à celles de certaines infirmières, voire les dépassent, surtout lorsqu'il s'agit d'une novice. Toutefois, cette coordination formelle du travail combinée à cette dynamique informelle génère des rivalités qui s'expliquent par le fait que l'infirmière auxiliaire ne bénéficiera pas des mêmes avantages financiers, sous forme de primes, que ceux d'une infirmière. De plus, les infirmières auxiliaires qui travaillent de jour peuvent se voir refuser la délégation de certains actes qui sont pourtant pratiqués par certaines de leurs collègues qui travaillent sur les quarts de travail de soir et de nuit. Enfin, les infirmières peuvent voir leur statut professionnel menacé en regard à cette dynamique de délégation d'actes qui leur étaient traditionnellement et exclusivement confiés. Le commentaire suivant, extrait de notre sondage, illustre les intérêts soutenus par les infirmières auxiliaires :

« Je suis une infirmière auxiliaire qui cumule 29 ans de pratique. Je suis une professionnelle de la santé à très bon marché pour le gouvernement. On pourrait élargir mon champ de pratique. Du point de vue de la gestion, cette possibilité pourrait diminuer la pénurie de personnel infirmier. De plus, même si l'on considère une augmentation de salaire, la différence serait tout de même bénéfique au plan budgétaire » (QQ).

Par ailleurs, nos données empiriques indiquent qu'un manque de reconnaissance de la part de divers travailleurs de la santé serait « ressenti » dans leur relation interprofessionnelle, et plus particulièrement en ce qui concerne la transmission d'informations sur les résidants. Si cette dynamique se manifeste dans le rapport entre les médecins et les infirmières, il en va de même entre les préposées aux bénéficiaires

et ces dernières, ou d'autres professionnels. Dans le premier cas, cette situation se manifeste lorsque des médecins de carrière, provenant d'établissements de soins de courte durée, ne sont pas familiers avec la pratique des soins de longue durée, soins qui ne visent pas nécessairement une restauration de la santé, ce qui signifie que les traitements sont prescrits avec parcimonie :

« À un moment donné, l'infirmière d'expérience va être obligée de s'asseoir avec le médecin et lui rappeler qu'il y a des choses qui sont possibles et d'autres qui ne le sont pas, toujours dans l'intérêt du patient » (ESD001).

Une dynamique similaire se manifeste entre les préposées aux bénéficiaires et les professionnelles de la santé lorsque ces premières expriment une opinion insuffisamment prise en compte. Il peut s'agir d'observations transmises à l'infirmière, par exemple sur l'apparition d'une rougeur à traiter sur l'épiderme d'un résidant, ou encore l'obligation pour les PAB d'offrir une prestation de services qu'elles n'estiment pas nécessaire pour certains résidants en particulier (par exemple des soins d'hygiène complets à un homme qu'elles estiment en mesure de s'offrir).

Les observations directes sur différents quarts de travail nous ont en effet permis de « prendre la mesure » de certains milieux où l'atmosphère est « lourde » ou encore peu valorisante pour certaines catégories de salariés : *« Parfois, c'est très nursing, on ne peut rien dire. Elles n'écoutent pas et elles sont offusquées si on leur dit quoi faire » (OIS008)*. Un mode de gestion des soins différent selon les deux territoires étudiés, et dont la dernière section de ce chapitre explicitera les caractéristiques dominantes, indique comment ce rapport d'autorité professionnelle a été abordé afin de permettre une plus grande autonomie aux différentes catégories professionnelles :

« Les infirmières ne sont pas les patrons des PAB. Elles sont des employées au même titre que ces derniers. Le patron de l'employé est le chef d'unité. Donc, moi je me dis que cela permet de sauvegarder l'initiative et la créativité qu'ont certaines employées. Parce qu'une infirmière, ça pense comme une

infirmière, et c'est correct. Mais l'infirmière passe pratiquement moins de temps proche du client » (EC006).

Dans d'autres organisations, et en particulier en CLSC, le travail multidisciplinaire est au contraire empreint d'ouverture et d'écoute, d'un style de gestion souple qui favorise une autonomie chez les salariées, en particulier par rapport à l'autorité administrative, ce qui permet, globalement, d'assurer des suivis clinique ou administratifs « harmonieux » auprès des personnes qui reçoivent des services à domicile.

De façon globale, et ce tant en CHSLD qu'en CLSC, les données recueillies dans le cadre du sondage indiquent que *près de neuf répondantes sur dix (87,9%) perçoivent que leur travail en équipe les aide à pouvoir réaliser leur travail.*

Concept clé des transformations en matière d'organisation des services de santé, la « continuité des soins » est mise à rude épreuve dans un contexte de changement qui s'illustre par une modification fréquente au sein des membres de la direction qui n'est pas sans nuire au travail du personnel soignant. Au niveau de la pratique sur le terrain, les aménagements apportés à l'organisation de soins tiennent compte d'un nombre d'effectifs qui varie selon les quarts de travail, ainsi que les infirmières disponibles, et prennent surtout appui sur des infirmières auxiliaires à qui l'on confie des activités professionnelles traditionnellement réservées aux infirmières, ce qui n'est pas sans générer des rivalités entre les deux groupes. Toutefois, ce type de rivalité présente une géométrie variable selon les acteurs en jeu, notamment entre les médecins et les infirmières ou ces dernières et les préposées aux bénéficiaires, mais aussi selon les milieux de pratique. Mais de façon générale, la presque totalité du personnel estime que le travail en équipe les aide à accomplir leur travail.

Cadre bureaucratique et relations intergénérationnelles

Les règles inscrites dans les conventions collectives structurent un cadre bureaucratique de pratiques professionnelles dont les plages horaires de travail sont prioritairement choisies en fonction de l'ancienneté des salariées, ce qui n'est pas sans impact sur l'attraction de personnel et le développement de leurs compétences :

« Si elles viennent travailler ici, nous avons une fin de semaine sur deux à leur offrir ou bien elles sont sur appel, de soir et de nuit, évidemment, C'est moins intéressant pour une jeune qui commence et qui veut développer ses compétences » (ESD 003).

Les travailleurs de la santé d'expérience ayant davantage d'ancienneté, ce sont eux qui bénéficient des premiers choix d'horaire, celui de jour étant le plus souvent prisé. *Près des trois quarts des répondantes (74,1%) travaillaient de jour et l'autre quart de soir (23,2%), une large majorité (76,6%) ayant choisi cet horaire de travail.* Les conséquences sont bien connues : aucune garantie ne peut être donnée aux nouveaux employés quant à leur horaire de travail, qui se retrouve en soirée, de nuit et les fins de semaine. De plus, les nouvelles employées doivent s'engager à respecter un minimum de disponibilités au travail (ex. un certains nombre de soirs ou de fins de semaine), sans quoi elles s'exposent au congédiement :

« Plusieurs sont des mères de jeunes enfants qui ne peuvent offrir ce type de disponibilités à l'emploi. Nous sommes dans l'obligation de congédier des gens qui ne respectent pas leurs engagements ».

Également, certains établissements offrent aux infirmières qui sont éligibles à un départ à la retraite un aménagement d'horaire de travail avec la possibilité de ne pas travailler les fins de semaine ou jours fériés, ni les soirs, ou encore à temps partiel, en guise de mesure de rétention au travail. Finalement, les obstacles, surtout budgétaires, à la création de nouveaux postes complexifient cette situation.

Les trois quarts (76,2%) des répondantes de notre sondage estiment que non seulement la répartition du travail entre les travailleuses âgées et les plus jeunes

*d'une équipe devrait être le fruit d'une discussion entre elles, et non d'une imposition de la direction*⁴⁶ elles croient aussi, dans une plus grande majorité (81.8%), que les acquis sociaux reliés à l'ancienneté ne doivent pas compromettre les intérêts des plus jeunes travailleuses. Or, près de la totalité des répondantes (92,6%) veulent garder leurs acquis sociaux même si elles savent que la prochaine génération de travailleuses n'aura pas les mêmes avantages.

Tableau 6 : Proportion des répondantes, par catégories d'âge et de fonctions, en faveur d'une répartition du travail entre les travailleuses âgées et les plus jeunes d'une équipe qui est le fruit d'une discussion entre elles et non d'une imposition de la direction, n=112 (Tourville, 2005, p. 152)

Indicateurs (âge et fonction)		« OUI »
40-44 ans	Toutes professions confondues	100 %
45-49 ans	Cadres	100 %
	Professionnelles (infirmières)	75 %
	Techniciennes	66,70%
50-54 ans	Cadres	33,30 %
	Professionnelles	100 %
	Techniciennes	84,50 %
55-59 ans	Cadres	66,7 %
	Professionnelles	80%
	Techniciennes	68,80 %
60-64 ans	Professionnelles	100 %
	Techniciennes	57,20 %
65-69 ans	Toutes professions confondues	100 %

⁴⁶ Les deux tiers des cadres de 50 à 54 ans étaient les moins favorables à ce type de coordination, tel que l'indique le tableau 6

La mise en place des Réseaux intégrés de services pourrait, selon un gestionnaire de ressources humaines, accroître des possibilités d'emploi au sein de divers établissements d'un territoire donné. Dans un autre établissement, un comité de réorganisation du travail envisage de profiter de la mise en place de ces *Réseaux* dans le but de favoriser, au contraire, l'octroi de postes aux effectifs qui travaillent déjà au sein de leur établissement, et ainsi de limiter le nombre de nouveaux employés provenant d'autres établissements.

Nous pouvons par ailleurs nous questionner, à l'instar de certaines répondantes, sur l'impact de la grande taille issu du regroupement d'établissements sur la gestion des pratiques professionnelles, et notamment le transfert de connaissances. Le fait de relever d'une instance administrative plus éloignée de la pratique fait en sorte, selon elles, que « *les gestionnaires ne sont (souvent) pas au courant de la pratique de travailleuses d'expérience* ».

En ce qui concerne les rapports entretenus entre le personnel d'expérience et les novices, les données de recherche présentent une vision hétérogène entre les différentes organisations. Dans un centre de soins de longue durée, une gestionnaire nous a mentionné que des salariées d'expérience, en plus de conserver un mode traditionnel de prestation de services, ont également tendance à laisser délibérément aux nouvelles recrues des « tâches ingrates », tandis que d'autres, au contraire, sont plus accueillantes à leur égard. Dans un autre, la dynamique intergénérationnelle est tout autre : un programme de jumelage entre des employés d'expérience et des stagiaires ou des recrues a été instauré. En plus de favoriser le transfert de connaissances, ce programme offre au mentor les avantages suivants :

- Prime salariale;
- Temps de congé;
- Réduction de la tâche de travail, lorsque le stagiaire ou la recrue est plus à l'aise dans l'accomplissement des tâches;

- « Fierté » du mentor lorsque le(la) stagiaire/recrue est embauché(e) par la suite, ce qui arriverait une fois sur cinq, environ.

En somme, le phénomène bien connu de la primauté de l'ancienneté enchâssée dans les conventions collectives dans le choix des plages horaires de travail rend difficile l'attraction et la rétention en emploi de jeunes employées, particulièrement les jeunes mères, et le développement de leur connaissances et compétences, sous forme de transfert par exemple, situation exacerbée par des restrictions budgétaires qui limitent la création de postes ou encore de mesures de maintien en emploi avantageuses offertes aux infirmières éligibles à la retraite. Nous nageons en plein paradoxe! L'impact de la création des Réseaux intégrés de services sur ces problèmes reste à approfondir. À ces considérations structurelles s'ajoutent des phénomènes informels où des employées d'expérience, et pas nécessairement des infirmières, mais aussi des préposées aux bénéficiaires, se montrent particulièrement inhospitalières avec les jeunes recrues. Cette pratique n'est toutefois pas généralisée, certaines organisations ayant même mis sur pied une structure formelle d'accueil harmonieuse. Une grande majorité des répondantes sont favorables à davantage de coordination du travail par l'équipe elle-même, mis à part certains cadres d'une cohorte d'âge bien spécifique (50-54 ans), et à moins d'iniquités entre les générations, mais presque toutes ne veulent pas remettre en question leurs acquis sociaux, même s'ils portent ombrage à la prochaine génération.

Activités professionnelles et relations avec les personnes âgées en perte d'autonomie et leur famille

Selon le point de vue des membres de la direction et de ceux d'une organisation syndicale rencontrés dans le cadre de la cueillette de données, les dispensatrices de soins ont moins qu'avant l'occasion d'interagir avec les résidants en centres de soins de longue durée ou les personnes en perte d'autonomie recevant des services à domicile. (Ce point de vue est nuancé par les observations directes dont des résultats sont présentés à la section suivante.) Dans le premier type d'organisation, les

membres de la direction ont noté qu'en plus du « manque de temps », l'autonomie moins grande des résidants, en raison surtout de troubles cognitifs, combinée à une durée de séjour moindre sont deux facteurs importants qui limitent ces interactions. Par le passé, celles-ci constituaient une forme de « gratification » pour l'employé. Également, « *le nombre d'heures de soins/jour par résidant ne reflète pas toujours leurs besoins* », nous a dit un chef d'unité de vie, surtout chez les personnes atteintes de démence.

C'est surtout à l'infirmière que revient la responsabilité de négocier avec des familles à la fois « *plus exigeantes* » (ESD003; OIS017) envers les interventions qui sont faites, qui s'opposent par exemple aux mesures de contention, mais qui comptent également, voire paradoxalement, sur le personnel de centres de soins de longue durée pour expliquer « *à leur parent qu'il va être placé pour le restant de sa vie (...), et même le maintenir de force en établissement si jamais il veut quitter* ». La famille constitue un acteur d'une grande importance, surtout aux yeux de la direction des établissements :

« Les familles sont beaucoup écoutées au niveau de la direction, parce que c'est l'image, n'est-ce pas? S'il fallait qu'un fils avocat ou journaliste dans telle famille... Ils ont très peur de ça. Et avec raison, parce qu'on ne sait jamais comment ça peut sortir » (EC003).

En ce qui concerne les services dispensés à domicile (CLSC), des représentantes syndicales nous ont mentionné que le manque de temps pour effectuer les activités professionnelles prend racine dans une intensification des tâches qui les oblige à parer au plus urgent. Cette situation serait particulièrement problématique chez l'infirmière, qui rencontre quotidiennement six personnes, environ, et reçoit de 8 à 9 appels téléphoniques, en plus des exigences en matière de tenue de dossiers ou des réunions auxquelles elle doit assister. En ce qui concerne les auxiliaires familiales et sociales, la prestation de services s'adaptera aux personnes qui sont aux prises avec des troubles cognitifs d'intensité variable. « (...) *Notre travail n'est pas seulement de leur*

donner le bain, il y a toute une approche derrière ce travail », dont nous aborderons l'impact en analyse.

Bref, du strict point de vue de la direction et de celui d'un syndicat, toutes les dispensatrices de soins ont dorénavant moins l'occasion d'interagir avec les personnes en perte d'autonomie en raison de divers facteurs tels que l'intensité des besoins et des problématiques de ces dernières, celle des activités professionnelles qui y sont associées et les rapports plus exigeants avec les familles, surtout pour les infirmières.

Agences privées de placement de personnel : un paradoxe irritant

L'activité professionnelle des équipes de travail, ainsi que la continuité des soins que nous avons explorées précédemment, sont influencées par le recours aux agences privées de placement de personnel, malgré le fait que les directions de centres de soins de longue durée souhaitent y avoir peu recours, notamment pour des raisons d'ordre financier - le coût horaire étant plus élevé que le salaire versé aux salariés. Toutefois, la réduction d'effectifs (*downsizing*) des dernières années a eu un impact qui se fait encore sentir sur des organisations des soins qui font appel à ces agences pour répondre aux besoins. Comme nous l'avons mentionné dans Lesemann et Tourville (2006), le personnel provenant des agences est mal perçu par les équipes de soins, compte tenu, bien souvent, de leur méconnaissance tant de l'organisation de travail – lieux physiques et tâches précises à effectuer - que des besoins spécifiques des résidents, ce qui n'est pas sans susciter des inquiétudes : « *On ne sait jamais sur qui on va tomber avec les agences, surtout la fin de semaine* » (OIS001).

L'infirmière pivot doit veiller à ce que l'équipe de travail soit complète afin d'assurer tous les services aux résidents. S'il venait à manquer un membre du personnel régulier, elle n'aura d'autre choix que de faire appel à du personnel d'une agence privée. Durant l'attente de cette personne, bon nombre de tâches doivent être effectuées, surtout s'il s'agit du quart de travail du matin (médicaments, petits-

déjeuners, soins d'hygiène, réunion matinale, etc.). Ce délai peut également être amplifié si l'employée de l'agence en question ne connaît pas l'établissement, ce qui entraîne son arrivée tardive dans l'unité, qui aura alors trimé pour accomplir pratiquement toutes les tâches avec une employée en moins.

Nous aborderons à la prochaine section les perceptions recueillies de la part des répondantes sur la notion de compétence. Nous souhaitons au préalable illustrer comment celles-ci se manifestent de la part des travailleurs de la santé d'expérience pour mieux comprendre les sources d'inquiétude manifestées à l'endroit du personnel provenant d'agences privées de placement. Certaines activités professionnelles au sein d'un centre de soins de longue durée se déroulent selon des routines établies en fonction de connaissances fines du professionnel qui tiennent compte à fois d'un niveau formel (symptômes de la personne, soins à dispenser, notes à rédiger) et informel (confiance établie avec les membres de la famille, histoire de vie de la personne, ses habitudes), et qui se manifestent parfois par un écart entre les tâches prescrites et réelles. C'est l'« unification de ces ressources internes et externes à l'individu » qui permet l'« enrichissement de ses qualifications de base », dirait Le Boterf (2005), et conséquemment la prestation d'un service qu'un dispensateur de soins *étranger*, en provenance d'une agence extérieure, ne pourra égaler. Les deux exemples empiriques qui suivent servent à étayer ce propos.

Premièrement, les observations directes effectuées indiquent l'importance accordée par les dispensatrices de soins d'expérience à la discussion avec des personnes en perte d'autonomie dont elles connaissent de grandes parties de leur vie, avec qui une relation de confiance s'est développée. Il y aura place à cette discussion avant, pendant et après, un acte professionnel, par exemple une prise de sang, ce qui le facilitera. Il n'est pas rare que le tout dure seulement quelques minutes. Ignorer l'établissement de cette relation signifie une collaboration mitigée, absente, voire agressive. « *C'est plus facile lorsque la confiance est établie. Par exemple, pour faire prendre le troisième comprimé à une résidente qui ne veut pas en prendre davantage* » (OIS015).

Deuxièmement, la connaissance des habitudes des personnes qui résident dans un centre de soins de longue durée, et qui s'établit au gré d'une relation telle que décrite ci-dessus, permet d'éviter des situations inconfortables pour elles, ou encore des interventions qui mobilisent les membres de l'équipe de soins, bref qui créent une mauvaise ambiance au sein d'une « unité de vie ». Il peut s'agir d'un petit détail, mais qui échappera, une fois de plus, à une personne *étrangère* à cet univers, telle une infirmière provenant d'une agence privée de placement. « *Il faut penser pour les autres; par exemple, il faut bien placer son verre d'eau sur la table de nuit car si ce n'est pas fait à sa convenance, il sera plus agité et n'arrêtera pas de sonner* » (OIS008; OIS016).

En plus de leurs activités professionnelles usuelles, les personnes que nous avons accompagnées dans leur milieu de travail ou interviewées nous ont fait part qu'elles s'assurent également de la qualité des soins prodigués à des résidents par du personnel d'agences de placement, ce qui constitue un irritant pour elles, notamment une contrainte de temps. Bref, les dispensatrices de soins régulières assurent ni plus ni moins un rôle de protection à leur égard : « (...) *il ne faut pas prendre les résidents pour des numéros, il est important d'avoir un contact régulier avec eux* » (OIS001). *Notre sondage indique que près de huit répondantes sur dix (78,6%) perçoivent que le fait pour l'établissement de recourir à du personnel en provenance d'agences privées contribue à alourdir leur travail.*

Ce rapport aux agences privées de placement de personnel n'est pas sans générer un paradoxe quant au lien en emploi des dispensatrices de soins interviewées. Si les contraintes que nous venons d'énumérer face celles-là constituent un incitatif chez les dispensatrices de soins à bénéficier de la retraite à la date d'éligibilité, d'autres, au contraire, et parfois les mêmes, considèrent ces agences comme une avenue envisagée de maintien d'un lien à l'emploi au moment de la prise de retraite en raison de la source de revenu potentiel dans un cadre qui leur permet davantage de flexibilité, en particulier quant l'horaire de travail.

En résumé, malgré les irritants, une source d'inquiétude et l'alourdissement du travail du personnel soignant salarié face aux agences privées de placement du personnel - compte tenu du manque de connaissances qu'a le personnel de ces agences de la vie des résidents, les petits détails ou attentions qui font qu'ils reçoivent un service de qualité, et sur l'environnement dans lequel les soins leur sont donnés -, ces agences constituent néanmoins, pour certaines, une trajectoire professionnelle envisagée à la date d'éligibilité à la retraite en raison de ses attraits financiers et de la gestion flexible du temps de travail.

Conclusion

Les transformations dans le domaine des services aux personnes en perte d'autonomie s'illustrent par une réorganisation des soins qui s'éloigne du modèle médical traditionnel. Ces changements modifient le rôle des infirmières et les compétences qui y sont rattachées. Mis en contexte avec d'autres bouleversements au sein du réseau de la santé, dont la réduction d'effectifs et l'importance qui est dorénavant accordée à la « continuité des soins », ces changements du cadre bureaucratique mettent en évidence certaines rivalités à géométrie variable selon les catégories professionnelles et les milieux de travail, mais dont le travail d'équipe n'entrave pas l'accomplissement du travail. À titre d'élément incontournable de la « structure formelle de l'organisation », les conventions collectives contribuent également activement aux « activités informelles » (Friedberg, 1997) qui s'y déroulent, notamment au niveau intergénérationnel. Des obstacles freinent l'attraction des plus jeunes, surtout les jeunes mères, entre autres l'inhospitalité de leur accueil dans certaines organisations, ce qui interfère aussi avec le transfert de connaissances et le développement des compétences. Des interrogations sont soulevées quant à l'impact de la création des Réseaux intégrés de services, et de leur grande taille, sur ces phénomènes. Une plus grande coordination du travail par l'équipe elle-même recevrait un accueil favorable par le personnel soignant, contrairement à certains

cadres, mais les iniquités intergénérationnelles induites par leur acquis sociaux ne sont pas remises en question.

Au niveau de la pratique terrain, la notion de compétence est intimement liée à la dimension interactionnelle, que ce soit dans le cadre des relations interprofessionnelles ou avec les personnes en perte d'autonomie et leur famille. Certains points de vue recueillis mettent l'accent sur les limites actuelles des interactions entre l'infirmière et les autres acteurs (collègues, personnes en perte d'autonomie, etc.), tandis que d'autres permettent de mieux les définir dans le contexte de transformation actuel. Nous développerons une analyse sur cette question au prochain chapitre, mais d'emblée il ressort que la difficulté, voire l'impossibilité, de standardiser totalement - donc d'"industrialiser" - cette dimension relationnelle propre aux « compétences relationnelles » (Gadrey, 1996) qui sont en jeu dans les activités professionnelles des infirmières d'expérience s'explique par tous les petits détails qu'elles recueilleront, la connaissance fine qu'elles développeront sur la personne, leur façon de s'y prendre, et qui influenceront les soins qui lui seront donnés. Ce dernier élément apparaît d'ailleurs en parfaite cohérence avec le stade de « pensée critique » qui est identifié chez les infirmières d'expérience dans le secteur de la santé mentale, alors qu'il n'est pas atteint chez les étudiantes en soins infirmiers (Therrien, 2005). C'est également ce qui peut expliquer leur inquiétude et leur irritation face à du personnel d'agences privées de placement qui ne possède pas ce savoir faire, et dont la présence au sein de l'institution publique alourdit leur travail.

5.2 Compétences détenues par le personnel soignant d'expérience

Notre étude a suscité de l'intérêt de la part d'organisations de soins préoccupées par la question du vieillissement en emploi, et surtout les impacts des départs à la retraite du personnel soignant d'expérience et des pertes de connaissances et de compétences qui en découlent. Auparavant, peu de mesures étaient établies en ce concerne cette problématique, dont les décisions gouvernementales dépassent l'autorité des directions d'établissement, particulièrement en matière de régimes de retraite, mis à

part les avantages avancés en ce concerne la « circulation des compétences » ou encore « la mobilisation d'expertise ». Certes, l'engagement pour les établissements à garder le personnel en place est affiché, mais, paradoxalement, ce sont leur « départ assisté (sic) à la retraite » ou d'autres mesures telles que les « départs volontaires » qui sont souhaités selon une logique purement financière (Comité de réflexion inter-établissement, 2000). C'est dans ce contexte que les données recueillies visaient à documenter les formes de connaissances et de compétences qui illustrent concrètement la pratique des dispensatrices de soins d'expérience.

Les transformations souhaitées par les nouvelles orientations gouvernementales en ce qui concerne les habiletés et les compétences recherchées chez les infirmières s'inscrivent dans un déplacement des caractéristiques de leur fonction propre à une structure hiérarchique traditionnelle vers une « approche centrée sur la personne » qui fait appel au « *leadership* » et aux capacités de « gestion d'équipes de travail ». Les développements souhaités dans le cadre de ce nouveau modèle de gestion s'articulent autour d'une « gestion participative » de l'équipe de travail, notamment en matière d'évaluation de l'état de santé d'un résident, de la révision de son plan de soin ou de ses objectifs personnels.

De façon générale, lorsque nous avons interrogé les gestionnaires quant à leurs perceptions sur le vieillissement au travail et la compétence, deux types de réponses nous ont été donnés. Il apparaît important de les expliciter afin d'illustrer l'« activité professionnelle » comme objet d'étude. Pour certains, ce n'est pas tant l'âge d'un employé qui est gage d'une activité professionnelle de qualité, mais davantage la « connaissance » qu'il aura des résidents, l'« importance » qu'il accorde à leurs besoins, ainsi que son « savoir être » (Tourville, 2005, p. 120). Pour d'autres, au contraire, l'âge occupe une place importante dans la pratique professionnelle et beaucoup de compétences relationnelles, estiment-ils, ont été perdues dans le cadre des départs à la retraite des dernières années. Nous reprenons ici les caractéristiques associées à ces compétences qui nous ont été formulées :

- Une personne plus calme, qui gère mieux les priorités, plus analytique, qui s'informe davantage avant d'agir;
- Davantage interactive avec les résidentes comparativement aux plus jeunes;
- Qui agit plus en douceur dans ses relations avec les résidents, qui sollicitent davantage leur collaboration;
- Qui a une vision globale de sa tâche;
- Qui a une meilleure connaissance du mode relationnel avec la clientèle;
- Qui a développé une approche avec les personnes en perte d'autonomie ou avec leur famille;
- Qui est plus confiante et qui connaît davantage ses ressources et ses limites.

Comme nous avons eu l'occasion de le mentionner, en n'adoptant pas une position normative sur la notion de compétence, nous avons pu recueillir auprès des dispensatrices de services de santé d'expérience des informations qui s'éloignent des habituelles « grilles de compétences » ou de considérations théoriques sur le sujet (Tourville, 2006). Il ressort en effet que c'est principalement un profond et sincère intérêt envers la personne en perte d'autonomie - « *amour de l'autre* » -, son histoire de vie - s'« *intéresser à la vie des personnes en perte d'autonomie* »-, combiné à une façon de s'y prendre – « *douce dans le contact avec elles (...) leur parler constamment* » - qui permet de rendre plus faciles des tâches qui le sont moins – « (...) *C'est alors moins pénible pour tous les deux, pour nous comme pour eux* » (OIS001), par exemple une prise de sang matinale d'une personne diabétique que l'on doit réveiller. En somme : « *Il faut du cœur pour travailler avec cette clientèle. Ce n'est pas de la marchandise. Il faut de l'amour, de l'écoute et de l'attention. Il ne faut pas les brusquer* » (OIS005).

Le sondage effectué met en valeur un fort pourcentage de répondantes, *presque toutes* neuf sur dix (89,3%), qui sont d'accord ou moyennement d'accord avec le fait que leurs compétences sont reconnues, et ce, peu importe la catégorie d'âge ou la

fonction exercée. Mis à part une excellente auto-évaluation de leurs compétences, ce résultat élevé peut également signifier une conformité avec les normes de la description de leurs tâches enchâssée dans la convention collective. Et en ce qui concerne la marge d'autonomie des salariées, le sondage a indiqué que *83% des répondantes sont d'accord ou moyennement d'accord pour dire qu'elles bénéficient d'une marge d'autonomie dans leur travail*.

Le matériel qualitatif a mis en évidence, quant à lui, que ces compétences facilitent l'enchaînement des activités professionnelles dans un cadre bureaucratique dont la productivité, nous l'avons vu, est remise en question, en permettant plus spécifiquement de « *reconnaître plus rapidement les besoins, le caractère et la mentalité des résidants* ». « Lorsque les résidants se retrouvent ainsi en confiance, ils sont en retour moins "agités" et "sonnent moins souvent" dans le but qu'un membre de l'équipe aille les voir » (Tourville, 2006, p. 4). Cela vaut également dans l'utilisation de nouvelles technologies :

« (Les jeunes) doivent apprendre comment parler avec les personnes âgées. Par exemple, celles-ci ne savent pas ce que c'est un bain tourbillon. Elles en ont peur. Il faut le leur expliquer et, ainsi, les mettre en confiance dès le départ » (OIS 006).

Nous retrouvons dans chacune des catégories d'emploi des travailleurs de la santé d'expérience qui ont développé des stratégies qui s'appuient sur ce type de compétences : la routine que l'infirmière développera dans la préparation des médicaments ou encore celle du préposé aux bénéficiaires dans les soins d'hygiène qu'il dispensera.

« Il y a des tâches régulières auxquelles s'ajoutent les cas spéciaux. Avec l'expérience, nous pouvons prévoir l'évolution d'une personne. Nous devons alors nous positionner vers des soins de confort ou des soins plus actifs » (OIS 017).

Certaines stratégies contreviennent délibérément aux règles officielles dans le but d'offrir une qualité de services qui sera satisfaisante tant pour la personne en perte d'autonomie que l'équipe qui dispense les soins.

Bref, nous assistons depuis les années 90 à un déplacement d'un modèle de soins traditionnellement médical, hiérarchisé, vers un nouveau qui se veut plus près du terrain et de l'ensemble des besoins de la personne en perte d'autonomie, et également plus « participatif » de la part de l'équipe de travail. Pour certains répondantes, l'âge n'est pas associé à la compétence dans l'exercice d'activités professionnelles, tandis que pour d'autres, au contraire, ces deux éléments sont intimement reliés dans le cadre de la relation avec la personne en perte d'autonomie; c'est cette bonne relation qui faciliterait l'enchaînement des tâches propres à une activité professionnelle de qualité. À cet effet, *entre huit et neuf répondantes sur dix perçoivent que leurs compétences sont reconnues et qu'elles bénéficient d'une marge d'autonomie dans leur travail.*

Compétence et coordination des activités professionnelles au sein de l'équipe de travail : tension avec les modèles de soins institués

Combinées à celles déjà instituées, les nouvelles formes d'activités professionnelles qu'engendrent l'« approche milieu de vie » comme nouveau cadre bureaucratique font en sorte que certaines dispensatrices de soins d'expérience « *ne sont plus capables d'aller plus loin* » (ESD002), même si elles auraient souhaité maintenir un lien à l'emploi à la date d'éligibilité à la retraite, et ce pour deux raisons.

Premièrement, ce nouveau cadre leur occasionne un surplus de travail, les nouvelles activités se rajoutant à celles qu'elles continuent de dispenser. En se distançant d'un mode de prestations de soins médical, cette nouvelle approche privilégie une adaptation des services aux besoins spécifiques des « résidants » des « unités de vie », par exemple les périodes de sommeil ou de repas, selon les préférences. Cette adaptation est impensable pour certaines :

« C'est que les plus anciennes sont encore axées sur la tâche. (...) Pour elles, être une bonne travailleuse est d'accomplir leur routine. (...) C'est presque impensable de croire que les infirmières vont laisser dormir un résidant le matin si c'est ce qu'il veut » (ESD002).

De plus, le rôle de proximité avec le terrain, selon les principes d'une approche milieu de vie moins hiérarchisée, plus participative, n'empêche pas, paradoxalement, l'utilisation d'outils administratifs qui éloignent l'infirmière du terrain : *« Oui il y a plus de paperasse ou de grille d'évaluation à remplir, mais c'est son rôle. Elle a autant un rôle de gestionnaire dans l'évaluation, qu'un rôle clinique sur le terrain » (ESD004),* déclare un gestionnaire.

Deuxièmement, ce nouveau modèle de prestation de services s'inscrit dans des orientations de gestion précises face au recrutement et la formation. Les gestionnaires interviewés estiment que les nouvelles employées sont *« prêtes à accepter de nouveaux défis, pleines d'énergie, curieuses et ouvertes »* alors que les plus *« âgées »* sont, quant à elles, *« résistantes, moins ouvertes et routinières »*.

Précisons, qu'entre ces deux manifestations du passage d'un modèle de prestation de soins à un autre se trouvent des salariées d'expérience qui se montrent intéressées aux changements proposés, notamment la place qui est faite au *« leadership »*. À cet égard, le commentaire d'une secrétaire de direction illustre assez bien cette position :

« Considération à retenir : reconnaissance et équité. Favoriser la rétention du personnel qui va chercher une formation supplémentaire. « Faire du repêchage » : une avenue qui peut être intéressante pour les deux parties : employé et employeur » (QQ).

De l'avis de représentantes syndicales, les directions chercheraient la *« perle rare »* au cours de processus d'embauche dans lequel les candidates ont l'opportunité d'offrir une *« performance »* en entrevue. L'évaluation d'embauche devrait plutôt revenir à l'équipe de travail car, toujours selon elles, elle est plus à même de

considérer si la candidate possède les compétences nécessaires dans l'exercice des fonctions, dont celles de travailler en équipe.

C'est sous cet angle intergénérationnel que notre sondage a d'ailleurs mis en évidence, rappelons-le, que *les trois quarts des répondantes estiment que les plus expérimentées et les plus jeunes devraient discuter ensemble de la répartition du travail, plutôt qu'elle soit imposée par la direction. Le deux tiers des cadres de 50 à 54 ans sont, quant à eux, moins favorables à ce type de coordination.*

Pour plusieurs, en somme, la combinaison des deux modèles de prestation de soins qui marquent le passage de l'un à l'autre est synonyme d'« incapacité » à poursuivre en emploi, à la date d'éligibilité à la retraite, en raison du « surplus de travail » occasionné, et ce, tant dans la façon de faire qu'en raison des nouveaux outils de travail à utiliser dans le cadre de ce changement. Au contraire, d'autres se montrent intéressés aux changements proposés. Les préférences en matière de recrutement s'inscrivent dans un parti pris tant du côté de la direction que des représentantes syndicales quant aux orientations à prendre, notamment en matière de coordination du travail.

Conclusion

Dans un contexte marqué par le déplacement du modèle de gestion des soins, qui fait dorénavant appel à la notion de compétence, les résultats empiriques indiquent que deux visions s'opposent en ce qui concerne le lien entre l'âge et la compétence dans le cadre des activités professionnelles : certains ne les associent pas, tandis que d'autres y voient un lien étroit qui se manifesterait dans les relations interpersonnelles. Les données quantitatives indiquent que la perception de la reconnaissance de leurs compétences est élevée (89,3%), bien que cette auto-évaluation puisse aussi signifier la conformité entre les tâches accomplies et celles qui sont enchâssées dans la convention collective. Mais il n'en reste pas moins qu'un

peu plus de huit répondantes sur dix (83%) sont *d'accord ou moyennement d'accord pour dire qu'elles bénéficient d'une marge d'autonomie dans leur travail.*

Mais quoi qu'il en soit, l'influence de cette transformation du cadre bureaucratique sur l'activité professionnelle constitue, pour plusieurs, un « surplus de travail » synonyme d'« incapacité » à maintenir un lien à l'emploi à la date d'éligibilité à la retraite, alors que pour d'autres, les changements proposés suscitent leur intérêt, notamment le leadership recherché. Toutefois, des divergences se font sentir sur la façon de recruter les candidats, et de coordonner le travail d'un point de vue intergénérationnel.

5.3 Âge et emploi : l'influence hétérogène des transformations du cadre bureaucratique sur l'activité professionnelle

Les données recueillies sur la pyramide des âges dans Tourville (2005) affichent des similitudes avec celles des recherches présentées à la partie I, soit une surreprésentation des effectifs chez les groupes d'âge de 45 ans et plus. Selon les établissements, cette concentration est plus marquée chez certaines catégories de salariées en raison des orientations qui ont historiquement été prises en matière de services (heures soins/semaine), du type de soins privilégié et de l'embauche du personnel en conséquence (infirmières, infirmières auxiliaires ou davantage de préposées aux bénéficiaires). Plus le nombre d'heures de soins/ semaine est élevé, plus l'embauche d'infirmières a été, et est toujours privilégié.

Perception hétérogène du vieillissement et activité professionnelle

Compte tenu des transformations de son cadre bureaucratique, l'activité professionnelle prendra des formes hétérogènes selon le poste occupé par la dispensatrice de soins de santé d'expérience. En nous basant sur les données recueillies sur le sujet, il ressort que le « leadership » ou « les capacités de gestion d'une équipe de travail » sont dorénavant le type de compétences recherchées,

surtout chez l'infirmière, pour répondre aux nouveaux modes de prestation de soins qui sont promus par les dernières réformes. Pour certains, ce ne sont pas toutes les infirmières âgées de plus de 40 ans qui répondent au « profil » souhaité. Pour d'autres, les transformations des dernières années, et particulièrement les fusions de centres de soins de longue durée, permettront de « mettre à contribution l'expertise des salariées qui resteront à l'emploi », et que « le défi des prochaines années sera, justement, de maintenir en emploi celles qui auront le profil qui répond aux nouvelles exigences qui sont en cours d'implantation » (Tourville, 2005, p. 112). Les conditions de travail constituent un facteur explicatif quant aux capacités des salariées de maintenir un lien à l'emploi.

En effet, les répondantes que nous avons accompagnées durant leur quart de travail nous ont indiqué que leur choix de maintenir un lien à l'emploi au moment de la date d'éligibilité à la retraite serait influencé par une prestation de services moins difficile tant sur le plan physique que psychologique, en plus d'une réduction du temps de travail:

« C'est l'âge qui me fera quitter lorsque mon corps ne sera plus capable de supporter le travail. C'est difficile ce que nous faisons. Nous marchons beaucoup, il y a les déplacements des résidents, etc. » (OIS014).

Si cette dernière citation concerne un centre de soins de longue durée, il en va de même en ce qui concerne l'activité professionnelle des infirmières qui offrent une prestation de services à domicile (CLSC). Chez ces dernières, non seulement la réduction des effectifs s'est aussi accompagnée d'un changement radical de leur milieu de travail, passant d'un cadre institutionnel traditionnel dans lequel nous retrouvons, à proximité, diverses ressources matérielles et humaines, à un autre qui nécessite une autonomie et mobilité d'action individuelle dans le cadre domiciliaire des personnes prestataires de services. Nul n'est question ici de faire l'apologie d'un cadre de travail plus qu'un autre, chacun deux offrant ses sources d'« opportunités » et ses « contraintes » (Friedberg, 1988; Crozier et Friedberg, 1977), mais bien

d'expliciter des données empiriques qui soulignent, par exemple, que la conduite automobile hivernale, les difficultés de stationnement dans les zones à forte densité urbaine, l'effort nécessaire pour monter des escaliers parfois abrupts, et mal déneigés, tout en transportant le matériel infirmier nécessaire dans une valise, sont quelques-unes des conditions qui incitent les salariées à bénéficier du programme de retraite dès leur date d'éligibilité.

Il n'y a pas qu'au domicile des personnes en perte d'autonomie que les préoccupations liées à la capacité de faire face à la demande de services dans un contexte de départs à la retraite se fait sentir, mais également au niveau de la direction de ce programme offert par les CLSC. Au moment de notre enquête, aucune stratégie précise n'était mise en place pour attirer des candidates expérimentées pour remplacer des gestionnaires qui, là aussi, seront incessamment éligibles à la retraite. Mais contrairement aux contraintes exposées ci-dessus, celle qui fait obstacle à l'attraction serait principalement financière. La faible rémunération inciterait plutôt la relève potentielle à conserver un poste dont le revenu ne serait pas beaucoup moins élevé si l'on prend en compte les responsabilités accrues à assumer à titre de gestionnaire.

L'impact des revenus sur l'âge prévu pour la retraite

Ces perceptions hétérogènes sur le vieillissement présentent également des formes variées en ce qui touche la question de la retraite, comme le montrent les données quantitatives recueillies. Nous y voyons que les revenus influencent directement la décision de prendre celle-ci. C'est surtout les revenus du ménage qui marquent les processus de prise de retraite: plus ils sont élevés, plus les salariées ont tendance à vouloir prendre leur retraite plus tôt. Les données suivantes illustrent notre propos :

Tableau 7: Âge prévu pour la retraite selon la rémunération annuelle brute du ménage, n=112, selon Tourville (2005, p. 148)

Rémunération annuelle brute du ménage	Âge prévu pour la retraite				Total
	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	
25 000\$-44 999\$	5,6%	13,9%	<u>66,7%</u>	13,9%	100%
45 000\$- 74 999\$	5,1%	<u>38,5%</u>	<u>38,5%</u>	17,9%	100%
75 000\$- 94 999\$		<u>76,9%</u>	15,4%	7,7%	100%
95 000\$ et plus		<u>66,6%</u>	25%	8,30%	100%

Tourville (2005, p. 148) indique que les rémunérations sont également associées aux fonctions exercées par la salariée. Conséquemment, la combinaison fonctions exercées/rémunération ÉLEVÉES s'illustre par une tendance à prendre sa retraite à bas âge contrairement à la combinaison fonctions exercées/rémunération BASSES qui, elle, se manifestera par des prises de retraite à un âge plus avancé.

Sur le plan qualitatif, les deux commentaires suivants illustrent cet écart en matière de prise de retraite selon la rémunération, écart que l'on évalue aussi à partir des données quantitatives du Tableau 7. Ces résultats montrent l'influence des combinaisons fonctions exercées/rémunération sur le rapport à la retraite. Le premier concerne une préposée aux bénéficiaires et l'autre une infirmière :

« Je suis inquiète car ma situation financière m'obligera, selon toute probabilité, à travailler jusqu'à 65 ans. Compte tenu de l'alourdissement de la clientèle et de la réduction des effectifs, je me demande comment je vais

tenir le coup physiquement. » (préposée aux bénéficiaires, 45 ans, divorcée, revenu annuel brut (avant impôt) entre 25 000 et 34 999\$, QQ).

« J'apprécie le travail que j'ai fait, mais on nous demande de faire de la production, de la quantité au lieu de la qualité. Pour moi, c'est impossible ce genre de travail. C'est pourquoi je pense partir dès que cela sera possible. Il y a aussi le changement qui n'arrête jamais. En vieillissant, on a moins le goût du changement et de vivre de l'insécurité » (infirmière, 50 ans, mariée ou conjointe de fait, revenu annuel brut (avant impôt) du ménage entre 75 000 et 94 999\$, QQ).

Ces deux commentaires permettent de saisir l'horizon variable du moment de prise de la retraite selon la rémunération associée au poste occupé. Âgée de 45 ans, la préposée aux bénéficiaires anticipe, par exemple, encore une vingtaine d'années d'activités professionnelles alors que l'infirmière de 50 ans, elle, envisage de « partir dès que cela sera possible ». Avec une différence de revenus annuels qui oscille entre 40 000\$ et 70 000\$, eux-mêmes influencés par le statut conjugal (divorcée et mariée ou conjointe de fait), et en conformité avec les données de notre sondage, il apparaît hautement probable que l'infirmière prenne sa retraite d'ici les dix prochaines années.

Ces deux groupes de données, l'un quantitatif et l'autre qualitatif, illustrent la place centrale qu'occupe la dimension financière dans le rapport des individus à la retraite. À ce propos, notre sondage indique également que si la totalité des répondantes n'avait aucune contrainte, près de la moitié (49,1%) d'entre elles prendraient plus tôt leur retraite. Les données viennent confirmer que ce sont surtout les revenus qui influencent le moment du départ à la retraite, surtout chez celles qui occupent une fonction qui leur procure un contrôle élevé sur leurs tâches: *tous les cadres sondés et près de 90% des professionnelles, dont les infirmières, pensent avoir des revenus de retraite suffisants contre 58%, environ, des techniciennes, telles que les infirmières auxiliaires.*

L'augmentation de salaire, parmi deux autres propositions hypothétiques (la réduction du temps de travail et la possibilité d'effectuer un travail moins exigeant), occupe également une place importante dans le choix des répondantes de différer la prise de retraite. Ce regroupement de trois énoncés indique que *moins de la moitié (45,5%) des répondantes seraient favorables à ces offres institutionnelles* dans leur processus de décision de rester en emploi, contre un peu plus de la moitié qui y sont moins favorables. À l'opposé, le regroupement de propositions telles que la hausse des responsabilités, l'obtention d'une promotion ou devenir formatrice présente des résultats plus tranchés: *78,4% des répondants n'y sont pas favorables*, ce qui indique que la proposition d'augmentation de salaire fait parti d'une des hypothèses qui favoriserait un maintien à l'emploi au moment de la retraite.

Comme nous l'avons vu plus tôt, la confrontation entre les deux modèles de soins engendre des perceptions opposées quant aux opportunités et contraintes que fait naître cette transformation du cadre bureaucratique sur l'activité professionnelle, et particulièrement en ce qui a trait aux capacités de gestion d'une équipe de travail ou aux qualités de chef (*leadership*). Le contenu abordé ici permet de dépasser ce clivage en considérant les possibilités de maintien en emploi de certaines infirmières parmi leur surreprésentation au sommet de la pyramide des âges. Les données indiquent que cette considération tient compte d'une analyse hétérogène de la composition des effectifs selon leur poste (centre de soins de longue durée, soutien à domicile), leur trajectoire professionnelle (d'un établissement aux soins à domicile), les incitatifs financiers et les responsabilités à assumer (poste de gestionnaire par exemple). Par contre, le processus de prise de retraite en bas âge demeure inéluctable chez celles qui, comme les infirmières, occupent des fonctions pour lesquelles elles exercent un contrôle sur les tâches et obtiennent une rémunération et/ou font partie d'un ménage ayant des revenus de ménages élevés.

Entre souplesse, autonomie et responsabilité : l'impact différencié de la réorganisation de la prestation de services chez les dispensatrices de soins d'expérience

C'est en interaction avec un environnement complexe et dynamique caractérisé par des restrictions budgétaires, l'imposition d'un nouveau mode de prestation de services, dont l'« approche milieu de vie », l'émergence de nouvelles problématiques, surtout les troubles cognitifs, une place plus grande des agences privées de placement de personnel et de nombreux départs à la retraite, que la réorganisation des activités professionnelles des infirmières d'expérience, en collaboration avec d'autres dispensatrices de soins, prend des formes et a un impact différenciés selon les milieux de travail. Ces changements s'actualisent soit par une imposition *top down*, soit par des démarches conjointes et « participatives », entre la direction, les salariées et membres syndicaux. Les objectifs visés influencent également l'impact de ces changements, et spécifiquement s'ils aboutissent à une plus grande autonomie ou initiative chez l'employée, ou à davantage de responsabilités.

Dans cette section, nous reprenons trois exemples empiriques issus de Tourville (2005) pour illustrer cet impact différencié de la transformation du cadre bureaucratique sur l'activité professionnelle des infirmières d'expérience. En premier lieu, une démarche conjointe entre la direction et les salariées a donné lieu à une redéfinition du temps de travail et des tâches, notamment chez les infirmières auxiliaires. Le processus a duré environ deux ans et s'est caractérisé par l'absence d'« agenda caché » ou d'imposition de nouvelles normes : les participants ont réfléchi avec les données disponibles, notamment les budgets :

« Il y a eu une bonne participation d'employées à ce comité. Tout le monde était sollicité pour y participer. Les salariées d'expérience ont bien profité de cet espace pour s'exprimer. La direction a mis cartes sur table, il n'y avait pas d'agenda caché, les budgets étaient présentés. C'est ce qui a facilité certains changements » (EC006).

Dans le cadre de cette démarche, les syndicats ont souscrit à l'idée de réaménager les plages horaire de travail sans qu'il y ait d'« affichages de postes », conformément

aux règles des conventions collectives. Ainsi, l'horaire d'un quart de travail a été modifié afin de permettre un meilleur partage d'information sur les résidents en plus d'apporter une aide supplémentaire à l'équipe du quart de travail précédent.

Les changements se sont aussi concrètement manifestés par un rééquilibrage du nombre de préposées aux bénéficiaires dans les différents « milieux de vie », réparties sur différents étages, en fonction de la complexité des problématiques qu'on y retrouve. Une « équipe volante » a aussi été créée dans le but de fournir une assistance flexible et rapide, en plus de procéder à une évaluation des besoins, notamment du nombre d'effectifs, aux différents étages, selon les urgences.

En deuxième lieu, la mise sur pied de nouvelles activités de loisirs pour les personnes en perte d'autonomie, animées par des préposées aux bénéficiaires, a généré des impacts tant sur l'employée d'expérience que sur l'équipe de travail. Au niveau individuel, la valorisation des compétences spécifiques s'illustre par une prime financière - « *C'est plus valorisant ! Ça nous donne 0.30\$ de plus l'heure* » (OIS014) - en plus d'une plus grande autonomie et possibilité d'initiative dans leurs rapports avec la « clientèle », ce qui génère une grande satisfaction :

« (...) ce qui est plaisant, c'est lorsque la personne nous fait un sourire. Il y a un rapport qui se crée. Nous savons décoder le non-verbal, c'est peut-être ça l'expérience que nous avons. (...) Nous savons comment nous y prendre. Nous avons de l'intuition (OIS014) ».

Au niveau de l'équipe de travail, le regroupement d'une douzaine de personnes au sein de cette activité constitue une intensité et une quantité de demandes qui diminuent dans l'exercice des autres dispensatrices de soins de l'équipe, dont les infirmières, ce qui peut leur permettre de s'appliquer à la prestation de certains soins spécifiques. Les services personnalisés qui sont donnés, tant en groupe qu'au niveau individuel, permettent également de maintenir une ambiance « calme ».

À ce propos, rappelons que les résultats de notre sondage indiquent qu'*un peu plus de huit répondantes sur dix (83%) sont d'accord ou moyennement d'accord pour dire qu'elles bénéficient d'une marge d'autonomie dans leur travail.*

En troisième lieu, nous avons vu plus tôt que les transformations du cadre bureaucratique visent une redéfinition du rôle de l'infirmière dans le but d'en faire une « intervenante pivot » et une « leader » dans ces changements. Cette révision s'inscrit dans un passage d'un modèle médical de soins à une « approche milieu de vie » qui tient compte de l'ensemble des besoins de la personne, ce qui entraîne un nouveau rapport face à la médecine et ses représentants. Un « programme » de redéfinition de ce rôle était en cours lors de la collecte de données, qui n'impliquait pas les principales intéressées, et particulièrement les assistantes infirmières, à toutes les étapes du processus : une fois les attentes définies par la direction, elles étaient ensuite sollicitées dans la définition de leur rôle en fonction de celles-ci.

Tout en souhaitant que les infirmières continuent à maintenir une prestation de soins de qualité, la direction aspire à ce qu'elles orientent également leur pratique en fonction de l'« approche milieu de vie ». Selon des gestionnaires interviewés, ce ne sont pas toutes les infirmières qui répondent au « profil » recherché, surtout en matière de « leadership » :

« (...) notre difficulté actuellement est que nous ne pouvons pas compter sur nos anciennes infirmières parce que, pour nous, elles sont très loin de ce que l'on souhaite. Il y en a qui répondent aux exigences, d'autres pas, mais l'âge n'est même pas un facteur qui détermine la capacité de le faire »
(ESD001).

Mais il y a plus. Certains estiment également que plusieurs d'entre elles sont moins disposées au changement proposé :

« Celles qui résistent le plus se retrouvent à la tête. C'est pour ça qu'on est en train de revoir leur rôle, puis on va leur dire nos attentes envers elles. On

va les aider à jouer ce rôle là, on va le répéter, on va revenir à la charge, on va les développer dans ce sens là » (ESD001).

En résumé, les exemples présentés de pratiques de gestion qui tiennent compte de l'âge et de l'expérience visaient différents objectifs allant de la réorganisation du temps et des tâches de travail, des effectifs, en passant par une plus grande autonomie et valorisation de l'initiative, ou encore davantage de responsabilités, et privilégiaient deux modes d'implantation : participatif ou *top down*. Il apparaît clair que les démarches de changement qui impliquaient les salariées, y compris les représentants syndicaux, et qui visaient une réduction de la charge de travail, surtout par une gestion flexible des effectifs, et sans impact sur les « relations de travail » traditionnellement enchâssée dans les conventions collectives, ou une augmentation de leur marge d'autonomie ou d'initiative se sont avérées satisfaisantes pour les dispensatrices de soins, les équipes de travail, les services aux personnes en perte d'autonomie, bref, à l'organisation dans son ensemble. Globalement, une large majorité des répondantes à notre sondage sont d'accord ou moyennement d'accord pour dire qu'elles bénéficient d'une marge d'autonomie dans leur travail. Au contraire, les démarches de changement *top down* qui avaient pour but d'accroître les responsabilités des infirmières, sous forme d'un *leadership* attendu d'elles, sont assurément celles qui fonctionnent le moins bien pour l'organisation et les personnes concernées.

Conclusion

Le cadre bureaucratique en transformation, nous l'avons vu, engendre des opportunités et des contraintes dont une prise en compte fine permet de dépasser le clivage entre une influence « satisfaisante » sur l'activité professionnelle des infirmières ou, au contraire, une influence « insatisfaisante » selon que leur « profil » converge ou non avec les caractéristiques dorénavant exigées (*leadership* et capacité de gérer une équipe de travail). La lecture de ces phénomènes est elle même influencée par le poste de travail occupé, la trajectoire professionnelle, ainsi que les

responsabilités ou incitatifs financiers rattachés aux nouvelles attentes. Également, le processus de prise de retraite est lui-même influencé par le contrôle qu'une salariée exerce sur ses tâches, ainsi que sa rémunération et/ou de faire partie d'un ménage ayant des revenus de ménage élevés: plus ces données sont élevées, plus la prise de retraite se fera rapidement. Le revenu occupe une place centrale dans le rapport à la retraite.

Ensuite, les exemples empiriques présentés montrent clairement que la forme que prendra une démarche de transformation de l'organisation des services sera gage de succès si elle implique dès le début les principaux acteurs vers une réduction de la charge de travail ou une augmentation de leur marge d'autonomie ou d'initiative, mais sera source de problèmes si, au contraire, un objectif d'augmentation des responsabilités s'inscrit dans une démarche *top down*. Globalement, les répondantes estiment bénéficier d'une marge d'autonomie dans leur travail.

5.4 Regard sur la différenciation des milieux de travail

La redéfinition du rôle de l'infirmière d'expérience, ainsi que la prise en compte ou non de ses compétences, à travers la réorganisation des soins, nécessite un approfondissement qui tienne compte encore plus finement de son milieu de travail. Comme nous l'avons déjà mentionné, il est faux de croire que l'impact d'une telle transformation apparaît de manière homogène, tout comme il est erroné d'affirmer qu'il existe une seule et unique « pénurie » d'infirmières, alors que la dynamique sur le terrain démontre qu'elle prend plusieurs formes. Un « second regard s'impose », pour paraphraser Desrosiers (2007), selon le secteur de pratique infirmière, et nous rajouterons même, en ce qui concerne plus précisément notre objet d'étude, selon les sous-secteurs d'activités professionnelles, et particulièrement les milieux de pratique. L'approfondissement des données empiriques que nous avons recueillies par le biais de 7 entrevues complémentaires confirme que nous retrouverons en effet une dynamique différenciée issue de la réorganisation des prestations de soins et qui se

caractérisent au moins de trois manières : entre deux territoires de services voisins, au sein d'établissements d'un même territoire et à l'intérieur d'un même établissement.

Cette différenciation plus fine selon les milieux de travail permet de mieux apprécier l'impact hétérogène qu'auront les nouvelles orientations gouvernementales en matière de prestation de services à la population. Qui plus est, cette thèse prend en compte plus précisément les dispensatrices d'expérience, donc celles qui ont connu d'autres modèles de pratique et rôles, qui ont évolué avec le temps et dans des contextes particuliers (sociaux, économiques, politiques, etc.). En somme, ce second regard vise à mettre encore plus en valeur l'influence des transformations dont il est question dans cette thèse sur les rapports des dispensatrices de services à leur travail selon la place qu'elles occupent au sein d'un établissement, lui même établi dans un territoire et une histoire en particulier.

Dans le chapitre précédent, nous avons inclus un certain nombre de résultats quantitatifs à la présentation des données empiriques, que nous avons triangulé avec des données qualitatives dans le but d'avoir un portrait global des résultats en lien avec notre question de recherche. Nous intégrerons dans la présente section un certain nombre de ces résultats dans le but de tenir compte d'une différenciation à la fois territoriale et entre le type d'établissements. Mais avant tout, il importe de préciser l'importance que prendra cette logique de différenciation dans la suite de cette thèse.

En effet, la présente section est entièrement structurée autour de la comparaison entre deux territoires dans lesquels nous retrouvons les types d'établissements étudiés, et que nous avons nommé A et B⁴⁷. En plus de ventiler à travers cette différenciation la catégorie professionnelle et celle de l'âge, nous y présentons également les principaux résultats de notre sondage, et plus précisément la perception qu'ont les répondantes de la reconnaissance de leurs compétences, leur autonomie de pratique professionnelle ainsi que les effets des contraintes de l'environnement sur leur travail.

⁴⁷ Nous référons le lecteur à la section 7.2, sur les stratégies de collecte de données, ainsi qu'au Tableau 5.

Cette section différencie également le rôle infirmier selon que la professionnelle travaille dans un centre de soins de longue durée ou bien à domicile. Elle présente également des différences empiriques en matière d'activités professionnelles au sein d'un même établissement, selon l'unité de travail.

L'importance qu'occupe cette différenciation territoriale et d'établissements s'est définie de deux façons. D'une part, des commentaires formulés lors de l'élaboration de cette thèse ont mis en évidence l'importance d'approfondir la notion de pratique professionnelle des infirmières, et particulièrement l'impact de l'évolution de ses modèles de pratique sur le rôle infirmier. D'autre part, d'autres commentaires ont suggéré d'insister sur les configurations bureaucratiques de Mintzberg dans le but de mieux comprendre leurs influences sur les activités de soins. Ces enseignements ont incontestablement influencé notre choix pour cette présentation différenciée.

L'approfondissement de l'analyse parue dans Tourville (2005), notamment à la suite d'entrevues complémentaires, a été guidé par l'importance de considérer les tensions générées tant par les transformations des activités professionnelles que par des cadres bureaucratiques dans lesquels elles se déroulent, en comparaison avec les formes déjà instituées. Les résultats montrent un portrait nettement hétérogène, *différencié*, selon les milieux de travail. Par exemple, nous avons constaté, plus tôt, combien le passage d'un modèle médical d'un territoire donné vers une approche milieu de vie a bouleversé les formes de pratique historiquement construites. Nous verrons, plus loin, que les établissements regroupés sur un autre territoire se sont mieux adaptés aux changements promus en raison d'un modèle de pratique mis en place qui épouse davantage les formes des modalités de pratiques dorénavant privilégiées.

D'autre part, des données statistiques sur les effectifs professionnels, qui ont été recueillies dans divers établissements et qui seront présentées plus loin, soutiennent cette différenciation et montrent une cohérence avec le matériel qualitatif présenté plus tôt.

Aussi, Mintzberg et Glouberman (2001) mettent en évidence l'importance de *différencier* les soins de santé des traitements de maladies. Cet article nous est apparu particulièrement inspirant dans notre propre découpage.

Par conséquent, nous avons choisi d'illustrer la dynamique différenciée des deux territoires en question, et les établissements qui y sont associés, par les catégories A et B. La présentation des données de l'ensemble de cette section est le résultat de la triangulation de données quantitatives et qualitatives. La catégorisation de ces dernières a été facilitée par le fait que les questionnaires qualitatifs et quantitatifs indiquaient tous les renseignements nécessaires sur le milieu de travail des répondantes, c'est à dire le nom de l'établissement dans lequel elles travaillaient (voir annexes 3 et 4).

Ainsi, nous intégrerons dans la présente section un certain nombre de ces résultats dans le but de tenir compte d'une différenciation selon deux territoires d'un même établissement (CHSLD) sur deux territoires : A (n=19) et B (n=59); ainsi que de deux établissements différents d'un même territoire (B) : CHSLD (n=59) et CLSC (n=27). Pour mieux comprendre la structure de ce tableau, nous référons le lecteur au Tableau 5, présenté plus tôt. Ce dernier illustre les deux types d'établissements (CHSLD et CLSC) que nous retrouvons sur deux territoires différents, soit deux CSSS spécifiques. Remarquons que nous n'avons pu considérer le CLSC du territoire A compte tenu de l'absence de données (voir la ligne Questionnaire quantitatif du tableau 5). Aucune répondante de ce CLSC a complété le sondage, ce qui explique les divisions des tableaux suivants.

Le premier tableau de cette série (Tableau 8) indique la composition différenciée des effectifs (catégories professionnelles et groupes d'âge) selon les territoires et les établissements.

Tableau 8 : Composition différenciée des effectifs par territoires et établissements (n=105)*, à partir de Tourville (2005).

		Résultats globaux	Même établissement (CHSLD), deux territoires (A et B)		Deux types d'établissements (CHSLD et CLSC), même territoire (B)	
			Territoire A - CHSLD 18,1% n=19	Territoire B - CHSLD 56,2,% n=59	Territoire B - CLSC 25,7% n=27	
Catégories professionnelles	Cadres	8,9%	1,0%	6,7%	1,0%	
	Professionnelles (infirmières)	21,4%	2,9%	7,7%	12,5%	
	Employées techniques	61,6%	14,4%	38,5%	9,6%	
	Employées de soutien	5,4%	0	2,9%	2,9%	
Catégories d'âge	45 à 49 ans	37,5%	7,7%	22,1%	10,6%	
	50 à 54 ans	26,8%	2,9%	14,4%	6,7%	
	55 à 59 ans	23,2%	4,8%	13,5%	6,7%	
	60 à 64 ans	9,8%	1,9%	4,8%	1,0%	
	65-70	2,7%	1,0%	1,0%	1,0%	

* Lors de la passation du questionnaire quantitatif, sept répondantes n'ont pas spécifié leur établissement d'appartenance (CLSC ou CHSLD) au sein du territoire B.

Tel que nous avons déjà pu le remarquer au tableau 5, c'est surtout le personnel du territoire B (CHSLD et CLSC) qui a répondu au questionnaire. La composition différenciée des effectifs par territoires (A et B) présentée ci-dessus indique que ce sont surtout les cadres et les employées techniques (infirmières auxiliaires et préposées aux bénéficiaires) des centres de soins de longue durée de ce territoire (B) qui ont répondu en plus grand nombre. Les répondantes professionnelles (infirmières), elles, sont surtout concentrées dans le CLSC du même territoire (B). Enfin, les principaux groupes d'âge des répondantes se situent surtout entre 45 et 59 ans

Également, la prise en compte des modèles de pratique infirmière explicités plus tôt (chapitre 4) a montré l'influence du paradigme de soins privilégié dans les rapports de l'infirmière aux quatre niveaux suivants : 1) à l'environnement (famille, culture), 2) à la santé (promotion de la santé, *cure*, *caring*), 3) à la personne qui reçoit les soins (besoins, existence, interactions, développement) et 4) à sa propre identité professionnelle (âge, expérience). Au Québec, certains modèles se sont particulièrement imposés au cours des dernières décennies, dont celui de *Henderson*.

Différenciation des modèles de pratique infirmière institués

D'entrée de jeu, le modèle de pratique infirmier n'est pas clairement identifié par les personnes que nous avons interviewées, bien qu'il n'en demeure pas moins que le « milieu de vie » soit une philosophie dans laquelle tous les acteurs sont exposés, peu importe leur niveau hiérarchique ou professionnel. Dans le sous secteur bien précis des services aux personnes en perte d'autonomie, les transformations bureaucratiques des dernières années, et particulièrement le « virage ambulatoire » et les départs massifs à la retraite, associées à celles, plus récentes, qui s'illustrent par la « territorialité » et qui s'incarnent, notamment, par les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), se manifestent, au moment de la cueillette des données, par un « essoufflement » des effectifs. Ce mot est revenu dans pratiquement toutes les entrevues effectuées, et est intimement associé à la « pénurie » de personnel, surtout infirmier. Autre mot également utilisé pour qualifier le contexte actuel : « lourdeur » de la clientèle. En somme, les priorités que génèrent ces changements au niveau de la gestion des services parent au plus urgent, mettant alors de côté une réflexion sur les modèles de pratique. Les citations des deux cadres suivants visent à illustrer notre propos :

« C'est un secteur essoufflant. La pénurie d'employées est la réalité que l'on vit. L'embauche est difficile car les candidats ne répondent peu aux critères. Comme cadre, je dois beaucoup éteindre des feux. J'ai 45 employés à ma charge. Par exemple, comment faire un suivi, sous forme de supervision

et/ou de suivi disciplinaire plus important, si on ne fait qu'éteindre de feux, et ce, tout en répondant aux besoins de l'organisation? » (QQ073).

Ou encore, plus en lien avec les modèles de pratique cette fois, un hypothétique rapprochement est fait entre ce qui apparaît être une « fragmentation des soins » dans le contexte actuel, et le « Mode fonctionnel » propre au taylorisme qui a marqué le mode d'organisation des soins au début du XXe siècle :

« L'École de pensée inspirée de toute la littérature américaine parlait beaucoup des soins intégraux où l'on confiait à une infirmière moins de patients, mais tout en s'occupant de la personne dans toute sa globalité. À ce moment là, c'était une approche très intéressante. (...) Mais elle n'avait pas plus que 5 ou 6 personnes à s'occuper dépendamment des spécialités; dans des départements de grosses chirurgies complexes, elle n'en avait pas plus que quatre. Mais avec toute la pénurie, les mises à la retraite, ce système soins n'est plus viable. Ils sont obligés, un peu, de fragmenter les soins (...) » (EC001).

Malgré le fait que la question des modèles de pratique n'ait pas été clairement explicitée durant l'ensemble de ce processus de recherche, deux constats servent néanmoins à illustrer la place qu'ils occupent dans la différenciation des milieux de pratique. En premier lieu, les données que nous avons recueillies sur l'histoire des organisations de services, la composition des effectifs ou encore les pratiques de gestion de soins et de ressources humaines donnent une bonne indication des caractéristiques associées aux modèles de pratiques, et particulièrement le rapport au « client » et à la conception de la santé. Comme nous le verrons plus loin, l'importance accordée par les établissements du territoire A, surtout les CHSLD, aux actes infirmiers, à l'identification des besoins de santé spécifiques ou encore à la perspective médicale suggère des modalités de soins qui rejoignent celles que nous retrouvons dans le modèle de *Henderson* (paradigme de la catégorisation). Ce modèle a d'ailleurs grandement influencé la pratique infirmière au Québec (voir section 4.1 sur la professionnalisation des soins infirmiers). Le choix de structurer une

différenciation des milieux de travail qui associe ce modèle au territoire A s'appuie également sur du matériel qualitatif qui indique que le discours des participantes est influencé par une terminologie médicale (ex. « enrichissement du *diagnostic médical* »). C'est pourquoi nous avons choisi d'associer le territoire A au *Médical/cure*.

En ce qui concerne le territoire B, l'importante place qui est faite à une conception de la santé marquée par le *caring* nous invite plutôt à considérer le modèle de *Watson* (paradigme de la transformation). Au lieu de mettre l'accent sur les besoins de la personne malade dans le but de favoriser son développement, à l'instar du modèle précédent, celui-ci privilégie plutôt des soins qui tiennent compte de la « transformation » de l'individu selon son « système de représentation ». Il n'est d'ailleurs pas surprenant de retrouver le modèle de *Watson* en soins palliatifs. Le matériel qualitatif a mis en évidence une conception des soins qui s'éloigne du modèle hospitalier, qui est davantage congruent avec les souhaits de la personne - par exemple la laisser manger de la tarte au sucre malgré son problème de diabète - et rejoint les principes du milieu de vie. La différenciation des milieux de travail nous invite alors à associer le territoire B à l'*accompagnement/care*.

À cette conception des modèles de soins s'ajoute celle des configurations bureaucratiques. Nous verrons plus loin que le nombre de personnes qui nécessitent des services, ainsi que le niveau de soins requis, influencent les modèles établis et génèrent des tensions, surtout entre des formes de prestation de soins qui privilégient une vision globale de la santé (soins intégraux) ou plutôt sa parcellarisation (mode fonctionnel). Ces tensions apparaissent dans les divers milieux de travail, de façon différenciée, que les services soient offerts au domicile de personnes en perte d'autonomie ou en centres de soins de longue durée.

Les données empiriques mettent en évidence un contexte de transformation difficile auquel les acteurs interviewés sont tous confrontés, à différents niveaux, à une pratique professionnelle promue par des nouvelles modalités de prestation qui sont en

tension avec celle déjà instituée. Les modèles de pratiques historiquement construits viennent nuancés la portée de ces transformations.

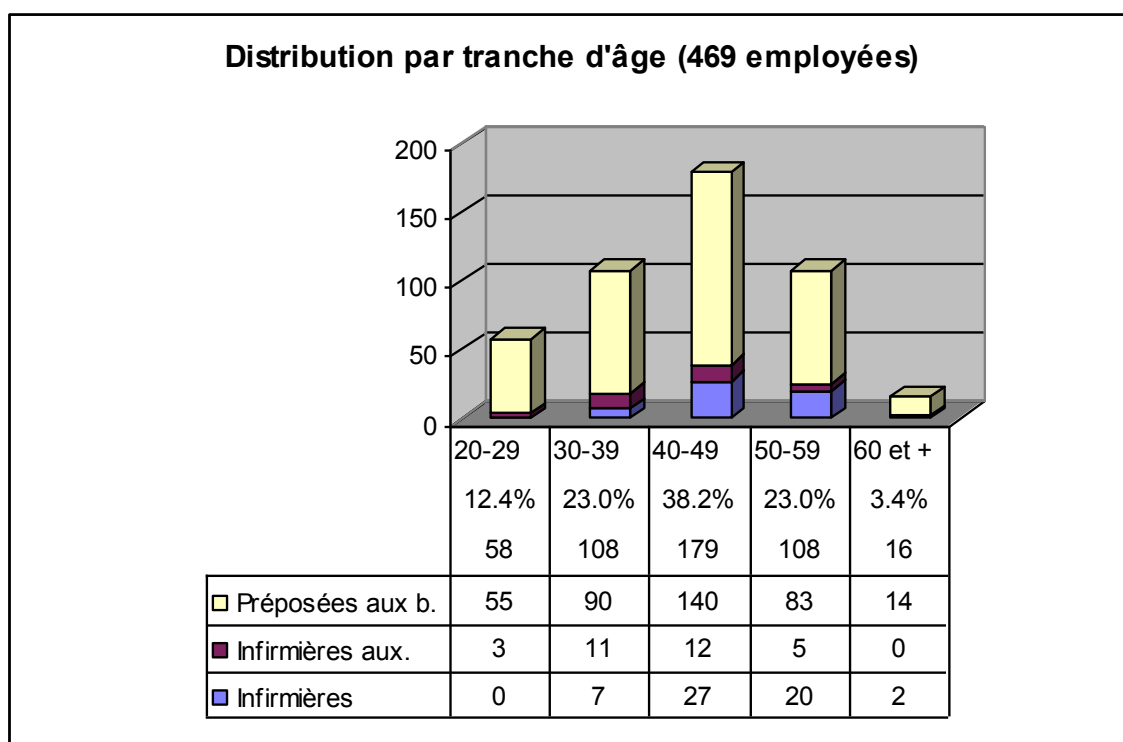
Rôles différenciés de l'infirmière entre deux territoires voisins (A et B) : visions de la santé des personnes âgées en perte d'autonomie (CHSLD)

L'ensemble des répondants s'entendent pour dire que les personnes âgées en perte d'autonomie présentent aujourd'hui des problématiques nouvelles, et particulièrement des troubles cognitifs : « *Il y a quinze ans, il y avait des gens qui avaient davantage de problèmes de santé physique. Aujourd'hui, nous avons 80-85% de problèmes d'ordre cognitif à plus ou moins des degrés avancés* » (EC006). Il n'en demeure pas moins que ce consensus doit être mis en perspective selon les différents milieux de travail. De la sorte, nous pouvons mieux saisir l'articulation des besoins de la clientèle avec la forme que prend la prestation de services offerts. Ainsi, nous observons dans un premier temps que deux établissements de même nature (hébergement et soins de longue durée) situés sur deux territoires voisins considéreront différemment la place qu'occupent les soins. Si l'un (territoire B) privilégie nettement l'« accompagnement » des personnes en perte d'autonomie, l'autre (territoire A) a historiquement accordé une plus grande importance aux soins à dispenser. Ces deux visions se répercutent clairement sur la composition des effectifs :

- CHSLD territoire A (modèle médical/*cure*) : embauche massive d'infirmières auxiliaires au cours des dernières décennies, elles constituent 62,4% de la cohorte de cette catégories de salariées âgées de 45 ans et plus (83 infirmières auxiliaires sur 133). Les infirmières forment, quant à elles, 50,5% de ce groupe d'âge (49 infirmières sur 97). Sur 230 infirmières (y compris auxiliaires), 57,4% (n=132) sont âgées de 45 ans et plus;
- CHSLD territoire B (modèle d'accompagnement/*care*) : embauche de préposées aux bénéficiaires privilégiées, elles forment 76,6% (n=170) de

l'ensemble des salariées de 45 ans et plus, contre 18,5% (n=41) d'infirmières et 5% (n=11) d'infirmières auxiliaires. Sur un total de 469 salariées, 47,3% (n=222) sont âgées de 45 ans et plus. Le tableau ci-après ventile distinctivement l'ensemble de ces effectifs par catégories professionnelles et groupes d'âges :

Tableau 9 : Distribution par tranches d'âge dans trois CHSLD du territoire B (n=469).



L'importance accordée aux préposées aux bénéficiaires (embauche, nombre d'effectifs, formation) sera davantage priorisée chez le premier que le second :

« Les heures/soins, ce sont des heures nursing. C'est-à-dire que lorsque le client est admis, c'est qu'il peut coter une heure/soins. C'est pour cela que dans notre structure, vous avez peu d'infirmières et beaucoup de préposées aux bénéficiaires. Ça coûte moins cher. C'est le choix que nous avons fait. Un choix d'accompagnement des résidents. (...) Ce n'est pas un hôpital, mais

plutôt un milieu de vie où les gens continuent à vivre parce qu'ils ne sont plus capables chez eux » (EC006).

De plus, ce choix de privilégier l'« accompagnement » par le biais de préposées aux bénéficiaires met en évidence le rôle que l'organisation souhaite donner aux infirmières, ce qui peut les confronter à leur vision de la prestation de soins, elle-même ancrée dans un modèle de pratique infirmière qui se définit d'une manière spécifique face à la santé et au patient :

« (...) Parce que l'infirmière est confrontée au fait que elle, sa préoccupation, est de sauver des vies. Alors vous avez des exemples aussi anodins que la tarte au sucre qui fait monter le taux de glycémie. L'infirmière, dans la façon interventionniste qu'elle est, veut empêcher cela. Mais le problème c'est qu'on va lui empêcher son morceau de tarte sur l'étage et il va descendre à la cantine manger trois barres de chocolat. (...) je comprends nos infirmières, c'est humain de vouloir protéger l'autre. Mais ce n'est pas notre job. Notre job c'est de l'accompagner. À l'hôpital, c'est une autre paire de manches. (...) Ce n'est pas une prison un centre d'hébergement. C'est un milieu où les gens viennent y vivre » (EC006).

À la différence du paradigme précédent, celui d'un établissement de même nature (soins de longue durée), situé sur le territoire voisin, mais dont les bases historiques reposent sur une place importante accordée aux soins infirmiers:

« L'infirmière qui a de l'expérience, à partir de son bagage théorique, va regarder une personne malade, je vais l'appeler ainsi, et va être capable d'identifier ses besoins ou ses lacunes en terme de santé et être capable de planifier un plan d'intervention : « Ce qui serait bon pour Monsieur ou Madame Une telle devrait être ça à mon avis ». (...) L'infirmière d'expérience va être capable de faire une évaluation clinique pour aussi enrichir, un peu, si je peux dire, le diagnostic du médecin » (EC001).

Nous pourrions alors être tenté de croire que le personnel soignant du CHLSD situé sur le territoire B, dont les infirmières, perçoit que ses compétences sont moins reconnues par la direction que du personnel qui, au contraire, travaille dans une structure de soins historiquement construite sur le modèle médical, mais il n'en est rien. Un regard différencié sur cette reconnaissance des compétences (Tableau 10) montre plutôt que le personnel soignant du CHSLD du territoire A perçoit une moins grande reconnaissance de ses compétences :

Tableau 10 : Regard différencié sur la reconnaissance des compétences selon les territoires et les établissements, n=105* , à partir de Tourville (2005).

	Résultats globaux	Même type d'établissement (CHSLD), deux territoires (A et B)		Deux types d'établissements (CHSLD et CLSC), même territoire (B)
		Territoire A - CHSLD (n=19)	Territoire B - CHSLD (n=59)	CLSC - Territoire B (n=27)
<i>Le fait que les répondantes perçoivent qu'elles se réalisent dans le travail.</i>	90,8%	89,5%	86,2%	89,3%
<i>Le fait qu'elles perçoivent que leurs compétences sont reconnues lorsqu'on leur confie des responsabilités.</i>	77,1%	63,2%	69,0%	77,7%
<i>Le fait qu'elles perçoivent que le travail en équipe les aide à pouvoir réaliser leur travail.</i>	87,9%	89,5%	84,5%	92,6%
<i>Le fait qu'elles perçoivent que leurs compétences sont sollicitées et prises en compte par leurs supérieures.</i>	78,6%	68,4%	79,3%	74,0%
<i>Le fait qu'elles perçoivent que leurs acquis sont valorisés et reconnus par leurs supérieures.</i>	72,3%	57,9%	67,2%	74,0%

* Lors de la passation du questionnaire quantitatif, sept répondantes n'ont pas spécifié leur établissement d'appartenance (CLSC ou CHSLD) au sein du territoire B.

Ces différences pourraient s'expliquer par le nombre plus élevé de PAB du CHSLD-territoire B qui ont répondu au questionnaire, et qui sont fort probablement en adéquation avec le choix organisationnel de privilégier l'accompagnement, ce qui leur confère d'ailleurs une place grande place en termes de nombre d'employées. Une ventilation par catégories professionnelles n'aurait pas été significative compte tenu de la petite taille de l'échantillon.

En résumé, deux établissements qui accueillent des personnes en perte d'autonomie, situés sur un territoire voisin, auront une vision propre du travail infirmier qui influera considérablement sur leurs attentes envers l'infirmière. Le rapport de celle-ci aux patients, à la santé ou son identité sera ainsi confronté quant à la place qu'occupe la personne âgée selon le paradigme de services. Un modèle de soins historiquement construit sur un paradigme médical produit vraisemblablement une perception moindre de la reconnaissance des compétences du personnel soignant en raison, probablement, d'une confrontation plus forte avec le nouveau paradigme de soins proposé par les orientations gouvernementales.

Rôles différenciés au sein de deux établissements d'un même territoire (A) : rôles infirmiers confrontés au milieu de pratique (CHSLD et soins à domicile)

Le rôle de l'infirmière sera également différent selon qu'elle travaille auprès d'une clientèle âgée⁴⁸ qui réside dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou qu'elle bénéficie de soins à domicile (CLSC), et ce, au sein d'un même territoire. Même si les propos de certains répondants s'accordent sur le fait que la prestation de soins s'effectue plus rapidement à ces deux endroits – « *Et c'est la même chose (qu'en CHSLD) au niveau des CLSC : il y a plus d'achalandage, les listes d'attente sont énormes. (...) Ça roule beaucoup* » (EC001) - il importe

⁴⁸ Il est nécessaire de considérer la « vulnérabilité » (Charpentier, 2001) de la personne âgée dans notre propos, ce qui nous oblige à tenir compte du fait que la clientèle âgée qui habite à son domicile ne présente pas le même degré de vulnérabilité que celle qui est admise dans un centre de soins de longue durée en raison, précisément, de la nécessité de lui offrir un nombre d'heures/soins assurément plus élevé (3 heures/soins par jour, minimum) que celle qui a encore l'autonomie – relative, certes, en raison des soins à domicile qu'elle requiert – nécessaire pour habiter chez elle.

toutefois de distinguer, dans cette section, l'impact de chaque organisation sur le travail infirmier. Cette exercice est d'autant plus important que les données recueillies indiquent que ces deux milieux « *ne se connaissent pas (...), n'ont jamais de contact ensemble* ».

Les attentes des centres de soins de longue durée envers le travail infirmier présentent des caractéristiques communes que nous avons exposées plus tôt, c'est-à-dire : infirmière pivot, coordination des soins, *leadership*, gestion d'une équipe de travail, etc. Sans surprise, ce discours officiel prend toutefois des formes différentes sur le terrain. Un répondant nous rappelle que ces attentes, promues par les nouvelles orientations en matière de soins, confrontent un rôle infirmier déjà institué :

« Mais la difficulté que nous avons est que beaucoup d'infirmières ne se sentent pas préparées pour assumer un tel rôle, n'ont pas les connaissances ou les aptitudes. Il y a même des infirmières qui nous disent : "Bien moi, je n'ai pas fait une formation d'infirmière pour faire de la gestion" » (EC001).

De plus, la « *fragmentation des soins* » (EC001) mentionnée plus tôt rentre directement en collision avec le rôle d'infirmière pivot que les organisations tentent pourtant d'implanter. De plus, cette tension est la manifestation de décisions *top down*, notamment en matière de fusions d'établissements, d'élaboration d'organigrammes ou de réduction d'effectifs. En ce qui concerne le « projet clinique » que les centres de santé doivent établir, une implication d'infirmières et de divers professionnels est encouragée. Ce sont bien souvent des infirmières cadres qui y participent malgré le souhait d'élargir leur composition aux non cadres. Dans un contexte de pénurie, les difficultés à remplacer les infirmières non cadres rend la chose bien souvent difficile. Nous nous retrouvons alors avec une contradiction entre ce qui est souhaité et la dynamique sur le terrain.

Premièrement, tant nos observations terrain que les entrevues complémentaires nous indiquent que dans le sous-secteur des centres de soins de longue durée, l'articulation concrète des modalités de soins attendues chez l'infirmière pivot est contradictoire,

ou, pour reprendre le mot d'une répondante, d'une grande « tristesse » (EC003). Le fait est que la réduction des effectifs oblige cette infirmière à assumer des soins de base qu'elle n'avait pas à offrir par le passé, et ce en plus de ses responsabilités en matière de coordination de services. Autrement dit, cette professionnelle fait partie du peu d'infirmières disponibles à assumer un nouveau rôle qu'elle jouait toutefois déjà il y a quelques années, mais qu'elle ne peut dorénavant effectuer pleinement en raison des tâches de base d'infirmière qu'elle doit dorénavant effectuer.

« Ce qui était intéressant avant, c'est qu'on avait le temps d'élaborer un plan d'intervention individuelle, par exemple pour Monsieur Untel qui mange moins bien depuis quelque temps, qui a maigri. Là, je n'ai pas le temps! Il faut que j'aie passer des médicaments. Je ne peux pas faire ça. Et, en plus, il faut quand même gérer les équipes! (...) Ce qu'ils nous ont enlevé n'équivaut pas au travail supplémentaire. C'est-à-dire que les quelques petites choses qu'on ne fait plus, comparativement à ce qu'il faut faire en plus, parce qu'on n'a pas une infirmière auxiliaire, c'est beaucoup plus lourd » (EC003).

Deuxièmement, une infirmière qui offre des prestations de soins à domicile sur le même territoire brosse un portrait différent du précédent. Également formée à la « veille école », elle mentionne être capable de prendre en compte la « santé globale » d'une personne dans le cadre de son travail. En ce sens, elle estime que les soins à domicile n'ont pas « changé » en tant que tels, préférant plutôt parler d'« évolution » : « *avant, nous faisons bouillir nos instruments chez les patients, maintenant ils sont tous jetables* » (EC002). Elle affirme toutefois que les services à domicile sont moins nombreux qu'avant, en plus de s'être « déshumanisés », bien qu'il y ait davantage d'intervenants que par le passé (ex. ergothérapeute, physiothérapeute, etc.). Deux exemples illustrent son propos.

Le premier fait référence au taxi qui était payé à une personne bénéficiant de son congé de son hôpital. De retour à la maison, elle bénéficiait rapidement d'une visite de l'infirmière, qui pouvait lui prodiguer davantage de services médicaux : « *On*

payait pour ça, même pour les médicaments pour la douleur, c'est nous qui les apportions, nous avons un système de pharmacie que nous n'avons plus maintenant, ça n'existe plus ça. Donc, en ce sens là, les gens ont moins de services aujourd'hui qu'avant » (EC002). Le deuxième exemple, porte non seulement sur les services qui étaient offerts aux patients, mais aussi l'accompagnement « humain » à la suite d'une intervention chirurgicale :

« Parce que avant, nous les dorlotions les gens. Là, maintenant : « débrouillez-vous! ». (...) Avant, lorsqu'une personne avait une mastectomie, nous l'aurions eue pendant l'hospitalisation, puis nous nous en serions occupées, et elle aurait eu des soins. Maintenant elle est rendue chez elle : « et vis ta peine comme tu le voudras! ». Elle est chez elle, et on va aller la voir le lendemain, on y fait son pansement, mais pendant tout ce temps là, elle s'est débrouillée comment? Écoutez! C'est encore perdre un sein, un cancer du sein » (EC002).

Par ailleurs, il est à noter qu'une segmentation des services infirmiers est également présente à l'intérieur des soins à domicile : long terme et court terme. Selon les données recueillies, la « fragmentation des soins » abordée précédemment, associée à une forme de « taylorisme », est surtout présente dans les soins de long terme : *« C'est sûr que l'infirmière (qui offre des soins) à long terme peut se sentir un peu comme une machine, parce que c'est beaucoup de prises de sang, de pansements. Ce n'est pas long, ce sont des choses qui sont rapides »* (EC002).

En somme, la demande accrue en matière de services s'articule différemment chez l'infirmière qui travaille en milieu institutionnel (centre de soins de longue durée) ou communautaire (soins à domicile). Dans les deux cas, le rapport entre l'infirmière et la personne qui bénéficie des soins se transforme, d'une part par une charge de travail alourdie, notamment par des réduction d'effectifs, d'autre part par le nombre de professionnels qui gravitent autour d'elle. Toutefois, les données empiriques tendent à démontrer que les infirmières qui travaillent à domicile ont davantage d'autonomie,

à tout le moins peuvent refuser davantage d'effectuer de nouvelles tâches dans certaines circonstances.

Rôles différenciés au sein d'un même établissement (CHSLD-territoire A) : application divergente de la même philosophie de soins centrés sur le client (Personnes âgées en perte d'autonomie et personnes atteintes de déficience intellectuelle)

Il n'y a pas que dans le domaine des soins à domicile où nous retrouvons une différenciation des services (long terme et court terme) qui confronte les attentes en matière de soins infirmiers, et plus particulièrement la forme qu'ils prennent. Les entrevues complémentaires qui ont été effectuées ont permis de mettre en lumière des rôles infirmiers qui différaient considérablement selon les unités d'un même établissement. Ces différences confrontent l'infirmière dans son rapport avec son identité non seulement personnelle, avec son histoire et ses valeurs, mais aussi professionnelle, envers les patients, la santé et l'environnement. Il s'agit des unités de soins aux personnes très âgées et à celles atteintes de déficience intellectuelle.

Dans le premier cas, soit les soins aux personnes très âgées, nous avons déjà abordé à la section précédente le paradoxe de l'infirmière pivot spécialement sélectionnée selon le nouveau paradigme de soins qu'elle ne peut pleinement accomplir, comme avant, en raison d'une réduction d'effectifs qui l'oblige, dans les faits, à accomplir des tâches infirmières de base. À l'instar du propos de l'infirmière précédente, dans le domaine de soins à domicile, la comparaison qu'elle fait entre la qualité de services qu'elle dispensait par le passé et celle d'aujourd'hui est manifeste. Son discours met également en valeur son rapport, encore une fois paradoxal, avec une direction qui, d'une part, valorise un nouveau mode de prestation de soins, et cette infirmière pour les accomplir, mais d'autre part, exige une façon de penser qui s'éloigne de la philosophie « milieu de vie » qui est prônée. Le rapport de la répondante non seulement aux patients, mais aussi aux autres employés est intimement relié à ce

qu'elle estime important tant pour ses propres parents, qu'elle même lorsqu'elle sera très âgée. Son propos est cohérent avec d'autres que nous avons recueillis.

« La direction nous dit : « Pense pas comme autrefois! ». Bien oui, « pense pas comme autrefois »!! Mais on était habituées à donner des soins de qualité. Moi, lorsque j'évalue une nouvelle employée, ça m'arrive souvent de la faire, je ne regarde pas si elle a fait le lit bien droit ou si elle a présenté de la main droite, non, moi ce n'est pas ça pas que je regarde, je me dis : « Est-ce qu'elle aime les patients? Ça paraît tu un petit peu qu'elle les aime ». Et je me dis : « Est-ce que je lui laisserais mon père ou ma mère? » Si je réponds oui à ça, elle va passer. Parce que je me dis : « Lorsqu'on travaille avec des personnes âgées, c'est un peu comme des bébés. Ils ne peuvent pas exprimer leurs besoins, il faut être capable de les comprendre ». Mais quand il faut aller vite, vite et vite, ce n'est quand même pas une chaîne de montage. (...) C'est un petit peu frustrant. Peut-être que les nouvelles générations vont s'habituer à travailler comme ça, mais ce n'est pas une bonne idée pour nous autres lorsqu'on va être vieux » (EC003).

Considérer l'univers des services aux personnes qui sont atteintes d'une déficience intellectuelle, qui résidant non loin de l'unité pour personnes très âgées que nous venons d'aborder, au sein du même établissement, c'est prendre en compte une richesse d'informations qui confirme les grands axes élaborés dans le rapport de la dispensatrice de soins à son environnement et à elle-même, mais aussi la stratégie des acteurs pour réduire la pénibilité de leur travail avant de prendre leur retraite. Les données recueillies mettent aussi en valeur l'écart entre leurs perceptions sur la forme que prend les « milieux de vie » actuel et celui qu'elles ont connu voilà quelques décennies.

Dans un premier temps, il faut mettre en évidence le fait que les personnes interviewées qui travaillent dans cette unité ont d'abord œuvré auprès des personnes âgées avant que des changements structuraux les incitent à choisir l'unité *Déficience intellectuelle* en raison du budget plus important qui lui est alloué, et par conséquent

le nombre d'effectifs plus élevé qu'on y retrouve. Ce choix de leur part n'occulte en rien l'importance qu'elles accordent à une prestation de soins de qualité à cette clientèle, mais il met surtout en évidence la pénibilité que nous retrouvons dans les autres unités en raison de la réduction d'effectifs, qui a épargné ce secteur en particulier.

« Et lorsqu'il y a eu la nouvelle structure, tout le personnel des soins infirmiers a perdu leur poste et d'autres postes ont été réaffectés. Et moi, cela faisait 29 ans que je travaillais pour les personnes âgées. Mais là, je me voyais m'en aller sur un département avec cinq préposées aux bénéficiaires, une infirmière auxiliaire et une assistante infirmière : je me disais que je n'y arriverais jamais. Et à cause de mon ancienneté, j'ai eu le choix de prendre un poste en déficience intellectuelle, où il y avait plus de personnel »
(EC004).

Leur choix s'est avéré bénéfique en ce qui concerne leur satisfaction à travailler avec une équipe de travail plus nombreuse, ce qui offre davantage la possibilité, selon ce personnel soignant, de considérer l'unité comme un « milieu de vie » :

« Ici, il y a un préposé aux bénéficiaires de plus ainsi qu'une infirmière auxiliaire de plus. Et c'est beaucoup! C'est énorme! C'est du monde là! Nous sommes capables de répondre aux attentes, aux besoins de la clientèle : de les amener dehors, de faire jouer de la musique, de jouer à des jeux de société, de créer un lien avec le milieu de vie. On est capable »
(EC004).

Toutefois, à l'instar des autres témoignages recueillis, leurs perceptions quant aux rapports à la clientèle sont teintées, à juste titre, par des références à ceux qui s'étaient établis voilà plusieurs décennies. Prendre en compte ces expériences passées, c'est non seulement mieux comprendre l'impact des transformations des dernières années sur leurs activités professionnelles, la confrontation des changements sur ce qu'elles considèrent être un « bon milieu de vie », mais aussi comment la différenciation de ce

rapport se manifeste au sein d'une unité spécifique de travail à l'intérieur d'une même organisation, et aussi à travers leur vision d'autres groupes professionnels.

« En 1973, les gens ne s'habillaient pas comme maintenant. Les gens restaient souvent en jaquettes et, pour eux, c'était comme un milieu de vie. Le dimanche, ils s'habillaient plus chic, mais la semaine, ils restaient en jaquette et c'était comme ça. Moi je trouvais, en tout cas, que c'était plus un milieu de vie : on fêtait les résidents par exemple. Parce qu'il n'y avait pas d'ergothérapeute, pas de physiothérapeute, il n'y avait rien. On faisait tout ça, nous autres. On ne s'en rendait pas compte dans ce temps là, mais c'est ça que nous faisons. Mais là, aujourd'hui, s'il n'y avait pas d'éducateurs ici, d'après moi il n'y aurait pas grandes activités. Il n'y en aurait pas... »
(EC005).

D'ailleurs, le tableau suivant met en valeur que les effets des contraintes de l'environnement ont particulièrement atteint le personnel de ce CHSLD (territoire A) comparativement aux établissements de l'autre territoire :

Tableau 11 : Regard différencié sur les effets des contraintes de l'environnement, selon les territoires et les établissements, n=105^{*}, à partir de Tourville (2005).

	Résultats globaux	Même type d'établissement (CHSLD), deux territoires (A et B)		Deux types d'établissements (CHSLD et CLSC), même territoire (B)	
		Territoire A - CHSLD (n=19)	Territoire B - CHSLD (n=59)	CLSC - Territoire B (n=27)	
<i>Le fait que les répondantes perçoivent que les changements fréquents de personnel nuisent à leur travail.</i>	75%	68,4%	75,9%	85,2%	
<i>Le fait qu'elles perçoivent que le recours à du personnel en provenance d'agences privées contribue à alourdir leur travail.</i>	78,6%	52,6%¹	87,9%	81,5%	
<i>Le fait qu'elles disent avoir de moins et moins la possibilité de mettre en pratique leurs compétences.</i>	36,6%	21,1%	46,6%	40,7%	
<i>Le fait qu'elles estiment que leurs compétences sont moins recherchées dans leurs discussions avec leurs collègues de travail ou supérieures.</i>	57,2%	78,9%	63,8%	51,9%	

^{*} Lors de la passation du questionnaire quantitatif, sept répondantes n'ont pas spécifié leur établissement d'appartenance (CLSC ou CHSLD) au sein du territoire B.

¹ Lors de la collecte des données quantitatives, le personnel provenant d'agences privées de placement n'était pas courant.

Somme toute, les nouvelles modalités de prestation de soins sont difficilement mises en application en raison des pratiques de gestion préconisées, par exemple en matière de répartition du personnel au sein d'un même établissement. Les divergences qui en résultent entre les nouvelles attentes de la direction envers le personnel et les activités professionnelles réellement accomplies par ce dernier constituent un paradoxe. Ce dernier se présente sous la forme d'une double confrontation chez plusieurs dispensatrices de soins dans leur rapport à la personne en perte d'autonomie et face à leur propre identité professionnelle. Des stratégies sont alors mises en place en vue de réduire la pénibilité de leur travail d'ici leur prise de retraite à leur date d'éligibilité.

Conclusion

Les transformations des dernières années, et particulièrement celles toutes récentes qui ont donné lieu à la création des CSSS, mettent en évidence l'impact différencié sur l'activité professionnelle non seulement entre deux territoires donnés, mais aussi entre les établissements d'un même territoire ou encore entre deux unités d'un même établissement. Cette différenciation, que nous avons mise en évidence dans la triangulation des données quantitatives et qualitatives, est conforme aux idées de Mintzberg et Glouberman (2001). La vision de soins qui est promue ainsi que le modèle de pratique déjà institué influenceront les attentes du rôle de l'infirmière dans sa relation aux personnes âgées en perte d'autonomie. L'organisation spécifique du travail, selon qu'elle prenne forme en établissement ou à domicile, teintera également ce rapport à l'activité professionnelle, d'autant plus si les changements ont généré des fusions ou une réduction des effectifs qui caractérisent différemment l'allocation des ressources, parfois même au sein d'unités voisines d'un même établissement. Globalement, le passage d'un modèle *médical/cure* en CHSLD vers l'approche milieu de vie, promue par les nouvelles orientations gouvernementales en matière de services, génère un plus grand bouleversement qu'au sein des milieux de pratique ayant déjà épousés le modèle dorénavant privilégié, et particulièrement le cadre bureaucratique des soins à domicile, plus près de l'*accompagnement/care*.

Conclusion

Le matériel utilisé en vue de répondre à la question de recherche est constitué des données empiriques sur le travail infirmier que nous retrouvons dans Tourville (2005). Elles prennent en compte la notion de « compétences relationnelles » (Gadrey, 1996) pour comprendre l'influence des transformations du cadre bureaucratique sur l'activité professionnelle des infirmières vieillissantes. Ce choix s'explique par la place qu'occupe cette notion dans le passage entre un mode de gestion de soins propre au modèle médical à un autre plus près du « milieu de vie » de la personne en perte d'autonomie. La prise en compte de l'histoire de vie et de l'ensemble des besoins de cette dernière constitue quelques-unes des caractéristiques dominantes de l'« approche centrée sur le client » qui est dorénavant promue.

L'accent qui est mis sur cette philosophie de services s'inscrit plus largement dans un cadre bureaucratique que l'on souhaite plus « décentralisé », « intégré » et dans lequel l'infirmière est appelée à jouer un rôle central auprès des différents acteurs : personnes en perte d'autonomie, leur famille, professionnels et travailleurs de la santé, etc. Nous sommes donc en présence d'un modèle de soins qui passe d'un mode de coordination verticale, hiérarchique et centralisée à un autre qui, à l'opposé, s'annonce plus déhiérarchisé et dans lequel l'infirmière peut être appelée à occuper un rôle essentiel de coordination des services, notamment à titre d'« intervenante pivot ». Ces transformations entraînent une redéfinition des compétences nécessaires et prescrites pour assumer ces nouvelles responsabilités, et particulièrement les « qualités de chef » et la « capacité de gérer une équipe de travail ». Contrairement à certains cadres âgés spécifiquement de 50 à 54 ans, les dispensatrices de soins se montrent favorables à coordonner leur travail entre elles. Les facteurs tels que l'âge, l'expérience et la trajectoire professionnelle, le poste occupé ou encore le milieu de pratique influenceront le rapport entre l'activité professionnelle et ce cadre bureaucratique en transformation.

Les données empiriques indiquent la place primordiale qu'occupe la dimension relationnelle dans l'activité professionnelle des infirmières d'expérience. Certaines

estiment que les transformations du cadre bureaucratique depuis les dernières années ont grandement limité ces interactions, et ce, tant avec les personnes en perte d'autonomie qu'avec les autres acteurs, dont leurs collègues. Les nombreux départs à la retraite depuis les années 90, la complexité croissante des problématiques de la clientèle auxquelles elles font face, en particulier les troubles cognitifs, les restrictions budgétaires ou encore les réductions d'effectifs, pour ne nommer que ceux-là, sont tous des facteurs explicatifs. D'autres répondantes, par contre, nous ont permis d'approfondir notre compréhension des caractéristiques propres à cette dimension relationnelle. L'exploration de sa mise en forme, à travers les observations *in situ*, a permis de prendre la mesure de la multitude de détails auxquels se rattache l'infirmière d'expérience dans son activité professionnelle, et surtout les connaissances fines qu'elle développe sur la personne, son histoire de vie et ses habitudes. Toutes ces informations, qui caractérisent la relation avec le client, font partie des « compétences relationnelles » qui se manifestent dans l'activité professionnelle de l'infirmière d'expérience, et qu'il est peu probable de pouvoir totalement observer (Gadrey, 1996). Dans le cadre bureaucratique en transformation, l'infirmière s'appuie entre autres sur ces compétences dans le rôle de protection qu'elle assume face aux personnes en perte d'autonomie qui reçoivent des services de la part de certains membres du personnel d'agences privées de placement qui ignorent, bien souvent, bon nombre d'informations tant sur l'organisation de travail que sur les personnes âgées en perte d'autonomie, ce qui influence la qualité de la prestation de soins, en plus d'alourdir son travail.

Deux visions s'opposent aussi en ce qui concerne les compétences et l'âge de l'infirmière dans ce cadre de pratique en transformation : certaines ne les associent pas, privilégiant plutôt les connaissances et l'importance accordée aux besoins de la personne en perte d'autonomie, ainsi que le « savoir-être » qui anime l'activité professionnelle, tandis que d'autres y voient, à l'inverse, un lien étroit qui se manifeste dans les relations interpersonnelles. Mais globalement, les répondantes estiment que les compétences associées à leurs fonctions sont reconnues par l'organisation.

L'influence du cadre bureaucratique en transformation sur les « capacités » ou l'« intérêt » des infirmières d'expérience à maintenir un lien à l'emploi à la date d'éligibilité à la retraite fait naître, une fois de plus, des discours qui opposent celles qui s'estiment « incapables » de conserver un tel lien et les autres qui expriment, au contraire, un intérêt face aux changements proposés, en particulier les qualités de chef (*leadership*) dorénavant attendues chez l'infirmière, à titre « d'intervenante pivot ».

De plus, les données empiriques indiquent que les changements imposés au cadre bureaucratique produisent des rivalités à géométrie variable entre les infirmières d'expérience, d'autres catégories professionnelles, y compris face au personnel qui provient d'agences privées de placement, ainsi dans les rapports intergénérationnels. La poursuite de l'activité professionnelle peut s'actualiser, également, par l'intermédiaire des agences privées de placement du personnel tant décriées.

Les résultats montrent donc l'impact différencié des transformations du cadre bureaucratique sur l'importance qu'occupe la dimension relationnelle, les compétences et l'âge dans l'activité professionnelle des infirmières, ainsi que sur les possibilités et les formes de maintien après la date d'éligibilité à la retraite. Selon la convergence ou non des nouveaux modes de pratiques professionnelle attendus, et particulièrement les qualités de chef et les capacités de gestion d'équipes de travail, et la vision qu'ont les infirmières des opportunités ou contraintes de l'environnement en transformation, les conséquences sur l'activité professionnelle aboutiront à des formes hétérogènes qui tiennent compte non seulement des responsabilités, des marges d'autonomie et d'initiative proposées, que les répondantes perçoivent élevées, mais aussi de la façon dont les administrateurs d'organisations de soins s'y prendront pour mener ces transformations. Toutefois, la prise de retraite rapide, à bas âge, constitue un fait inéluctable, surtout pour celles qui, comme les infirmières cadres, occupent des fonctions qui leur permettent un meilleur contrôle de leurs tâches ainsi qu'une rémunération et/ou des revenus de ménage élevés.

Enfin, des entrevues complémentaires confirment que les transformations bureaucratiques des dernières années, et surtout celles ayant mené à la création des CSSS ou à des réductions d'effectifs variables d'un milieu de pratique à un autre, confronteront les activités professionnelles déjà instituées, et particulièrement leur rapport et leur vision paradigmatique à la santé de la personne, de façon différenciée selon que les dispensatrices de soins d'expériences travaillent sur un territoire donné, dans un centre de soins ou à domicile, ou bien dans une unité spécifique d'une même organisation. Le bouleversement le plus important est sans contredit celui qui oppose le passage d'un modèle médical (*cure*) historiquement construit, surtout dans certains CHSLD, à une approche milieu de vie qui privilégie, quant à elle, un cadre de pratique plus près du *care*, et que l'on retrouve davantage, mais non exclusivement, dans le cadre des soins à domicile.

6 ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Le chapitre précédent a présenté les données empiriques visant à répondre à la question de recherche. Elles ont été recueillies durant trois ans et demi (janvier 2003 à juillet 2006) à l'aide d'une méthodologie mixte privilégiant diverses stratégies de cueillette en vue de bien rendre compte du sens que le personnel soignant donne à son expérience à matière d'activité professionnelle dans un cadre bureaucratique en transformation. Le présent chapitre vise à analyser et interpréter ces résultats de recherche à partir des éléments conceptuels présentés dans la première partie de cette thèse. La définition du mot analyse étant l'« action de décomposer un tout en ses parties afin d'en saisir les rapports » (de Villers, 2003), nous allons diviser les éléments empiriques afin de les « attacher » à l'intérieur d'un « système en étages ». Cette démarche analytique vise à interpréter, soit de « donner un sens à une chose » (Dictionnaire Hachette, 1989), à notre objet de recherche, à l'« expliquer » (de Villers, 2003).

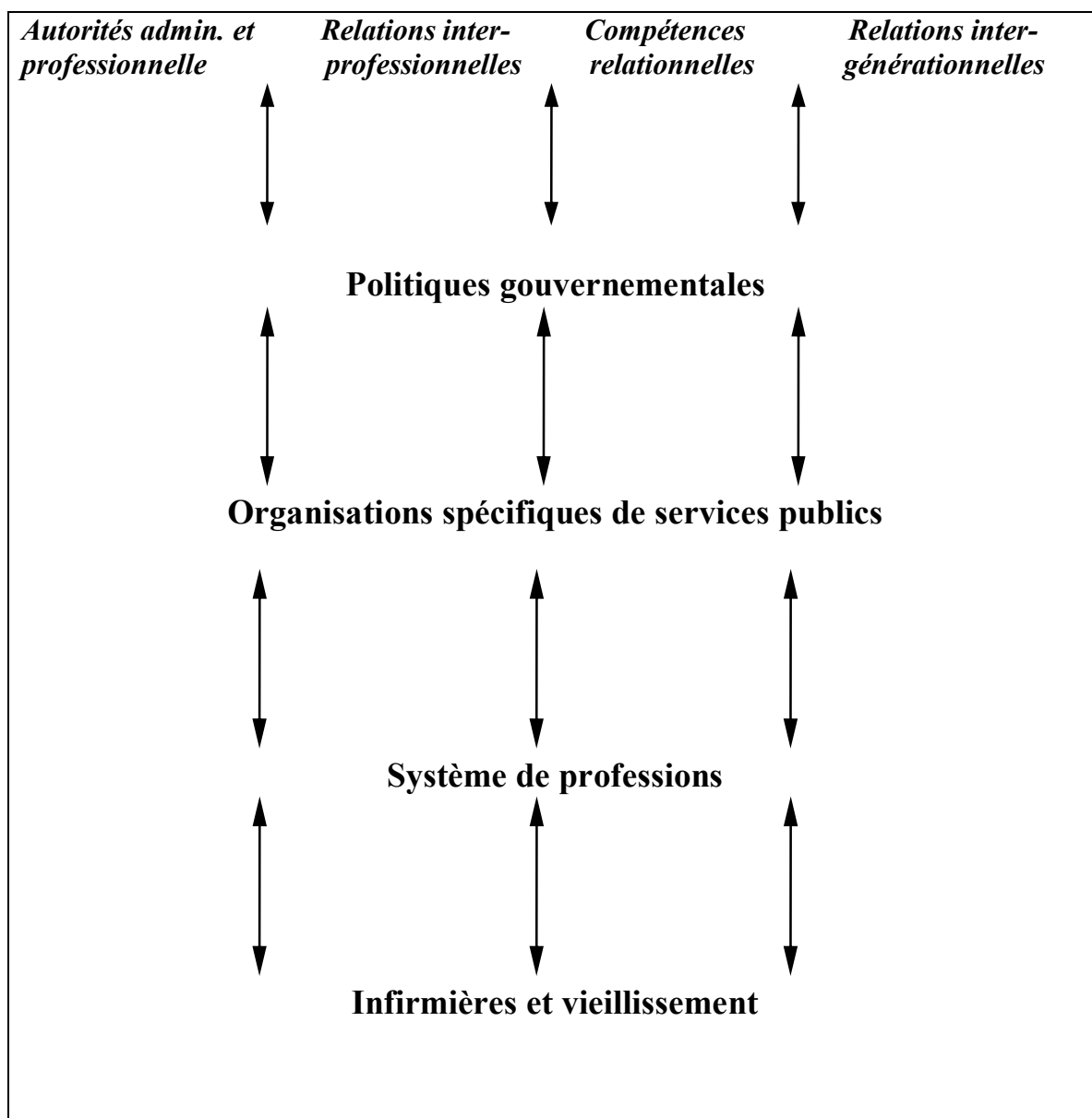
Pour bien saisir le rapport entre les éléments empiriques, nous les décomposerons en différentes catégories pour en faciliter ensuite la synthèse. Premièrement, nous tiendrons compte du rapport à l'activité professionnelle à travers l'*autorité administrative et l'autorité professionnelle*. Nous mettrons par exemple en évidence la mise en forme hétérogène de l'autonomie promue dans les orientations gouvernementales en matière d'organisation de soins, et particulièrement l'écart qui existe entre ces politiques et les activités professionnelles au sein de milieux spécifiques de pratique. Deuxièmement, nous prendrons compte de l'articulation complexe de l'activité professionnelle par le biais des relations entre les *catégories professionnelles* qui ont été documentées, y compris avec le personnel d'*agences privées* de placement du personnel. En regard à la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 90), nous analyserons entre autres comment la volonté de délégation d'actes professionnels traditionnellement réservés rencontre des obstacles dans sa mise en application selon les milieux de travail spécifiques, et même selon des quarts de

travail au sein d'un même « milieu de vie », dynamique qui ne peut être interprétée sans avoir recours à des clés de compréhension propres au système des professions, ou encore en ne tenant compte de l'expérience acquise par certaines professionnelles, par exemple les infirmières auxiliaires. Troisièmement, et en lien avec cette dernière piste d'analyse, nous analyserons et interpréterons notre objet de recherche à travers les données empiriques présentées en matière de *compétences relationnelles*, et particulièrement dans le rapport des professionnelles avec les personnes âgées en perte d'autonomie ou à leur famille. Déjà, nous avons clairement explicité les perceptions différenciées sur cette question. Par exemple, certains n'associent pas l'âge à des compétences relationnelles particulières, tandis que d'autres y voient au contraire un lien direct. Cette thèse fera le choix de plutôt mettre en évidence les compétences qui sont à tout le moins précisément recherchées chez les « infirmières pivot » afin d'analyser et d'interpréter la confrontation que génère ce nouveau modèle de pratique ou de coordination des services dans les activités professionnelles quotidiennes observées sur le terrain. Couplées à l'âge, par exemple, nous verrons comment des réaménagements concrets de temps et de poste de travail en vue de maintenir à l'emploi une infirmière d'expérience qui répond précisément à cette nouvelle définition de compétence sont littéralement court-circuités par une organisation spécifique du travail qui la cantonne, paradoxalement, à des soins infirmiers de base. Enfin, les *relations intergénérationnelles* seront abordées à titre de dernière dimension empirique.

Chacune de ces quatre dimensions empiriques que nous décomposerons seront ainsi analysées en fonction du système à quatre étages initialement présentés à la figure 1. Nous estimons qu'il s'agit d'éléments interreliés auxquels il revient à la thèse de donner du sens. Pour ce faire, ils ne peuvent donc être considérés de façon hermétique. Chacun des « étages » de ce système possède ses propres frontières poreuses à l'intérieur desquelles il nous sera possible d'analyser le regroupement des éléments empiriques que nous avons décomposés. À l'instar du système à étage, ces dimensions sont également liées entre elles. Ce travail d'analyse et d'interprétation

visé essentiellement à « rattacher » ces éléments. En somme, nous représentons schématiquement ce processus par la figure 3, qui suit :

Figure 3 : Schématisation du processus d'analyse et d'interprétation des données empiriques



6.1 Autorité administrative et autorité professionnelle

En regard au processus d'analyse et d'interprétation des données qui a été présenté (voir tableau 8), nous aborderons dans un premier temps l'influence des orientations gouvernementales en matière de santé et de services sociaux sur la question du rapport à l'autorité administrative et professionnelle.

Nous avons présenté dans la première partie de cette thèse les orientations gouvernementales dorénavant promues en matière de nouvelle gestion publique et leurs impacts sur l'État-providence institué (Merrien, 1999). La volonté de transformer la « régulation hiérarchique désuète » (Bégin *et al.*, 1999) de cette dernière s'est concrètement manifestée par un programme législatif robuste, dont la loi 25, parmi d'autres, campe sur une réponse aux besoins de la population par le biais de services qui sont souhaités plus près de leur milieu naturel (Proulx, 1998). Il importe de distinguer l'influence de ces importants changements sur le rapport du personnel soignant d'expérience à l'autorité administrative, que nous présenterons dans un premier temps, et à l'autorité professionnelle, par la suite.

Autorité administrative et modèle médical : l'injonction paradoxale

Le rapport de l'activité professionnelle à l'autorité administrative présente un portrait contrasté selon la philosophie de soins et de gestion que nous retrouvons non seulement sur des territoires donnés, mais aussi entre des établissements d'un même territoire. Cette hétérogénéité est marquée par les caractéristiques associées à la centralisation et à la division des postes, ainsi que par la façon dont la formalisation des comportements est appliquée, selon le style de gestion.

La présence d'une collaboration déjà établie entre des établissements ou encore le type de philosophie de soins promue ainsi que la façon dont elle le sera seront des éléments clés d'un rapport de l'activité professionnelle à l'autorité administrative qui

faciliteront ou non l'articulation concrète des politiques de santé et de services sociaux avec la pratique.

Au sein d'un même territoire (B), un style de gestion qui implique les salariées ainsi que leurs représentantes syndicales dans les nouvelles formes de prestations de services souhaitées favorisera l'engagement de celles-ci. La négociation avec les salariées, y compris celles d'expérience, et des représentantes syndicales « *sans agenda caché* » ont débouché sur un assouplissement des règles bureaucratiques. Cette démarche a par exemple permis de réfléchir à un redéploiement d'effectifs dans des unités ayant davantage de besoins, sans passer par des « affichages de postes » prévus aux conventions collectives ou encore de faciliter la création de postes de préposées aux bénéficiaires spécifiquement attirées vers l'animation d'activités, qui inclut une prime salariale. Ces deux exemples constituent des assouplissements de règles bureaucratiques qui, elles, sont sociologiquement liées à une formalisation rigide des comportements des employées.

Sur un autre territoire (A), l'analyse des données empiriques indique plutôt une articulation à géométrie variable du rapport entre l'activité professionnelle et l'autorité administrative entre les soins à domicile et un centre de soins de longue durée et les soins à domicile. Dans le premier cas, l'autonomie dont dispose l'employée d'expérience dans l'organisation de son travail à domicile lui confère un statut qui caractérise davantage les professionnelles, tel que l'a déjà souligné Lauzon (2003). Cette liberté est rendue possible en raison d'un cadre bureaucratique de type Bureaucratie Professionnelle (Mintzberg, 1982) qui se caractérise par un rapport souple à l'autorité administrative, ou encore l'absence d'une « double hiérarchie » (Tremblay, 2007a). Comme certaines données empiriques l'ont montré, ce type de rapport se manifeste par une réelle confiance envers la capacité des professionnelles à organiser leur travail quotidien à domicile, sans que le supérieur tente de les rejoindre fréquemment par téléavertisseur, mais en optant plutôt pour un message laissé sur leur boîte vocale du bureau. Dans le cas d'un centre de soins de longue durée du même territoire, une articulation plus complexe du rapport entre l'activité

professionnelle et l'autorité administrative donne davantage lieu à une structure qui ressemble plutôt à celle d'une Bureaucratie Mécaniste (Mintzberg, 1982), compte tenu de la présence d'une ligne hiérarchique dont les modalités administratives sont plus autoritaires.

Dans ce dernier cas, l'implantation des nouvelles orientations gouvernementales en matière de santé donne lieu à une approche milieu de vie d'une forme que nous qualifierons de paradoxale, tellement l'injonction l'est. D'une part, la plus grande autonomie chez les infirmières est exigée de façon formelle, et selon un style de gestion de type traditionnel qui, paradoxalement, peut limiter le développement de la carrière de l'individu (Larivière, 1994) – « (...) *on va le répéter, on va revenir à la charge, on va les développer dans ce sens là* » (ESD001) -, d'autre part lorsque certaines d'entre elles y souscrivent, tant pour leur vif intérêt que pour les indéniables compétences qu'elles détiennent (nous y reviendrons), l'organisation de travail qui leur est imposée les cantonne ensuite dans des soins de base, surtout suite à une réduction d'effectifs. Non seulement elles doivent alors participer à la gestion de l'équipe de soins mais, en plus, elles doivent assumer des tâches de base qu'elles n'effectuaient pas avant ces transformations. Les échanges qu'elles tiennent avec l'autorité administrative à ce propos ne débouchent que rarement sur des solutions :

« Écoutez. Mettez deux infirmières auxiliaires, ce qui va libérer l'infirmière qui va pouvoir faire son travail d'infirmière, quitte à enlever une préposée, il y en aurait juste quatre. (...) « La réponse est toujours la même : "Tu as sûrement donné trop à quelque part, et tu devrais couper là" » (EC003).

La recherche de Lapointe *et al.* (2000) avait déjà démontré que les changements dans le secteur de la santé pouvaient entraîner une rationalisation des soins infirmiers, mais pas « automatiquement », que l'exercice du jugement et d'une autonomie face aux situations complexes étaient possibles, bien que certaines unités de soins limitent cette liberté professionnelle. Le renforcement des équipes multidisciplinaires était alors identifié comme gage d'un plus grand succès. Rappelons que cette recherche avait été conduite en milieu hospitalier. En ce qui concerne spécifiquement les soins à

domicile, Bouvier (2009) et Lauzon (2003) ont mis en évidence la marge d'autonomie dont dispose le personnel soignant comparativement à celui qui œuvre en CHSLD. Nous retrouvons par ailleurs une organisation d'équipe de travail dans ce sous-secteur, malgré la capacité d'autonomie que les fonctions demandent.

Notre analyse sous l'angle du rapport à l'autorité administrative confirme des formes hétérogènes qui s'inscrivent tantôt dans une configuration propre à la Bureaucratie Professionnelle tantôt dans celle Mécaniste (Mintzberg, 1982), ce qui influence considérablement les attentes quant au rôle de l'infirmière dans un contexte d'implantation de nouvelles modalités de services, notamment la place de l'intervenant pivot. La philosophie de soins qui est privilégiée, le style de gestion qui sera utilisé pour gérer les transformations et/ou la différenciation que l'on retrouve entre les centres de soins de longue durée et les soins à domicile auront tous un impact sur le contrôle de l'autorité administrative sur les activités professionnelles. La principale contribution à la présente analyse est de mettre en valeur le paradoxe dans lequel se situent les transformations promues selon certaines organisations spécifiques de travail. Dans le cas du centre de soins de longue durée ayant historiquement adopté une philosophie de soins similaire au modèle médical, la configuration propre à la « chaîne de montage » de la Bureaucratie Mécaniste ne se manifeste pas tant par un contrôle serré du travail effectué par le personnel soignant sur le terrain que par une difficulté notable à tenir compte des capacités de communication et de coordination des professionnels d'expérience dans le but de renforcer l'équipe de travail, suite à une réduction d'effectifs.

Autorité professionnelle : confrontation du système administratif et d'un modèle de soins traditionnel

Rappelons que notre objet de recherche se situe dans un sous-secteur précis du système de la santé et des services sociaux, soit celui des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ce rappel est important pour comprendre que les rapports entre les catégories professionnelles dans le cadre de leur prestation de

« soins de santé » ne seront pas aussi hermétiques que ceux que nous retrouvons dans le domaine hospitalier, qui est associé, quant à lui, au « traitement des maladies » (Glouberman et Mintzberg, 2001). Mais ces considérations n'empêchent pas de retrouver dans le domaine de soins qui nous intéresse un rapport du personnel soignant d'expérience à l'autorité professionnelle qui se caractérise différemment selon le modèle de pratique promu.

Pourtant, nous pourrions être porté à croire que la place qui est dorénavant valorisée en matière de coordination des soins dans la mise en pratique des nouvelles orientations gouvernementales revient d'emblée à l'infirmière. Il est vrai que le qualificatif « intervenant pivot » et « infirmière pivot » est souvent utilisé sans distinction. La recherche de Philippe (2007) sur le thème de la gestion partagée dans un établissement de soins de longue durée québécois s'appuie également sur les configurations organisationnelles de Henry Mintzberg pour mettre de l'avant l'obstacle que constitue l'« autorité hiérarchique » dans l'expression du leadership des infirmières, ainsi que la « source de stress » que peut générer la perception défavorable des gestionnaires face à un mode de gestion participatif. Les infirmières mentionnaient alors que leurs responsabilités n'étaient pas « nécessairement en lien avec le travail infirmier », conclusion à laquelle Brunoro (2007) est également arrivée, à la suite de sa recherche dans des hôpitaux régionaux de la Saskatchewan, cette fois.

Dans le domaine des soins aux personnes âgées en perte d'autonomie, mais à leur domicile cette fois, la très large majorité d'infirmières cadres de Montréal que Bouvier (2009) a interviewées souhaitent que les infirmières qui interviennent à domicile exercent des fonctions de « gestion des cas », ce qui revient au rôle d'intervenant « pivot » auquel nous faisons allusion. À l'instar des résultats de sa recherche, nos conclusions indiquent également combien plusieurs d'entre elles ne veulent et/ou ne peuvent assumer ce rôle.

Les données empiriques de cette thèse soutiennent le point de vue de Glouberman et Mintzberg (2001) en ce qui concerne des frontières moins hermétiques entre les catégories professionnelles dans le domaine des « soins de santé ». En paraphrasant les propos d'un gestionnaire d'une unité de vie de centre de soins de longue durée, cités au chapitre 8, il serait en effet impensable que nous entendions du travail au sein d'un bloc opératoire qu'*à un moment donné, c'est la guerre entre les infirmières auxiliaires et les infirmières. Si l'une donnait des (traitements médicaux) à un (patient), l'autre devait également le faire, autrement le travail ne se faisait pas* »! Par contre, chose moins inusitée, nous avons retranscrit lors d'une observation *in situ* en compagnie d'une infirmière auxiliaire en CHSLD qu'*« il y a des médecins qui veulent absolument être accompagnés lorsqu'ils visitent des résidants. Parfois, ils ne savent même pas regarder une oreille »* (OIS020). Ces deux exemples confirment, à partir de notre terrain de recherche, la différenciation dont nous devons tenir compte entre l'hôpital et les soins en CHSLD ou à domicile, ces deux derniers sous secteurs étant également très différenciés.

En conservant cette posture analytique, il apparaît qu'une des pistes de solution aux problèmes de gestion du système de santé repose plutôt sur la capacité des professionnels à coordonner eux-mêmes leurs activités (Tremblay, 2007a; 2007b) ou de promouvoir des personnes qui ont l'énergie, le talent et les habilités pour assumer ces responsabilités, et ce, peu importe leur appartenance professionnelle (Mintzberg et Glouberman, 2001, c'est moi qui souligne). Sur cette question, les résultats de notre recherche indiquent un rapport différencié à l'autorité professionnelle selon les modèles de soins prônés par les divers établissements.

Sur le territoire B, le modèle « accompagnement des résidants » (*care*), contrairement à celui historiquement construit de « soins aux malades chroniques » (*cure*) que nous retrouvons sur le territoire A, se manifeste par une attention particulière à ce que les infirmières ne soient pas en position d'autorité professionnelle face aux autres catégories professionnelles, dont les préposées aux bénéficiaires. Bien qu'un rôle de « coordonnatrice » leur soit destiné, il est important de noter que l'autorité dans les

rapports interprofessionnels revient plutôt au « chef d'unité » qui est en fonction, et non à l'infirmière « pivot » :

« L'infirmière coordonne, si on veut, l'ensemble des activités. S'il arrive par exemple une situation de soir avec un employé, il y a une coordonnatrice qui est là, sa responsabilité est d'en référer au chef. Ce n'est pas à l'infirmière de l'unité qui va commencer à faire des problèmes » (EC006).

Ce mode de gestion tant des ressources humaines que des services rejoint l'idée déjà exprimée quant à l'importance, dans cette organisation, de « *sauvegarder l'initiative et la créativité qu'ont certains employés* » (EC006) dans le processus de continuité des services. Le territoire A n'a pas privilégié avec autant de clarté ce modèle. En somme, nous ne nous retrouvons plus ici dans un ordre hiérarchique tel le modèle médical, mais bien, rappelons-le, un « milieu de vie » dans lequel les services sont dispensés en regard à la *transformation* de la personne, et non plus du patient face à une experte dont les actes infirmiers visent le *développement* de l'individu malade (Cognet *et al.*, 2005; Saulnier, 2004).

Dans le même ordre d'idées, la thèse de Lamothe (1996) a mis en évidence des modes d'articulation fonctionnelle de la structure professionnelle avec le système administratif qui amènent des professionnels à redéfinir leur domaine de juridiction tout en développant une « pratique d'ensemble ». Ces changements tiennent aujourd'hui compte non seulement du rôle de l'État, notamment en matière de contrôle de coûts, mais aussi de la place du client, qui est mieux informé (également sa famille, nous y reviendrons). Bien que la thèse de Lamothe (1996) porte sur un hôpital de soins ultraspecialisés, il n'en reste pas moins que l'attention qu'elle porte au fonctionnement du système administratif et ses liens avec le centre opérationnel permet de mieux comprendre la confrontation que génère un modèle qui tient davantage compte des besoins spécifiques d'une personne dans son « milieu de vie » avec une approche de soins infirmiers plus traditionnelle. Cette confrontation se manifeste avec plus d'acuité sur le territoire A (CHSLD), compte tenu de son modèle médical historiquement construit. Au sein du territoire B (CHSLD), l'implantation de

l'« approche milieu de vie » permet d'expliquer, par exemple, l'attention et les ressources financières portées à développer le poste de préposées aux bénéficiaires animatrices de loisirs, que nous avons identifié au chapitre précédent.

La différenciation entre le cadre bureaucratique d'un CHSLD et celui d'un CLSC, ainsi que son impact sur l'autorité professionnelle, a déjà été démontrée par Lauzon (2003). Cette recherche avait déjà identifié que les infirmières qui travaillaient dans ce dernier endroit avaient un plus grand contrôle sur leurs tâches et sur les processus de décision contrairement aux infirmières auxiliaires qui travaillent en CHSLD, par exemple. Les conclusions sont alors bien connues : les premières auront une meilleure perception face à l'âge que les secondes, ce qui influencera, par conséquent, leur disponibilité à maintenir un lien à l'emploi malgré l'avance en âge, contrairement aux secondes. Nous y reviendrons plus loin. Bouvier (2009) a également souligné combien l'autonomie de pratique dans le secteur des soins à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie était le principal facteur d'attraction de la relève dans ce secteur.

En résumé, la différenciation qui marque les frontières entre les professionnels dans le cadre de leurs activités professionnelles selon leur cadre bureaucratique de pratique prend des formes hétérogènes dans le domaine des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en regard du modèle de soins historiquement construit, entre autres celui de la promotion de la santé ou du traitement médical (*cure*). Cette « sous-différenciation » à l'intérieur d'un même domaine d'activité professionnelle influence le rapport à l'autorité professionnelle. Bien que le rôle de coordination de soins tende à revenir d'office aux infirmières, et ce tant dans les CHSLD qu'en CLSC, il reste que le fonctionnement de leur structure professionnelle sera influencé par le style de gestion du système administratif, surtout dans leur rapport d'autorité professionnelle face aux autres membres du personnel soignant, dont les infirmières auxiliaires en CHSLD. Cette considération prend en compte la place centrale dorénavant dévolue au « client » dans les nouvelles orientations en matière de soins, qui privilégient davantage ses besoins spécifiques à l'intérieur de son milieu de vie. Ces changements

confrontent les activités professionnelles instituées, surtout si elles reposaient sur un modèle médical (*cure*) dans lequel la place de l'autorité professionnelle était davantage hiérarchisée.

Conclusion

Nous avons analysé l'influence des nouvelles orientations gouvernementales en matière de santé et de services sociaux sur le rapport entre l'activité professionnelle et les autorités administrative et professionnelle dans le domaine des soins de longue durée dispensés par du personnel d'expérience. Ces deux formes d'autorité auront une influence marquée sur l'activité professionnelle selon la philosophie de soins historiquement construite dans les milieux de pratique, et particulièrement le modèle médical, ce qui entraîne une « sous-différenciation » de ce rapport dans le domaine des soins de longue durée. Le style de gestion (traditionnel ou intégrateur) joue un rôle important dans la configuration que prendra l'autorité administrative en matière de soins : un style traditionnel limitera la capacité du personnel soignant à organiser lui-même son travail. En matière d'autorité professionnelle, les attentes dévolues aux infirmières à titre d'intervenante pivot complexifient les relations interprofessionnelles malgré l'influence qu'aura le style de gestion, particulièrement dans le cas de la confrontation entre le modèle médical (*cure*) et celui qui privilégie dorénavant une place centrale du client dans son milieu de vie (*care*).

6.2 Relations interprofessionnelles : enchaînement complexe des activités professionnelles

Nous avons abordé précédemment les rapports de l'activité professionnelle aux autorités administrative et professionnelle selon l'hétérogénéité du cadre bureaucratique de pratique. Nous développerons dans la présente section une analyse des relations entre les catégories professionnelles qui dépasse leurs rapports aux autorités précédentes, qui se concentrera sur l'organisation de leurs activités

quotidiennes, y compris celles qui impliquent le personnel provenant d'agences privées de placement.

Nous avons vu précédemment l'influence des nouvelles orientations en matière de santé sur les rapports aux autorités administrative et professionnelle, et précisément la place importante qui est dévolue à l'intervenant pivot dans une coordination de services qui tient compte des besoins spécifiques des clients et leur milieu de vie. Dans cette section, l'angle d'analyse tiendra plutôt compte du dispositif législatif qui a été mis en place en matière de modification du Code des professions dans le domaine de la santé, la Loi 90. Ce partage de champs d'expertise professionnelle a notamment précisé les actes que peuvent dorénavant accomplir les infirmières et les infirmières auxiliaires. Nous analyserons l'influence de cette orientation gouvernementale en matière de santé sur des organisations spécifiques de soins et leur influence sur les activités professionnelles. Nous verrons que la formalisation de ce partage entre les infirmières et les infirmières auxiliaires d'expérience présente, une fois de plus, des différences selon les quarts de travail. Cette analyse mettra en valeur, au-delà du cadre législatif formel d'activités professionnelles, un cadre informel dans lequel prennent forme des rivalités et des enjeux de revendications de territoire professionnel qui dépassent ces deux catégories de professionnelles, et y inclura également celle des préposées aux bénéficiaires d'expérience. De par leur cadre bureaucratique plus « fermé », c'est-à-dire un CHSLD qui présente un modèle médical historiquement construit (territoire A), ces relations interprofessionnelles se caractérisent de façon plus conflictuelle que dans le domaine des soins à domicile, en particulier dans les relations entre les infirmières et les auxiliaires familiales et sociales d'expérience.

Relations interprofessionnelles différenciées selon les quarts de travail : l'exemple d'un modèle de pratique en transformation

Peu après la Deuxième guerre mondiale, une organisation du travail qualifiée de *team nursing* a vu le jour en réponse à une pénurie d'infirmières. Ce manque d'effectifs ne

pouvait alors soutenir le modèle précédent qui, lui, prenait forme dans une Organisation scientifique du travail issue de la période fordiste. Cette pénurie d'infirmières d'après-guerre a alors favorisé une croissance d'effectifs plus importante, voir « exponentielle », d'infirmières auxiliaires intégrées au sein d'une organisation de soins alors axée sur le travail d'équipe, et qui a ensuite été dissoute dans l'« individualisation institutionnelle » de l'univers bureaucratique des années 70 (Petitat, 1989). Qu'en est-il aujourd'hui?

La « régulation hiérarchique désuète » (Bégin *et al.* 1999) que le programme législatif et politique actuellement en place transforme depuis les dernières années, et qui s'appuie très largement sur des considérations économiques, est issue d'un État providence dont le système de santé et de services sociaux a été mis en place suite aux travaux de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, durant les années 70. Selon Petitat (1989), l'univers bureaucratique qui en a découlé s'est avéré « statistique et instrumental », en plus de dissoudre les solidarités qui prévalaient au sein des équipes de travail (*team nursing*) précédentes.

La lecture de Goulet (2002) confirme l'autonomie de pratique reconnue aux infirmières depuis la création du système de santé public. Il importe toutefois de nuancer la portée de son propos à partir du sous-secteur bien précis dans lequel nous avons recueilli les données de recherche, surtout les CHSLD, mais aussi les CLSC (soins à domicile)⁴⁹. En CLSC, cette autonomie est manifeste (Lauzon, 2003). En CHSLD, le portrait est beaucoup plus contrasté. Dans un premier temps, nous dresserons ce portrait général pour ensuite nous concentrer sur les relations entre les infirmières et les infirmières auxiliaires d'expérience.

Mis à part le développement de certains secteurs pointus de soins en matière de vieillissement, tel que l'Alzheimer, le « repoussement des frontières vers une pratique avancée » (Goulet, 2002) que permettraient les réformes dans le secteur socio-

⁴⁹ Rappel méthodologique : le tableau 5 indique que 10 entrevues semi-dirigées sur 14 et 15 observations *in situ* sur 21 ont été effectuées en CHSLD, soit un peu plus de 70% du matériel qualitatif, si on exclut les 9 entrevues exploratoires et les 17 réunions.

sanitaire trouve difficilement son chemin dans les CHSLD dans lesquels nous avons collecté les données de recherche. Par contre, les obstacles que l'auteure identifie en ce qui concerne les frontières internes de la profession y font écho, surtout les restrictions budgétaires, l'attrait fragile d'une relève et l'émergence des agences privées de placement de personnel infirmier. En ce qui a trait, toutefois, à la structure hiérarchique et la domination des médecins qu'elle évoque, nous avançons que le portrait est beaucoup plus nuancé, et est influencé par le modèle de pratique qui a été historiquement construit au sein des établissements en question (médical vs « accompagnement »). De plus, comme l'ont indiqué Gouberman et Mintzberg (2001), le secteur de « soins de santé », dont font partie les soins de longue durée aux personnes âgées, ne favorise définitivement pas la domination des médecins que nous retrouvons dans des hôpitaux spécialisés.

En ce qui concerne notre objet de recherche, ces différents paramètres généraux ont donné lieu, avec le temps, à une place prédominante de l'infirmière qui s'est construite, comme nous l'avons vu dans le cas de celui du territoire A, sur un modèle médical. Nous retrouvons pratiquement un paradigme axé sur le développement de la personne malade par le biais des soins infirmiers (Cognet *et al.*, 2005; Saulnier, 2004). À cet endroit, 132 des 230 infirmières (y compris auxiliaires) sont âgées de plus de 45 ans (57,4%) : 49 infirmières et 83 infirmières auxiliaires. Contrairement au CHSLD du territoire B, qui comprend plutôt une surreprésentation de PAB, cette plus grande présence d'effectifs infirmiers donne lieu à des relations parfois conflictuelles.

En effet, les infirmières auxiliaires peuvent dorénavant y exercer des actes traditionnellement réservés aux infirmières, et particulièrement l'administration des médicaments ou les injections d'insuline. Elles possèdent ni plus ni moins la « licence » nécessaire pour accomplir leur « mandat » (Hugues, 1958). Par contre, nous retrouvons ce que Mintzberg nomme des « rivalités de cultures fortes » (Tremblay, 2007b), et qui se manifestent par une revendication de répartition

équitable des soins d'hygiène entre les deux : « *À un moment donné, c'est la guerre entre elles et les infirmières* » (ESD003).

Dans cette analyse, il importe de souligner que nous avons accompagné et interviewé une catégorie bien spécifique d'infirmières auxiliaires, soit celles dont l'expérience et la formation repose sur la « *veille école* », c'est à dire, comme l'a déjà noté Riedel (2009) à propos des infirmières de carrière qu'elle a rencontrées en groupes de discussion, qu'elles ont bénéficié d'une formation théorique (physiologie, médication, effets secondaires, etc.) et pratique (encadrement de stage rigoureux) pointue, souvent dispensée par des religieuses. « *Elles sont beaucoup plus habiles au niveau de leurs techniques* » (ESD006), et sont donc moins intéressées que les plus jeunes infirmières auxiliaires à dispenser certains soins, ceux d'hygiène par exemple.

Le passage, à partir des années 70, d'une individualisation des soins infirmiers propre au modèle médical vers un nouveau mode de régulation bureaucratique favorisant, aujourd'hui, une délégation des actes réservés dans le travail infirmier, suscite des relations interprofessionnelles conflictuelles entre les infirmières et les infirmières auxiliaires d'expérience, selon les données recueillies. L'analyse de ces tensions sous l'angle des quarts de travail permet de mettre en lumière le difficile passage de l'activité professionnelle à travers ce cadre bureaucratique en transformation.

Les données empiriques ont en effet montré qu'un nombre moins élevé d'infirmières sur les quarts de travail de soir et de nuit implique plus d'infirmières auxiliaires, qui bénéficient aussi d'une plus grande autonomie professionnelle, qui se caractérise par l'exercice d'actes traditionnellement réservés à l'infirmière. Également, les observations directes et entrevues semi-dirigées ont permis de mettre en exergue une pratique d'infirmières auxiliaires d'expérience qui dépasse, et de loin selon d'autres participantes, et parfois même des infirmières, le travail d'infirmières moins expérimentées, voire celles des agences privées de placement. Diverses « *revendications de frontières professionnelles* » (Abbott, 1988) sont alors formulées par les infirmières auxiliaires d'expérience, telles qu'une prime financière

lorsqu'elles doivent assumer des fonctions attitrées à l'infirmière ainsi que la possibilité d'exercer les mêmes actes réservés lors du quart de travail de jour, qui leur sont interdites compte tenu d'un nombre suffisant d'infirmières lors de cette plage horaire.

Petit (1989) nous apprend que l'apparition du *team nursing* lors de la pénurie d'infirmières de l'après-guerre, qui intégrait alors massivement les infirmières auxiliaires au travail d'équipe de soins, a entraîné une augmentation du nombre d'heures de soins au patient sous l'angle curatif (*cure*), surtout sous la forme d'actes techniques. Malgré l'actuelle pénurie d'infirmières, la tension entre les deux catégories d'infirmières que nous venons d'analyser doit également prendre en compte certaines caractéristiques historiques.

Contrairement à l'époque d'après-guerre, l'attention qui est aujourd'hui mise sur la gestion serrée des finances publiques est considérable, surtout depuis les années 90, période durant laquelle l'objectif enchâssé dans la loi d'atteindre un équilibre budgétaire a donné lieu au retrait massif de plus de 4000 infirmières du Réseau public de la santé. Ces départs à la retraite ont fragilisé les équipes déjà en place. De plus, les soins dispensés ne visent plus le *cure*, mais bien le *care*, et qui plus est, ces soins sont dorénavant axés sur les besoins spécifiques de la personne dans son milieu de vie, ce qui oblige les infirmières plus âgées à revoir les pratiques instituées, notamment face aux infirmières auxiliaires, mais aussi aux médecins :

« Le milieu de vie est un rêve, j'espère qu'on y arrivera. Mais contre ça, il y a tout le fonctionnement des syndicats et de toutes les habitudes qui furent créées à l'intérieur. C'est presque impensable de croire que les infirmières vont laisser dormir une bénéficiaire le matin si c'est ce qu'elle veut »

(ESD002).

Le cadre de pratique sur lequel reposent ces activités professionnelles historiquement apprises est en transformation et, par le fait même, peut générer chez elles une

position défensive, tant du point de vue de l'acteur (Friedberg, 1988) que du groupe professionnel dans son entier (Abbott, 1988).

Dans un contexte de pénurie d'infirmières et de transformation des modalités de pratique de soins, et particulièrement la Loi 90, le rôle confié aux infirmières auxiliaires n'est pas sans rappeler celui qui prévalait dans le modèle de *team nursing* d'après-guerre. Par contre, la nette prédominance des « soins de santé » (*care*) en matière de soins de longue durée s'inscrit aujourd'hui à l'opposé de la tendance au « traitement des maladies » (*cure*). Si l'autonomie de pratique dans ce domaine de soins est nettement plus développée lorsqu'ils sont dispensés à leur domicile, celle qui est revendiquée par les infirmières auxiliaires en milieu institutionnel rencontre des obstacles qui se manifestent avec force lorsqu'ils sont analysés sous l'angle des quarts de travail, celui de soir et de nuit permettant à ces dernières une plus grande liberté d'action qui n'est reconnue ni financièrement ni sur le quart de travail de jour. La tension qui en résulte s'expliquerait par une protection par les infirmières d'expérience de leurs frontières professionnelles en transformation.

Reconnaissance interprofessionnelle, mandat et licence : frontière étanche entre les infirmières d'expérience et les préposées aux bénéficiaires

L'analyse de relations interprofessionnelles que nous avons développée précédemment ne concerne pas uniquement les infirmières et les infirmières auxiliaires d'expérience. Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, les observations *in situ* ont également mis en évidence une prise en compte insuffisante des opinions formulées par des préposées aux bénéficiaires à d'autres professionnelles, notamment les infirmières (ex. apparition d'une rougeur à traiter sur l'épiderme d'un résidant). Contrairement à l'analyse précédente, cette relation interprofessionnelle ne peut s'expliquer cette fois sur la base de « rivalités de culture fortes » (Tremblay, 2007b; Glouberman et Mintzberg, 2001), mais plutôt sur une discontinuité des services induite par les transformations des dernières années à laquelle se rattache une confiance moins grande du public à leur endroit.

Comme nous l'avons explicité plus tôt, l'importance des effectifs de PAB varie d'un établissement à l'autre en regard du modèle de soins infirmiers promu. Mais il arrive toutefois que le nombre d'heures/soins évalué pour une personne ne « *reflète pas toujours ses besoins* ». Ce point de vue a été corroboré non seulement par les observations *in situ* mais également par les entrevues semi-dirigées, tant avec des membres de la direction que ceux d'organisations syndicales. Rappelons aussi que nos données quantitatives indiquent que huit répondantes sur 10 sont d'accord pour dire que les transformations du système de santé ont un impact négatif sur leurs conditions de travail; que plus de la moitié (57,2%) estiment que leurs commentaires sont moins recherchés dans leurs discussions avec leurs collègues ou supérieurs⁵⁰. Les résultats de cette triangulation des données peuvent s'expliquer, entre autres, par l'impact que constitue l'émergence des troubles cognitifs dont est atteint une large majorité de la clientèle sur l'activité professionnelle du personnel soignant d'expérience. Ce dernier a moins le temps d'interagir avec les personnes âgées en perte d'autonomie. Mais il y a aussi les changements structurels des dernières années à considérer, dont les réductions massives d'effectifs.

Dans un établissement de soins de longue durée du territoire A, 200 « *renouvellements* » (ESD001) de lits s'effectuent annuellement sur un nombre total de 409 places, soit près de 50%, en raison du décès du résidant ou de son transfert dans un autre établissement. Dans un de ceux du territoire B, il y a « *80-85% de problèmes de santé d'ordre cognitif à des degrés plus ou moins avancés* » (EC006), ce qui influence les activités de toutes les catégories professionnelles, y compris, bien entendu, celles des infirmières.

Dans ce contexte de transformation du cadre bureaucratique, à laquelle est associée l'émergence de nouvelles problématiques de santé, les infirmières voient leurs

⁵⁰ Bien que huit répondantes sur dix affirment, du même souffle, que leurs compétences sont reconnues par l'organisation; et que 78,6% perçoivent que leurs compétences sont sollicitées et prises en compte par leurs supérieures.

responsabilités s'intensifient à un point où il leur est alors impossible d'assumer pleinement le nouveau rôle souhaité en matière de coordination de soins. En nous appuyant sur la recherche de Villeneuve (2005), les soins de base que les infirmières sont appelées à donner en plus de leur rôle d'intervenante pivot peuvent être ici associés à du « travail compensatoire » qui interfère avec leurs fonctions de coordination, ou encore une « surutilisation » des infirmières (O'Brian-Pallas *et al.*, 2005). Les tensions entre les infirmières et les préposées aux bénéficiaires (PAB) que peut générer cette intensification des activités dans le domaine de soins de longue durée ne pourraient donc être uniquement expliquées sur la base de « revendications de frontières professionnelles » (Abbott, 1998), tel que le soutient l'analyse précédente, mais plutôt sur l'impossibilité pour les infirmières d'assumer cette double fonction.

La prise en compte de l'organisation spécifique de travail des infirmières d'expérience montre que leurs activités professionnelles « compensent » en effet le manque de ressources au sein des unités de milieu de vie dont elles ont la responsabilité de coordonner les services. L'analyse des observations directes, des entrevues semi-dirigées et celle de l'organisation du travail d'un établissement (CHSLD territoire A) indique qu'un milieu de vie comprenant 28 résidents est desservi par l'équipe de jour suivante, en semaine :

- 1 infirmière;
- 1 infirmière auxiliaires; et
- 5 préposées aux bénéficiaires.

Comme nous le verrons plus en détail à la section suivante, le remplacement d'une employée subitement absente par une personne d'une agence privée de placement vient accroître un niveau de travail infirmier « compensatoire » qui est déjà élevé, au point où les activités de gestion dévolues aux infirmières salariées ne peuvent être pleinement accomplies.

Même s'il ne s'agit pas ici d'un secteur de « traitement des maladies » (Glouberman et Mintzberg, 2001), il reste néanmoins que les conclusions de recherche en milieu hospitalier sur l'absence de contrôle des infirmières sur leur environnement de pratique (Brunoro, 2007) rejoignent en partie celles de notre terrain de recherche, qui sont d'ailleurs également corroborées par d'autres en milieu de soins de longue durée qui indiquent les difficultés d'implantation d'une gestion partagée des soins (Philippe, 2007) ou d'une meilleure communication avec les familles (Dubé, 2005). Une des contributions de cette thèse est de mettre en évidence l'influence de ces transformations du cadre bureaucratique sur l'activité professionnelle du personnel soignant qui a plusieurs décennies d'expérience, dont plusieurs PAB font partie.

La délégation d'actes réservés que nous avons analysée à la section précédente dans le cas de deux catégories d'infirmières rencontre des limites en ce qui concerne les préposées aux bénéficiaires. Les observations *in situ* des activités de ces dernières ont mis en évidence l'impact de leur grande proximité avec les résidants sur les relations avec les collègues. Nous avons également vu à la section précédente que leur rôle au sein de certains établissements est renforcé lorsqu'il s'appuie sur un modèle de pratique qui repose davantage sur l'« accompagnement des résidants », par exemple l'animation d'activités de loisirs, que sur un modèle médical. Mais dans tous les cas, leur « licence » (Hugues, 1958) ne leur permet pas d'accomplir des actes réservés aux deux catégories d'infirmières, ce qui influence leurs relations avec les infirmières.

La proximité manifeste de la PAB d'expérience avec le résidant, particulièrement dans le cadre des soins d'hygiène, qu'ils soient complets ou partiels, l'amène en effet à prendre en compte des symptômes reliés à sa santé qui nécessitent, selon leur point de vue, des interventions médicales qui ne sont pas toujours faites, et ce, malgré des avis en ce sens. L'exemple patent de rougeurs épidermiques dont la PAB constate l'absence de traitement plusieurs jours après en avoir pourtant saisi l'infirmière nous a été rapporté à quelques reprises. Pour certains, cette absence de « reconnaissance » prend même la forme d'une sévère critique qui rejoint les idées de Larson (1977) à propos la « stratification sociale » :

« Ce n'était pas à moi comme PAB à appliquer une crème médicamenteuse aux patients, c'était aux infirmières. Mais elles ne voudront pas le faire. Elles ne répondront même pas à la cloche, c'est toujours nous qui devons le faire. Alors moi je leur disais que je ne pouvais pas appliquer la crème car elle était médicamenteuse et que, par conséquent, je ne peux donner un produit sous prescription, c'est une tâche qui revient aux infirmières...Les infirmières, c'est chiant! Il y a du snobisme » (EEX007).

Ce type d'insatisfaction de la part des PAB d'expérience ne prend toutefois pas la forme de revendication de frontières professionnelles que nous avons décrite plus tôt en ce qui concerne les infirmières et les infirmières auxiliaires. Malgré les difficultés du travail, les PAB nous ont exprimé leur « foi » (Hugues, 1958) en leur pratique. Du matériel qualitatif en ce sens nous a également été laissé dans la section « commentaires » du sondage, huit répondantes sur dix affirment tout de même, toutes catégories professionnelles confondues, que leurs compétences sont reconnues par l'organisation, que 78,6% perçoivent que leurs compétences sont sollicitées et prises en compte par leurs supérieures. Malgré tout, les données qualitatives recueillies lors des observations *in situ* couplées à celles des entrevues semi-dirigées indiquent également leur perception à l'effet que le public manquerait de confiance à leur égard, en particulier lorsque des cas d'abus à l'endroit de personnes âgées vivant en milieu institutionnel font la manchette de journaux, perception qui est également partagée par des infirmières auxiliaires : *« Parfois, les gens ne comprennent pas ce que nous vivons. La perception sociale de notre travail est mauvaise. C'est rendu que je suis gênée de dire ce que je fais comme travail » (OIS005).*

Le travail à domicile des AFS d'expérience ne rencontre pas les mêmes irritants. Bien au contraire, leurs avis sont recherchés et pris en compte par l'équipe interdisciplinaire compte tenu de l'environnement domiciliaire dans lequel la prestation de services est donnée. Concrètement, au milieu institutionnel où gravite au même moment un nombre important de salariées, le milieu de vie naturel de la personne âgée signifie des préoccupations qui s'articulent différemment, telles que la

présence d'abus (physique ou vol) de la part de proches, de la régularité de la prise de médicaments, de signes de chutes inavouées, etc. Leur travail n'est pas « *seulement de leur donner le bain* », mais nécessite d'observer tous ces détails dans un cadre de travail où les intervenantes bénéficient différemment du soutien de l'équipe. Elles possèdent en quelque sorte le pouvoir du « portier » (Friedberg, 1988) dans le contrôle des incertitudes associées au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

Les tensions qui sont observées entre l'infirmière et la PAB d'expérience ne sauraient s'expliquer par des « rivalités de cultures fortes » (Tremblay, 2007b; Glouberman et Mintzberg, 2001), à l'instar de celles entre les infirmières et les infirmières auxiliaires d'expérience, mais plutôt par une intensification du « travail compensatoire » (Villeneuve, 2005) de l'infirmière d'expérience, dont l'émergence de problématiques complexes, telles que les troubles cognitifs, et le contexte de pénurie de main-d'œuvre ou d'absence de contrôle sur son environnement (Brunoro, 2007; Philippe, 2007; Dubé, 2005). Aussi, l'absence de revendication de frontières professionnelles chez les PAB, dans le but d'acquiescer notamment une « licence » (Hugues, 1958) nécessaire à l'accomplissement de certaines activités de soins, semble s'expliquer par une perception mitigée de la confiance du public à leur égard. Nous retrouvons une plus grande autonomie de pratique, et de pouvoir, chez l'ASF.

Laisser-faire étatique en matière d'agences privées de placement du personnel : une brèche qui s'accroît à la frontière de l'État providence et du marché privé

Nous avons vu précédemment combien les orientations gouvernementales en matière de santé ont un impact sur l'organisation de soins et confrontent les professionnelles qui y travaillent, toutes catégories confondues, générant des tensions aux frontières de leurs relations. Nous nous sommes constamment attardés sur les infirmières qui constituent l'objet de recherche, soit les plus expérimentées. Nous avons vu combien le modèle qui structure leurs pratiques va influencer les rapports non seulement entre elles, mais aussi face à leur propre identité professionnelle. Dans cette section, les

frontières seront encore plus « brouillées » (Laville, 2005) car nous intégrons dans la dynamique analysée jusqu'à présent les agences privées de placement du personnel.

La profonde remise en question de la régulation bureaucratique issue des années 70 repose depuis plus de quinze ans sur d'importantes restrictions budgétaires qui se sont notamment illustrées par la mise à la retraite de plus de 4000 infirmières du Réseau de la santé et des services sociaux. Ces changements radicaux « fissurent » (Laville, 2005) l'hermétique cloisonnement qui prévalait entre l'appareil d'État, ici incarné par son réseau public de santé et de services sociaux, et le marché privé.

Selon Merrien (1999), l'émergence de membres du personnel provenant d'agences privées constitue une stratégie supplémentaire de réforme du modèle bureaucratique de type wébérien incarné par ses règles légales, sa hiérarchie ou sa rémunération en fonction de l'ancienneté. Si les orientations gouvernementales auxquelles nous avons fait allusion jusqu'à présent s'appuient sur des dispositifs législatifs clairement identifiés, par exemple la Loi 25 ou la Loi 90, l'émergence des agences privées de placement, elle, n'est encadrée par aucune balise législative, si ce n'est le respect de la Loi sur les services de santé et services sociaux ou encore celle qui se rapporte au Code des professions. Le laisser-faire étatique sur cette question est patent. À titre comparatif, nous retrouvons cette même intrusion du privé à l'intérieur des frontières du cadre bureaucratique public dans le domaine de l'hébergement des personnes âgées. Tout comme l'évolution que dresse Charpentier (2001) de l'intensification et la complexification du secteur de l'hébergement des personnes âgées depuis les années 80, et particulièrement les coupures budgétaires suivies des réformes Côté et Rochon, les années 90, sous le gouvernement Bouchard, et les dernières suites aux élections du gouvernement Charest, ont profondément marqué l'organisation des soins au Québec.

En matière de services aux personnes âgées en perte d'autonomie, les données que nous avons recueillies ont soulevé de nombreuses préoccupations sur l'impact de l'arrivée du personnel soignant provenant d'agences privées au sein des

établissements participants à la recherche. Si l'auteure précédent écrit qu'il « s'avère difficile quant à nous de porter un jugement global sur la qualité du réseau privé compte tenu de l'importante disparité entre les ressources (en matière de résidences) » (Charpentier, 2001, p. 183), nous estimons, quant à nous, plus facile de porter un jugement global sur l'impact des agences privées sur le personnel d'expérience que nous avons rencontré : leur émergence ne favorise pas un cadre d'activités professionnelles de qualité. Nos données quantitatives sont sans équivoque : huit répondantes sur dix perçoivent que le fait que l'établissement ait recouru à du personnel en provenance d'agences privées contribue à alourdir leur travail. D'ailleurs, comme nous l'a dit un partenaire de la recherche (Directeur des ressources humaines) dans le cadre d'une réunion :

« Il n'existe pas de problème de pénurie d'infirmières. Les infirmières sont bel et bien disponibles, mais elles se trouvent dans les agences de placement. Ces agences poussent comme des champignons. À chaque semaine nous en apprenons l'existence d'une nouvelle. En fait, le problème n'en est pas un de pénurie, mais bien d'organisation de travail. »

Ce commentaire est fort de sens lorsque nous l'analysons avec les dernières statistiques de l'OIIQ sur ce sujet. On y indique que l'une des plus fortes croissances du nombre d'infirmières se concentre au niveau des agences privées, soit près de 60% (OIIQ, 2008b), et ce, surtout à Montréal, là où nous avons effectué cette recherche. Cette dernière ville, ainsi que celle de Laval, regroupent pratiquement la moitié des effectifs infirmiers d'agences. En 2007, un peu plus de 1900 infirmières disaient travailler pour le compte d'une agence au Québec. Près de la moitié (46%) ont mentionné avoir travaillé dans le domaine de la gériatrie/CHSLD/soins de longue durée, même si la satisfaction y est moins élevée que dans d'autres domaines de soins, et 29% en soins à domicile au cours des 12 mois précédant la collecte de données, soit les taux les plus élevés (OIIQ, 2008a).

De plus, rappelons que 2667 infirmières dans le domaine de la gérontologie sur les 8 428 à travers le Québec travaillent à Montréal, soit trois sur dix (OIIQ, 2008a).

Nous constatons qu'il s'agit d'un chiffre à la baisse comparativement aux données de 2005 qui indiquaient alors que près de 10 000 infirmières travaillaient dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (OIIQ, 2005b). La fusion des établissements, la création des CSSS et les nouvelles catégories statistiques de l'OIIQ ne permettent plus d'utiliser les mêmes bases de comparaison. Il est tout de même permis de se prononcer sur un déplacement de la main d'œuvre et plus particulièrement vers les agences privées de placement.

Une des analyses précédentes était de mettre en lumière la « surutilisation » (O'Brian-Pallas *et al.*, 2005) ou l'intensification actuelle du « travail compensatoire » (Villeneuve, 2005) de l'infirmière d'expériences attirée à des fonctions d'intervenantes pivot dans une unité de soins de longue durée montréalaise. En plus de faire face à l'émergence de problématiques complexes, telles que les troubles cognitifs, mais aussi la fusion d'établissements ou la réduction des effectifs, cette dernière ne peut assumer pleinement un nouveau rôle qui s'inscrit pourtant en droite ligne avec les nouvelles orientations en matière de soins (coordination des services, liens avec la famille, élaboration de plans cliniques, etc.), compte tenu, notamment, des soins de base qu'elle doit dispenser (distribution de médicaments), surtout en contexte institutionnel. Et nous analysons un facteur supplémentaire de travail compensatoire, soit la quasi *supervision directe* (Mintzberg, 1982) d'employées provenant d'agences de placement.

Les données qualitatives que nous avons recueillies ont en effet montré deux exemples types de confrontation qui existent entre les activités professionnelles établies dans un cadre de soins de longue durée – le dialogue constant et la connaissance fine de l'histoire et des habitudes de la personne âgée - et la venue des dispensatrices de soins étrangères à ce milieu. Elles sont habituellement mal perçues, et un rôle de protection à l'égard de la personne âgée se rajoute alors aux activités professionnelles des infirmières d'expérience. Par contre, il semble que la mauvaise perception à l'endroit des employées d'agence de placement tend à s'estomper.

En effet, un sondage commandé par l'OIIQ (2008a) sur le phénomène des agences de placement deux ans après notre collecte de données indiquent que la presque totalité (96%) des infirmières qui travaillent pour le compte d'une agence de placement se dit « très bien/plutôt bien » acceptées dans les établissements où l'agence les affecte.

La professionnalisation du travail infirmier s'est inscrite dans un bouleversement du rapport de domination instituée, en particulier face aux femmes, et s'est caractérisée par et dans le développement d'un État providence public et syndiqué. Nos données ont mis en valeur les difficultés qu'ont les jeunes infirmières, en particulier les mères, à intégrer un emploi « protégé » au sein du Réseau de la santé, en raison surtout des horaires qui leur sont offerts (soir, nuit et/ou la fin de semaine) ou de l'absence de choix de vacances qui coïncident avec le calendrier scolaire. Le personnel soignant d'expérience que nous avons sondé est bien au fait de ces obstacles. Malgré tout, la majorité des répondantes (92,6%) veulent garder leurs acquis sociaux même si elles savent que la prochaine génération de travailleuses n'aura pas les mêmes avantages. Il n'apparaît donc pas surprenant que les jeunes infirmières se tournent alors vers les agences privées de placement.

Plus de la moitié (57%) des infirmières qui travaillent au sein d'une agence ont moins de 39 ans. Un peu moins de la moitié (48%) ont moins de 10 années d'expérience. Elles font principalement ce choix pour des raisons d'horaire de travail, surtout chez les infirmières parents, et de conditions de travail plus intéressantes. Les soins à domicile sont particulièrement prisés pour ces deux raisons, les infirmières y travaillent de jour en plus d'y recevoir davantage d'orientation (OIIQ, 2008a).

Enfin, comme les données empiriques présentées au chapitre 8 l'indiquent, un rapport paradoxal est présent chez les répondantes d'expérience que nous avons rencontrées : si elles expriment un haut taux d'insatisfaction à l'endroit des agences de placement, un certain nombre d'entre elles envisagent néanmoins d'y travailler lors de leur prise de retraite, principalement pour bonifier leurs revenus de retraite ainsi qu'obtenir un horaire flexible. À cet égard, les dernières données de l'OIIQ (2008a) confirment nos

observations : nous y retrouvons une infirmière sur cinq (21%) âgées de plus de 50 ans, et une sur quatre (25%) ayant plus de 20 années d'expérience. Le revenu d'appoint à la retraite est « assez ou très important » pour 76% d'entre elles.

Dans le même ordre d'idées, les données de l'OIIQ indiquent que ce sont celles qui travaillent par le biais d'une agence qui sont les mieux acceptées dans les milieux de travail, surtout si elles acceptent de faire des heures supplémentaires. L'OIIQ (2008a) en conclut qu'« une combinaison expérience/support pour atténuer les surcharges de travail semble favoriser l'acceptation des infirmières d'agences ». Nous observons donc un changement de perception d'un nombre significatif d'infirmières d'expérience à l'endroit des agences de placement qui se manifeste par un choix d'intégrer ces agences lors de la prise de leur retraite.

Ce double mouvement des effectifs infirmiers au sein du réseau public de la santé et des services sociaux, à l'entrée et la sortie, en croissance, bien que marginal – 3,5% des infirmières qui y œuvrent (OIIQ, 2008a) – illustre un nouveau rapport à la dimension économique et aux appartenances collectives qui entraîne une fragmentation de l'édifice du collectif infirmier construit durant les Trente-Glorieuses, et qui s'est ancré dans le « salariat » de l'État-providence. N'est-ce pas alors le cadre bureaucratique dans lequel se déroulent les activités professionnelles qui est « disqualifié »? Si tel est le cas, une réflexion sur les services offerts aux individus poussés vers les « zones de vulnérabilité », dont les femmes très âgées (Charpentier, 2001), est plus que nécessaire.

En somme, la confrontation de nos résultats de recherche avec les plus récentes données en matière d'agences privées de placement du personnel infirmier confirme le rapport qu'entretiennent les infirmières d'expérience face aux « fissures » (Laville, 2005) encore plus prononcées des frontières entre l'État/public et le marché/privé. L'analyse de cette dynamique permet de mettre en lumière la confrontation entre l'État providence et l'idéologie néolibérale, en particulier l'érosion des formes claires de solidarités et de protections sociales, face aux jeunes infirmières surtout, qui ont

marqué la place de l'État. Le laisser-faire étatique à ce chapitre accentue la transformation du cadre bureaucratique public, les tensions aux frontières professionnelles et entraîne de nouvelles formes d'entrée et de sortie des effectifs au sein du Réseau public de la santé et des services sociaux. L'intensification que ces transformations génèrent sur les activités professionnelles des infirmières d'expérience, dont celle de protectrices des personnes âgées vulnérables, font basculer au moins 20% d'entre elles vers les agences privées (OIIQ, 2008a) une fois qu'elles sont éligibles à la prise de retraite, selon les critères établis par leur régime public conventionné. Ce phénomène est particulièrement présent à Montréal. L'expression du talent des infirmières d'expérience par le biais du marché privé s'avère mieux perçue par les équipes en place, surtout si ces infirmières expérimentées d'agences privées leur offrent un support sous forme de temps supplémentaire.

Conclusion

L'articulation complexe du cadre bureaucratique en transformation sur les activités professionnelles met en valeur une intensification des rapports interprofessionnels dont l'autonomie de pratique et la protection ou le développement de frontières professionnelles constituent des axes d'analyse révélateurs. La pénurie d'infirmières et les nouvelles modalités de soins infirmiers qui sont dorénavant promues présenteront des formes différenciées selon les modèles de pratique déjà institués. Bien que le *team nursing* d'après-guerre constitue une base comparative inspirante dans le développement des soins de santé (*care*) actuellement encouragé, en particulier la place centrale du client dans son milieu de vie, il n'en reste pas moins que la « surutilisation » (O'Brian-Pallas *et al.*, 2005) ou le « travail compensatoire » (Villeneuve, 2005) que génèrent ces changements sur l'activité professionnelle des infirmières d'expérience font basculer un nombre significatif d'entre elles vers les agences privées de placement du personnel au moment de la date d'éligibilité à la retraite, nous y reviendrons plus loin, ce qui accroît les « fissures » (Laville, 2005) de la frontière entre les services publics et ceux du marché privé.

6.3 Les compétences relationnelles

Les transformations bureaucratiques axées sur le milieu de vie (Proulx, 1998) s'appuient sur de nouvelles attentes en matière de compétences dans le cadre des activités professionnelles. Cette section vise à analyser l'influence de ces changements sur une catégorie bien précise des dispensatrices de soins, soit celles qui ont acquis plusieurs décennies d'expérience auprès de personnes âgées en perte d'autonomie. Les attentes en matière de services qui tiennent davantage compte des besoins spécifiques de la personne, de son histoire ou de ses habitudes, selon une perspective de milieu de vie, confrontent les formes déjà instituées de services en regard aux modèles de pratique jusqu'alors privilégiés par les organisations où elles travaillent. Dans cette section, nous analyserons essentiellement l'influence des nouvelles attentes sur le personnel soignant d'expérience à partir des éléments conceptuels sur les notions de qualification et de compétence présentés en première partie.

Cette analyse ne s'inscrit pas dans une perspective de sociologie du travail « pure », champ disciplinaire riche en débats sur la notion de qualification et de compétence. Notre position se veut plutôt interdisciplinaire et appliquée, c'est-à-dire qu'elle s'intéresse aux dimensions pratiques d'une organisation des services à la population, sous l'angle de leur pertinence sociale. Les stratégies méthodologiques mises en place dans le but de comprendre notre objet de recherche ont permis de recueillir des données au plus près possible du sens que donne la personne à son activité professionnelle. Nous avons aussi fait des liens avec le cadre bureaucratique dans lequel elle se manifeste afin de mettre en évidence l'interdépendance des dimensions informelles et formelles (Friedberg, 1997).

Comme l'a affirmé Gadrey (1996) à propos de l'improbabilité d'« industrialiser » les services professionnels, il est pratiquement impossible d'observer toutes les interactions nécessaires à la collecte d'informations du professionnel dans sa relation

avec un client. Notre démarche n'a pas la prétention d'y être parvenue, et encore moins de standardiser la « réalité » des professionnels dans leur processus de résolution des problèmes. Là n'était le but de la démarche. C'est toutefois à travers la prise à compte des « tâches et des conduites complexes » (Montmollin, 1986) accomplies par le personnel d'expérience que nous avons porté attention à la confrontation des routines déjà établies dans le cadre de ses activités avec les nouvelles attentes prescrites en matière de modalités de prestation de services.

Pour les fins d'analyse, nous mettrons en évidence deux visions associées à l'articulation complexe des transformations du cadre bureaucratique sur l'activité professionnelle du personnel soignant d'expérience : 1) « nouvelle organisation productive » (Zarifian, 2001) et 2) « nouvelle forme de domination » (Dugué, 1994). En tenant compte de l'interdépendance des acteurs, notre conclusion dépasse le clivage qui oppose ces deux paradigmes. Nous verrons que les transformations en cours, ainsi que l'environnement complexe dans lequel elles se manifestent, permettent un « enrichissement de la qualification de base » (Le Boterf, 2005) des professionnelles, surtout à travers leurs rapports à l'organisation, aux personnes en perte d'autonomie et aux familles de ces dernières. Toutefois, cet enrichissement présente des formes variées qui dépendent du cadre bureaucratique et du style de gestion.

1) Nouvelle organisation productive

Un des mérites des travaux de Laville (2005) et de Gadrey (1996) est de mettre en perspective la complexité du secteur des services, pris au sens large. À propos du secteur de la santé, Gadrey (1996) souligne l'importance de ne pas analyser ses performances en empruntant les traditionnels indicateurs au secteur industriel, mais plutôt de considérer la complexité des diagnostics qu'on y retrouve. L'exemple des *Diagnosis related groups* illustre son propos sur la pertinence de considérer divers indicateurs (durée de l'hospitalisation, coûts, etc.) dans le but de mieux mesurer la performance des services qui sont dispensés. Il nous apparaît important de rappeler

que l'origine de ce concept étatsunien provient d'un milieu hospitalier soucieux de réduire et d'uniformiser ses coûts, surtout sous la pression des organismes responsables des paiements, telles les compagnies d'assurances. Cette précision permet de distinguer le secteur hospitalier de celui des soins de santé, tels les centres de soins de longue durée.

Les formes différenciées explicitées jusqu'à présent à propos de l'activité professionnelle selon le cadre bureaucratique en transformation mettent en évidence la pertinence de nommer ces deux dimensions au pluriel, c'est-à-dire : d'activités professionnelles dans des cadres bureaucratiques en transformation.

En effet, comme nous l'avons vu précédemment, le système de santé est également différencié. L'exemple caricatural que nous proposent Mintzberg et Glouberman (2001) du médecin dans sa « grande divinité » (*great divine*) durant son intervention chirurgicale, et dont l'activité professionnelle répond à une standardisation des résultats, c'est-à-dire un nombre déterminé de greffes durant une période de temps donné, et celui qui entretient une relation de plus grande proximité, moins hermétique, avec l'infirmière dans un centre de soins de longue durée, illustre le décalage qui sépare les indicateurs de performance de ces deux secteurs : « la médecine n'est pas un soin de santé⁵¹ », nous disent Mintzberg et Glouberman (2001, p. 79). Malgré tout, c'est l'ensemble de ce système qui est soumis depuis plusieurs années à un contrôle budgétaire plus serré, de façon homogène serions-nous tenter de rajouter.

De façon moins schématique, il importe de situer la nouvelle organisation productive dans le cadre des politiques de gestion publiques. Depuis près de deux décennies, les politiques promeuvent une réduction des coûts associés au système de santé, que les services soient dispensés sous un mode *cure* ou *care*. Déjà, nous rappelle Charpentier (2001), la Réforme Côté des années 80 s'inscrivait dans ce type de préoccupation budgétaire. L'atteinte du « déficit zéro » préconisé par le Gouvernement Bouchard,

⁵¹ «*Medicine is not health care (...)*».

au milieu des années 90, a définitivement donné la voie à ce chapitre. Cet objectif s'est caractérisé par une réduction draconienne des effectifs, et particulièrement la prise de la retraite anticipée d'un nombre élevé d'infirmières, des fermetures/fusions d'établissements ou encore des coupures budgétaires. Le gouvernement libéral de Jean Charest y est ensuite allé, durant les années 2000, d'une série de changements législatifs - projets de loi 25, 7, 30 ou 31 - qui ont renforcé ces orientations.

C'est dans ce contexte que diverses commissions, dont la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000), ont mis l'accent sur la nécessité de rompre avec le modèle des années 70 pour favoriser une culture de « performance » et d'« excellence » dans un contexte de « rationnement financier ». C'est à l'intérieur de ces orientations publiques que la « collaboration », le « partenariat » et le « travail interdisciplinaire » apparaissent comme des pierres angulaires de la « nouvelle organisation productive ».

C'est aussi dans ce contexte de restrictions budgétaires qu'ont été implantées de nouvelles modalités de prestation de soins qui ont transformé le rapport du personnel soignant à ses activités professionnelles, et qui tiennent dorénavant compte des caractéristiques propres à la notion de compétence. D'ailleurs, un consensus se dégage à l'effet que l'émergence de cette notion coïncide avec les transformations économiques combinées aux innovations technologiques dans un contexte qui la différencie nettement de celui dans lequel la notion de qualification est apparue au cours du XX^e siècle. Elle est aussi en rupture avec le modèle hiérarchique-wébérien que nous avons abordé en première partie (voir Tableau 1).

Les nouvelles modalités de soins prescrites aux personnes âgées en perte d'autonomie reposent sur des valeurs qui s'éloignent du traditionnel modèle médical, dont sont porteurs certains établissements de notre terrain de recherche, en particulier les CHSLD du territoire A. L'attention qui est dorénavant portée à « humaniser » (Proulx, 1998) des services aux résidents, en regard à leurs besoins spécifiques, entraîne un déplacement non seulement du rapport aux soins, mais aussi à la

personne, à son environnement, et même, surtout, à l'identité de la dispensatrice de ces soins (Cognet *et al.*, 2005). La « performance » au sein de ce nouveau cadre bureaucratique n'est donc plus mesurée en fonction de traitements médicaux dispensés à des « *malades chroniques* », mais plutôt des soins offerts à des résidents, et qui tiennent dorénavant compte de leur milieu de vie : « *On est allé jusque là davantage vers une approche hospitalière, médicale, en perdant un peu le sens de la personne qui est ici, de ses besoins* » (ESD001), nous disait un retraité.

La recherche que nous avons menée dans ces « milieux de vie » fait ressortir les nouvelles caractéristiques associées à cette « nouvelle organisation productive » que décrit Zarifian (2001). L'émergence de ce nouveau paradigme de soins s'inscrit dans un contexte de restrictions budgétaires, de « virage ambulatoire », de départs massifs à la retraite dont les effets se font encore sentir, en particulier par l'émergence d'agences privées de placement de personnel, ou encore de problématiques complexes en forte croissance, spécifiquement les troubles cognitifs. Ce sont ces nouvelles « incertitudes », nous dit ce dernier auteur, qui sollicitent différemment le travailleur dans son rapport à la tâche. En ce qui concerne notre objet de recherche, l'exécution d'un certain nombre de tâches bien définies fait dorénavant place à une décentralisation des activités professionnelles du personnel d'expérience.

Cette nouvelle productivité attendue chez la salariée s'inscrit également dans ce que l'auteur nomme le « délai client » (Zarifian, 2001). Bien que les exemples qui illustrent son propos prennent surtout en compte le secteur manufacturier, il n'en reste pas moins que cette clé de compréhension peut également être utilisée pour notre objet de recherche en raison de l'attention qui est dorénavant portée à la « satisfaction du client » dans le cadre de cette nouvelle prescription de l'activité professionnelle.

Enfin, les ressources personnelles des salariées auxquelles ce nouveau cadre bureaucratique fait appel sollicitent directement leur autonomie et sens de l'initiative, et non plus un statut d'acteur devant accomplir des tâches bien définies, de manière

centralisée. La « réappropriation du pouvoir du sujet agissant » (Zarifian, 2001), qui s'illustre à travers cette notion de compétence, est d'ailleurs bien présente chez le personnel d'expérience que nous avons interviewé ou observé dans le cadre de notre recherche. Nous voyons à travers nos observations l'impossibilité d'« enfermer des critères d'évaluation dans des prescriptions strictes » (Le Boterf, 2005). Comme nous l'avons montré précédemment, leur autonomie s'accompagne en effet d'un pouvoir d'évaluer si, à travers leurs activités pourtant prescrites, tels que dispenser des soins d'hygiène, il n'y a pas de signes qui puissent laisser croire à une possible forme d'abus inavoués à l'endroit de la clientèle. Les « ressources individuelles » qui sont alors déployées chez le personnel d'expérience s'illustrent à la fois par des activités qui répondent aux attentes de la cliente, le « délai client » pourrions nous dire, par exemple réduire le temps octroyé aux soins d'hygiène par l'AFS afin de la coiffer, mais aussi, par le fait même, des compétences relationnelles manifestes qui favorisent le climat de confiance nécessaire aux confidences : « (...) *Notre travail n'est pas seulement de leur donner le bain, il y a toute une approche derrière ce travail* ».

À l'instar de la recherche de Bouvier (2009) qui indique les attentes face aux infirmières travaillant à domicile, peu importe leur âge, dans le but qu'elles assument les responsabilités de « gestionnaires de cas », la valorisation des compétences associées à la nouvelle philosophie de services dans les centres de soins de longue durée promeut également l'infirmière à un « rôle pivot ». Dans ce type d'organisations, nos données indiquent un déplacement de son rôle traditionnellement associé aux soins prescrits vers celui qui prend dorénavant plus en compte les différents acteurs qui gravitent autour du résidant, dont sa famille. La « satisfaction du client » qui est prise en compte s'appuie alors sur une connaissance fine de son histoire, qu'on souhaite documenter dès son arrivée dans son nouveau milieu de vie, par l'infirmière. Cette nouvelle forme de productivité valorise les ressources personnelles de cette dernière dans sa capacité d'établir les liens nécessaires avec les différents acteurs dans le but de répondre, avec qualité, aux besoins spécifiques de la personne âgée (ex. ses goûts alimentaires, l'heure à laquelle elle se lève, etc.).

Bien entendu, cette analyse ne pourrait faire fi des données qui indiquent combien cette nouvelle forme de productivité est source d'insatisfaction chez nombre de répondantes. En plus des données qualitatives recueillies sur ce thème, rappelons que le sondage a fait ressortir que huit d'entre elles sur dix sont d'accord pour dire que les transformations du système de santé ont un impact négatif sur leurs conditions de travail. Une ventilation de ce taux élevé d'insatisfaction permet cependant de faire émerger des pistes d'analyse et de compréhension.

En effet, ce n'est pas tant ici la mise en pratique des compétences par le personnel d'expérience qui semble surtout poser problème – un peu plus du tiers disent avoir de moins en moins la possibilité de les mettre en pratique – mais plutôt le cadre bureaucratique en transformation dans lequel elles se manifestent. Sur les trois autres indicateurs que nous avons quantifiés, deux présentent en effet des taux beaucoup plus élevés, à savoir la nuisance que constituent les changements de personnel (75%) et l'alourdissement que génère le recours à du personnel d'agences privées sur leur travail (78,6%). Le fait que ces salariées estiment, dans une proportion de 57,2%, que leurs commentaires sont moins recherchés dans leurs discussions avec leurs collègues ou supérieurs peut être hypothétiquement expliqué par les changements de personnel, les caractéristiques de ce dernier (agences privées) mais aussi par le milieu de travail (CHSLC et CLSC). Couplées au matériel qualitatif, ces dernières données statistiques permettent en effet de mieux comprendre comment les transformations du cadre bureaucratique pour en faire une « nouvelle organisation productive » (Zarifian, 2001) influencent l'activité professionnelle du personnel d'expérience.

La confrontation du nouveau cadre bureaucratique avec l'ancien se manifeste également par une « double hiérarchie » (Tremblay, 2007a), à la fois professionnelle et administrative, qui varie en intensité selon le cadre de pratique infirmier historiquement construit. Nous avons vu plus tôt comment ce dernier influençait le rapport aux autorités tant administratives que professionnelles. Dans un des cas, la confrontation de ce nouveau cadre bureaucratique avec le modèle médical d'un centre de soins de longue durée peut hypothétiquement induire un taux d'insatisfaction plus

élevé. Par exemple, sa concentration plus élevée d'effectifs infirmiers peut favoriser un recours plus fréquent aux agences privées de placement du personnel. En plus, les nouvelles attentes en matière d'activités professionnelles, plus près du terrain, participatives, ne balayaient pas les outils administratifs antérieurs que l'infirmière doit également utiliser, ceux-là mêmes qui, paradoxalement, l'éloignent du terrain; « *Oui il y a plus de paperasse ou de grille d'évaluation à remplir, mais c'est son rôle. Elle a autant un rôle de gestionnaire dans l'évaluation, qu'un rôle clinique sur le terrain* » (ESD001).

Oiry et d'Iribarne (2001) analysent ce phénomène en l'associant à une fusion de la rupture traditionnelle entre la qualification associée au poste de travail et celle associée à la personne, remettant ainsi en cause le système des relations professionnelles à travers la notion de compétence. Couturier *et al.* (2004) abondent dans le même sens en ce qui concerne les travailleurs sociaux, tandis que Dugué (1994) parle alors non pas de « nouvelle organisation productive » mais plutôt de « nouvelle forme de domination ». La prochaine section approfondira l'analyse de ce phénomène à partir des données empiriques recueillies.

Les nouvelles attentes associées à la transformation des cadres de pratique font référence à la compétence, notion à laquelle notre stratégie méthodologique a voulu donner un sens à partir de l'expérience des répondantes. Bien qu'il soit impossible d'observer toutes ses caractéristiques, la place qu'occupe dorénavant la notion de compétence s'inscrit dans un contexte de changements importants du grand secteur des services dont les répercussions seront différenciées selon les secteurs et même les sous-secteurs de pratique. Ces transformations visent surtout une réduction des coûts associés au système de santé se manifestant par une réduction massive des effectifs et des budgets, ou encore par la fermeture ou la fusion d'établissements. De la sorte, le modèle hiérarchique-wébérien précédent tend à être remplacé par un autre que l'on souhaite plus « performant ». En matière de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie, les nouvelles modalités d'activités professionnelles sont chapeautées par une même philosophie de services qui fait appel à cette notion de compétence,

mais dont les influences varieront selon le cadre bureaucratique déjà institué. La décentralisation souhaitée en matière de services prend des formes différentes selon les incertitudes ou le « délai client » (sa satisfaction) (Zarifian, 2001) auquel le personnel d'expérience aura à faire face. Sur ce dernier point, l'autonomie du personnel soignant d'expérience qui effectue des soins à domicile est davantage présente que chez le personnel soignant qui travaille dans une structure institutionnelle historiquement construite sur le modèle médical.

2) La compétence en matière de soins de santé : nouvelle forme de domination?

Laville (2005) affirme que le plus grand contrôle des dépenses qui caractérise le « brouillage » des frontières entre les modes gestion industrielle et des services publics ne s'accompagne pas de gains notables sur le plan de la productivité de ce dernier secteur et peut déboucher sur de « nouveaux rapports de domination ». Il souligne toutefois la complexité de ce grand secteur, ce qui milite pour analyser avec soin ce dernier aspect à partir des données empiriques que nous avons recueillies dans le secteur des soins de longue durée dispensés par du personnel soignant d'expérience. Pour ce faire, nous nous concentrerons sur trois rapports qu'entretiennent ces dispensatrices de soins : à l'organisation, à la personne âgée en perte d'autonomie et à sa famille.

Rapport du personnel d'expérience à l'organisation

De façon générale, l'attente envers les infirmières d'expérience à travers les nouvelles modalités de services aux personnes âgées en perte d'autonomie est clairement exprimée par les membres de la direction : infirmières pivot, coordinatrice de soins, habileté de chef (*leadership*), gestion d'équipe de travail, etc., sont là les caractéristiques les plus souvent mentionnées. Dans l'ensemble, cette attente est également exprimée en ces termes en ce qui concerne les infirmières qui travaillent dans le domaine des soins à domicile (Bouvier, 2009).

Un des éléments d'analyse marquant en ce qui concerne l'implantation de ce nouveau cadre d'activités professionnelles est son caractère *top down*. Champagne (2000) avait déjà noté cette façon de faire, et particulièrement en ce qui concerne la réduction des effectifs, la fusion ou l'intégration d'établissements, ainsi que les restrictions budgétaires, en notant de plus l'absence d'implication des « exécutants » dans ce processus. À cet égard, comme nous l'avons mentionné plus tôt, le style de gestion qu'adoptera l'autorité administrative dans la mise en forme concrète et pratique de ces transformations dans l'activité professionnelle auprès de la clientèle nuancera ce qui apparaît être une « nouvelle forme de domination » (Dugué, 1994).

Dans le cas d'un centre de soins de longue durée dont le paradigme de soins est historiquement construit sur le modèle médical, la redéfinition du rôle de l'infirmière en regard des nouveaux critères de productivité et de compétences est non seulement imposée de façon hiérarchique et *top down* – « (...) *puis on va leur dire nos attentes envers elles. On va les aider à jouer ce rôle là, on va le répéter, on va revenir à la charge (...)* » (ESD001) -, mais débouche ensuite sur une « double-hiérarchie » (Tremblay, 2007a), ce qui n'est pas sans rappeler deux formes de problèmes classiques associés tant à la Bureaucratie Professionnelle qu'à celle Mécaniste (Mintzberg, 1982). Compte tenu que le CHSLD du territoire A a historiquement épousé les formes d'un hôpital, mais sans en être réellement un, les problèmes associés à l'une et l'autre de ces deux configurations bureaucratiques se présentent.

D'abord, l'implantation de ce nouveau modèle de soin produit des « tiraillements » entre la ligne hiérarchique et le centre opératoire, composé en plus grand nombre d'effectifs infirmiers dont la qualification est standardisée. Les problèmes que génère un environnement complexe, tel que celui dans lequel nous nous trouvons depuis plusieurs années, sur cette configuration bureaucratique sont bien connus et se manifestent d'ailleurs lorsque des programmes se chevauchent (Mintzberg, 1982), ce qui est le cas actuellement. Ensuite, la décentralisation des responsabilités vers l'« infirmière pivot », au centre opérationnel, est le propre de la configuration de type mécaniste lorsqu'elle se trouve dans un environnement instable, l'objectif étant de

favoriser son adaptation. Dans d'autres écrits, ce même auteur nous dit toutefois qu'il y a une façon de s'y prendre qui ne s'apprend pas dans les traditionnelles formations universitaires en gestion, en particulier celle de *MBA* (Mintzberg, 2004).

À ce compte, nous pourrions être tenté de croire que cette « tentative de débureaucratization » (Dubar, 1996b) ou encore ces changements dans l'organisation du travail, les exigences du « marché » - et de l'environnement - et cette « crise de la notion de poste de travail » instrumente en quelque sorte la notion de compétence afin de remettre en question le système des relations professionnelles (Oiry et d'Iribane, 2001) ou leurs formes identitaires (Dubar, 1996b). Après tout, les données de recherche recueillies indiquent que le « programme » de redéfinition du rôle de l'infirmière n'impliquait pas les principales intéressées à toutes étapes du processus. Ce n'est qu'une fois les attentes établies par la direction qu'une partie d'entre elles ont ensuite été sollicitées en vue de sa mise en forme dans les unités. L'implication partielle de ces dernières était encore d'actualité trois ans plus tard, lors des entrevues complémentaires de notre recherche, en ce qui concernait cette fois-ci l'élaboration du « projet clinique » que les CSSS doivent établir.

De plus, les résultats de notre sondage indiquent que les trois quarts (76,2%) des répondantes d'expérience estiment que la répartition du travail entre elles et les plus jeunes devrait être le fruit d'une discussion entre elles, et non d'une imposition de la direction, alors que seulement le tiers des cadres âgées de 50 à 54 ans y sont favorables. La recherche de Philippe (2007) a d'ailleurs mis en évidence que même lors de la création de comités de travail impliquant les infirmières, ces dernières se sont montrées « sceptiques » quant à la possibilité de mettre le programme ou des outils de travail en place en raison d'une absence de reconnaissance de la part de la direction. Les répondantes estiment qu'une gestion participative incluant les infirmières peut constituer une « source de stress » pour les gestionnaires. Dès lors, il n'est pas surprenant de prendre la mesure des difficultés associées à la redéfinition du rôle des infirmières de certains établissements de notre recherche. Tel que l'indique le tableau 12, nos résultats montrent une divergence entre le personnel de soins qui

travaille au sein d'un CLSC (soins à domicile) et celui qui œuvre à l'intérieur d'un CHSLD historiquement construit sur un modèle à tendance médicale (territoire A). Ce premier territoire est nettement plus favorable à une répartition du travail entre les expérimentées et les moins expérimentées, et non d'une imposition de la part de la direction, que le deuxième.

Tableau 12 : Proportion des répondantes, en fonction de leur âge et de leur fonction, en faveur d'une répartition du travail entre les travailleuses âgées et les plus jeunes d'une équipe qui est le fruit d'une discussion entre elles et non d'une imposition de la direction, n=105*, à partir de Tourville (2005).

Indicateurs (âge et fonction)		« OUI » Même type d'établissement (CHSLD), deux territoires (A et B)		« OUI » Deux types d'établissements (CHSLD et CLSC), même territoire (B)	Résultats globaux
		Territoire A - CHSLD (n=19)	Territoire B - CHSLD (n=59)	CLSC -Territoire B (n=27)	
40-44	Toutes professions confondues				100%
45-49 ans	Cadres		100%		100 %
	Professionnelles (inf.)	50%	66,66%	66,66%	75 %
	Techniciennes	50%	68,75%	100%	66,70 %
50-54 ans	Cadres				33,30 %
	Professionnelles		100%	100%	100 %
	Techniciennes	75%	66,66%	100%	84,20 %
55-59 ans	Cadres				66,70 %
	Professionnelles			100%	80 %
	Techniciennes	60%	62,5%	100%	68,80 %
60-64 ans	Professionnelles	100%			100 %
	Techniciennes	75%	50%	100%	57,20 %
65-69 ans	Toutes professions confondues	100%	100%	100%	100 %

* Lors de la passation du questionnaire quantitatif, sept répondantes n'ont pas spécifié leur établissement d'appartenance (CLSC ou CHSLD) au sein du territoire B.

Toutefois, ces « obstacles » à l'implantation de nouvelles façons de faire ne sauraient être uniquement associés à l'implication ou non des infirmières dans l'organisation concrète de ce nouveau paradigme de services, mais aussi au processus de socialisation au travail au cours des décennies, en vertu d'un modèle de soins particulier (médical), ou encore à la conception de leur pratique : « *Bien moi, je n'ai pas fait une formation d'infirmière pour faire de la gestion* » (EC001).

En effet, même les données recueillies sont nuancées sur la question de l'âge et la manifestation des compétences associées aux nouvelles modalités de services – « *Il y en a qui répondent aux exigences, d'autres pas, mais l'âge n'est même pas un facteur qui détermine la capacité de le faire* » (ESD001, c'est moi qui souligne) » - , en particulier si ces derniers sont dispensés à domicile ou dans un établissement dont le modèle de soins ne repose pas historiquement sur un cadre médical. Le « profil » recherché en matière de compétences souhaitées converge difficilement avec la conception que se font les infirmières de leur pratique. Malgré l'analyse précédente, même dans le domaine de soins à domicile les gestionnaires sont confrontés au fait que bon nombre d'infirmières ne conçoivent pas leur rôle selon la nouvelle prescription de « gestionnaires de cas » (Bouvier, 2009). Mais de façon générale, et sans occulter les irritants que génèrent l'ensemble des transformations, il n'en reste pas moins qu'entre *huit et neuf répondantes de notre sondage sur dix sont d'accord ou moyennement d'accord avec le fait que leurs compétences sont reconnues ou qu'elles bénéficient d'une marge d'autonomie dans leur travail.*

Également, des exemples de projets au sein d'établissements du territoire B indiquent l'intégration d'un style de gestion en adéquation avec un modèle de pratique qui favorise l'enrichissement des qualifications chez des salariées d'expérience, comme celui de la préposée aux bénéficiaires animatrice de loisirs qui voit l'« unification de ses ressources personnelles et professionnelles » (Le Boterf, 2005) concrètement valorisée par une prime salariale.

Compte tenu de l'analyse précédente, nous ne souscrivons pas à l'idée voulant que les compétences rattachées aux nouveaux cadres bureaucratiques soient une « nouvelle domination » (Dugué, 1994). Dans le secteur qui nous concerne, certains modèles de gestion prennent certes des formes associées à cette idée, surtout dans une perspective de « débureaucratization » du secteur public (Dubar, 1996a), mais adhérer à cette thèse équivaut à mettre de côté la rationalité des acteurs face à cet environnement complexe. Cet environnement entraînera des reconfigurations bureaucratiques dans le but de solutionner des problèmes classiques (Mintzberg, 1982) à l'intérieur desquels le choix des infirmières d'expérience reposera non seulement sur leur conception des soins, mais aussi sur la façon dont les gestionnaires seront ou non « congruents » (Villeneuve, 2005) dans la mise en place de cette nouvelle philosophie de soins. Le milieu de pratique, son histoire et le modèle de soins déjà institué, sont aussi des facteurs qui militent pour une utilisation prudente de cette notion de « domination », compte tenu de la complexité de ce secteur. Par ailleurs, il en va de même avec celle de « nouvelle organisation productive » (Zarifian, 2001).

L'exemple des organisations situées sur le territoire B, et particulièrement les centres de soins de longue durée, qui ont privilégié un modèle non pas médical, mais d'« accompagnement » des personnes âgées, en épousant visiblement les formes du modèle de pratique de *Waston*⁵², sert à étayer l'analyse précédente sur la question de la domination. Le style de gestion qu'on y retrouve promeut non seulement la participation des effectifs dans l'implantation de cette philosophie de soins - et dans ce cas-ci nous devrions plutôt parler de consolidation -, mais il le fait de manière pédagogique de façon à rapprocher les activités professionnelles au plus près des besoins spécifiques de la personne âgée et de son milieu : « *Ce n'est pas une prison un centre d'hébergement. C'est un milieu où les gens viennent y vivre* » (EC006). Ce style est toutefois minoritaire, du moins chez les cadres âgés entre 50 et 54 ans, selon notre sondage, puisque seulement le tiers d'entre eux sont favorables à ce que ce que la direction n'impose pas une répartition du travail, mais qu'elle soit plutôt le fruit

⁵² Rappelons que la conception de la santé de ce modèle de pratique adopte une perspective de transformation de la personne malade selon son « système de représentation ».

d'une discussion entre les infirmières d'expérience et les plus jeunes, alors qu'elles y sont favorables à plus de 75%. Tout en comprenant bien les fondements qui animent le travail infirmier, la façon de s'y prendre constitue en soi un exemple d'intégration et de collaboration entre le domaine des soins de santé (*care-nurses*) et celui de la gestion (*control-managers*), tel que proposé par Mintzberg et Glouberman (2001), ce qui est davantage le cas dans les établissements du territoire B qui ont participé à notre recherche.

Rapport du personnel d'expérience à la personne en perte d'autonomie

Nous avons analysé précédemment que le nouveau cadre bureaucratique prescrit n'est pas tant le fait d'une « nouvelle forme de domination » (Dugué, 1994) sur les activités professionnelles, qu'une réponse aux problèmes classiques associés à l'environnement complexe (Mintzberg, 1982) et à la « régulation hiérarchique désuète » (Bégin *et al.*, 1999) précédente. Les compétences dorénavant valorisées chez le personnel soignant se manifestent par une décentralisation des responsabilités, surtout vers un « rôle pivot ». Le modèle de pratique auquel souscrit l'infirmière et un style de gestion « congruent » (Villeneuve, 2005) apparaissent être deux facteurs qui favoriseront une meilleure intégration du pôle administratif et de celui des soins (Mintzberg et Glouberman, 2001) pour celles, minoritaires, qui souhaitent intégrer une fonction « pivot ». Mais dans l'ensemble, nos données indiquent une bonne perception de la reconnaissance de leurs compétences ainsi que de leur marge d'autonomie dans leur travail, et ce, peu importe le poste de travail occupé. Cette section vise à analyser cette question d'hypothétique « nouvelle forme de domination » sous l'angle du rapport du personnel soignant d'expérience aux personnes âgées en perte d'autonomie.

En nous appuyant sur Montmollin (1986), nous avons fait le choix de nous attarder méthodologiquement aux « tâches complexes » que le personnel soignant d'expérience effectuait, ainsi qu'à ses « conduites complexes », c'est-à-dire non seulement aux procédures prescrites, aux performances exigées et aux connaissances

requis, mais aussi à la procédure qu'il utilise, aux performances qu'il réalise et aux compétences qu'il déploie. De cette façon, nous avons pris note à la fois des pratiques professionnelles prescrites, telles que les commandes de médicaments, l'animation de réunions, les discussions avec le médecin, les notes aux dossiers, etc., mais aussi des ressources personnelles qui sont mises à contribution pour accomplir une série de tâches, par exemple l'organisation du temps, l'humour approprié qui est utilisé ou la « vision d'ensemble » de l'environnement. Loin de remettre en cause le « système des relations professionnelles » (Oiry et d'Iribarne, 2001), ces conduites complexes constituent, selon nous, l'axe intégrateur d'un ensemble d'activités professionnelles qui se déroulent dans un « milieu de vie »: que ce soit la délégation de tâches, notamment à l'infirmière auxiliaire, la « manière de s'y prendre » pour rassurer une résidente ou un membre de sa famille, ou encore les démarches téléphoniques effectuées dans le but de commander une prothèse ou une orthèse pour un résident. Il est vrai, tel que le stipulent les auteurs précédents, que la fusion des qualifications attachées à un poste de travail et celles attachées à la personne a émergé dans un contexte de changements importants, et qui prend des formes spécifiques dans le domaine des soins infirmiers, tels que la réduction massive d'effectifs infirmiers, les exigences des familles ou encore l'impact des médicaments sur l'espérance de vie. En ce sens, il apparaît alors plus juste de parler d'un « nouveau rapport social », car la salariée n'est « pas laissée seule à elle-même » (Dugué, 1994) pour autant. Dans le but d'offrir des services de qualité aux personnes âgées en perte d'autonomie, les relations professionnelles qu'entretiennent les infirmières d'expérience avec des membres de la direction s'illustrent par de l'initiative, de l'autonomie, des revendications, bref le contraire d'un rapport de « domination ».

Dans le même ordre d'idées, Le Boterf (2005) affirme qu'on ne peut « enfermer des critères d'évaluation dans des représentations strictes » dans le cadre de soins infirmiers en raison, précisément, de la complexité des situations auxquelles ces professionnelles font face. Nous avons décrit au chapitre 8 l'exemple de l'infirmière qui est « d'une tristesse » face à la fragmentation de tâches de base qu'elle doit dorénavant assumer en raison d'une réduction d'effectifs. Nous avons alors identifié

le « paradoxe » dans lequel elle se trouvait, soit de ne plus être en mesure d'assumer son rôle « pivot », depuis qu'elle est ... « intervenante pivot ». En suivant la pensée de Le Boterf (2005), sa réaction illustre ce que signifie « agir avec compétence » en raison de l'unification de ses ressources personnelles avec les ressources externes. Cette intégration se manifeste, par exemple, lorsqu'elle évalue une nouvelle employée ou encore quand elle adresse à la direction des idées pour mieux organiser les services. Dans cette situation, le résultat donné dans le cadre des activités professionnelles de cette infirmière n'est pas celui qu'elle attend, ce qui altère la « performance ». Toutefois, trois dimensions caractérisent sa compétence :

1. l'« analyse des pratiques » qu'elle formule par la capacité de joindre sa pratique professionnelle et sa réflexivité (« est-ce que je lui laisserais mes parents? »);
2. sa « connaissance de ses ressources et de ses capacités à les utiliser » qui marie sa réflexivité à ses ressources personnelles (l'écart de performance depuis qu'elle ne peut plus assumer son rôle-pivot depuis qu'elle est... intervenante-pivot); et
3. la « combinaison mobilisatrice » qui unit ses ressources personnelles et sa pratique professionnelle (formuler ses commentaires directement à la direction de l'établissement).

Le rapport aux personnes âgées qui est décrit dans l'exemple précédent, mais aussi au cadre bureaucratique en transformation, aux soins infirmiers et à elle-même, en tant qu'infirmière, mais aussi face à ses propres parents, illustre ce que Zarifian (2001) considère être le « sujet réflexif » capable de mobiliser ses ressources personnelles et de faire preuve d'initiative et d'autonomie dans le but de satisfaire le client (« délai-client »).

Si nos données empiriques indiquent une manifestation concrète et pratique de la compétence de manière indifférenciée selon les territoires (A et B), le vocabulaire utilisé par le personnel soignant d'expérience dans son rapport à la personne en perte

d'autonomie est, quant à lui, teinté par la philosophie de soins de leurs établissements respectifs, par exemple « patients » (influence du modèle médical) et « bénéficiaires » ou « personne » (influence du modèle d'« accompagnement »). Cette dernière nuance modifie, quant à elle, le rapport à l'organisation, tel que nous l'avons vu précédemment.

Cette dernière nuance ne nous permet pas d'affirmer non plus que nous nous retrouvons ici pleinement en présence d'une « nouvelle organisation productive » (Zarifian, 2001) compte tenu des structures formelles en présence, elles-mêmes inscrites dans un rapport complexe avec les orientations gouvernementales, par exemple en ce qui concerne le laisser-faire en matière d'agences privées de placement du personnel ou de contrôles budgétaires. Deux récentes recherches, l'une au Québec (Richer, 2007) et l'autre au Canada (Brunoro, 2007), indiquent le manque de contrôle des infirmières sur leur environnement de travail. Brunoro (2007) souligne que les soins directs aux patients constituent, en fait, la seule influence que les professionnelles disent avoir sur leur pratique.

Ce point de vue à partir du cas d'une infirmière d'expérience rejoint par ailleurs celui des directions et de membres syndicaux à l'effet que le personnel soignant, que ce soit en CHSLD ou en CLSC, a dorénavant moins le temps d'interagir avec les personnes âgées en raison des facteurs que nous avons déjà explicités (émergence de problématiques complexes, intensité des besoins, réduction de personnel, etc.), en particulier les infirmières qui ont de nouvelles responsabilités « pivot », et en particulier envers les familles.

Rapport du personnel d'expérience à la famille de la personne en perte d'autonomie

La place que prennent dorénavant les familles comme acteur social d'importance dans les nouvelles modalités de services aux personnes âgées en perte d'autonomie constitue un angle d'analyse de choix en matière de compétence chez le personnel soignant d'expérience. L'« incertitude » que constitue depuis quelques années les

familles « *plus exigeantes* » (ESD003; OIS017) envers le personnel soignant permet d'approfondir l'influence de cette dynamique sur la notion de compétence.

L'« intolérance » que le personnel soignant dit vivre de la part des familles ou le fait de se sentir « surveillé » par elles construit en quelque sorte un « nouveau rapport social » (Oiry et d'Iribarne, 2001) sur cette question. La manifestation des compétences déployées par les infirmières illustrent en effet les rapports qui s'établissent tant avec les familles qu'avec la direction des établissements. Les résultats de notre sondage indique d'ailleurs que près de neuf répondantes sur dix perçoivent que leur travail en équipe les aide à pouvoir réaliser leur travail, ce qui indiquent que le personnel soignant est loin d'être « laissé à lui-même » (Dugué, 1994). Nous ne sommes pas tant en présence d'une « nouvelles forme de domination » que d'un système social interdépendant.

Le fait que les membres de la famille des résidants soient « *beaucoup écoutés au niveau de la direction* » (EC003), notamment en raison des incertitudes reliées à de potentielles récriminations sur la place publique, voire de poursuites judiciaires, favorise un dialogue qui permet une compréhension mutuelle des difficultés vécues par chacun, ainsi que l'établissement d'un lien de confiance. Dans le domaine des soins à domicile, Bouvier (2009) a noté combien le statut socio-économique et le niveau d'éducation des familles jouaient un rôle important dans cette capacité d'exprimer les doléances et les exigences attendues en matière de services. Avec le temps, il semble même que ce soit plutôt un nouveau « compromis social » (Oiry, 2004) qui s'installe, du moins pour ceux qui possèdent les capacités de s'exprimer. Charpentier (2001) a montré, par exemple, qu'en matière de services aux personnes âgées qui résident en résidences privées, le laisser-faire gouvernemental soulève de sérieuses préoccupations pour les personnes âgées habituellement « silencieuses », donc encore plus vulnérables.

Nos données ont montré que le « rôle pivot » que joue l'infirmière dans la prise en compte des considérations historiques des personnes âgées lors de leur admission en centres de soin de longue durée publics se fait en étroite considération avec les

familles. Cette approche débouche d'ailleurs sur des « *rencontres statutaires* » (ESD003) entre celles-ci et l'établissement en vue d'échanger sur les priorités de services, les difficultés rencontrées, les besoins exprimés, etc.

Ce « compromis social », qui semble alors s'installer entre le personnel de soins et les familles des personnes âgées en perte d'autonomie, rejoint les conclusions de Dubé (2005) sur l'accompagnement des familles lors de l'hébergement de leurs proches dans des milieux de soins de longue durée publics. L'auteure souligne l'impact bénéfique, avec néanmoins ces difficultés d'implantation, que constituent les rencontres pré-admissions et les sessions d'informations et d'enseignements auprès des familles, et particulièrement dans le contexte actuel de réorganisation du travail et de préoccupations reliées à la main-d'œuvre infirmière.

Par conséquent, le « rôle pivot » que joue l'infirmière est étroitement influencé par les nouvelles modalités de services aux personnes âgées en perte d'autonomie qui tiennent davantage compte des exigences des familles. Ce rôle de l'infirmière s'inscrit dans un déplacement d'une prescription de tâches traditionnellement associée à son rôle vers une de résultats dans le but de répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées en perte d'autonomie. Abordée sous l'angle du rapport à la famille, l'activité professionnelle dans ce cadre bureaucratique en transformation s'illustre par un enrichissement de la qualification de base par les compétences nécessaires pour répondre à ces nouvelles exigences. Ainsi : « Rien dans le modèle de la compétence ne s'oppose à l'élaboration d'une nouvelle norme d'équité, porteuse d'un renouveau de la régulation conjointe » (Paradéise et Lichtenberger, 2001, p. 47). Ce rôle de la famille au sein de cette institution marque également une rupture avec l'« institution totalitaire » de Goffman (1968).

En résumé, le « renouveau de la régulation conjointe » (Paradéise et Lichtenberger, 2001) ou encore le « compromis social » (Oiry, 2004) apparaissent être des sources d'enrichissement des qualifications de base du personnel soignant par les compétences, en ce qui concerne le domaine de soins aux personnes âgées en perte

d'autonomie, et dont la place de leur famille joue un rôle important dans le processus. Cet enrichissement est également facilité par un style de gestion qui permet l'intégration et la collaboration entre le domaine des soins de santé (*care/nurses*) et celui de son administration (*control/managers*) (Mintzberg et Glouberman, 2001).

Conclusion

Le sens que le personnel soignant d'expérience donne à la compétence dans le cadre de ses activités professionnelles, et dont il est peu probable de rendre totalement compte sur le plan méthodologique (Gadrey, 1999), se présente sous des formes différenciées selon les cadres de pratique en transformation. De façon générale, la littérature indique clairement que l'objectif de ces transformations est la réduction des coûts associés au système de santé. Pour ce faire, le modèle hiérarchique-wébérien tend à être changé pour un plus « performant ». Certains associent l'émergence de cette notion de compétence à une « nouvelle forme de domination » des salariées par les directions (Dugué, 1994). Or, notre analyse met plutôt en évidence que les incertitudes que génère le contexte d'implantation de la nouvelle philosophie de soins s'articulent de façon contrastée selon les contraintes hiérarchiques déjà existantes. En effet, notre analyse souligne que l'autonomie du personnel dispensant des services à domicile est moins soumise à une « double hiérarchie » (Tremblay, 2007a) que celui qui œuvre en centres de soins de longue durée. Et chez ce dernier, une autre nuance apparaît entre les établissements dont le modèle de soins infirmiers s'est historiquement construit sur un paradigme médical de tendance *cure* et ceux dont la vision résonne davantage sur des services d'accompagnement de type *care*. Finalement, le style de gestion dans le cadre de ces changements facilitera ou non l'enrichissement des qualifications de base par le biais du processus de rapprochement du domaine administratif et de celui des soins de santé (Mintzberg et Glouberman, 2001), ce que nous considérons comme une forme de « compromis social » (Oiry, 2004) dans le contexte qui prévalait lors de la collecte des données. La place importante qu'occupent dorénavant les familles des personnes en perte

d'autonomie favorise ce type de collaboration, ce qui sollicite les « capacités mobilisatrices » (Le Boterf, 2005) des infirmières d'expérience.

6.4 Activités professionnelles et vieillissement

Après plus d'un quart de siècle d'anticipation et de reconnaissance de la problématique du vieillissement des effectifs infirmiers (Gray, 2003; Letvak, 2002; Desrosiers, 1997; Mallison, 1987), il semble bien que la « bombe démographique » (Beausoleil, 1998) à « retardement » en matière d'effectifs infirmiers (O'Brian-Pallas, 2005) soit sur le point d'exploser. Ce chapitre approfondit l'articulation complexe de ce « choc » sur les activités professionnelles dans un cadre bureaucratique en transformation.

Une « bombe démographique » sur le point d'exploser

Les données quantitatives de différents établissements sur la composition des effectifs que nous avons consultées indiquent une concentration élevée du personnel soignant dans les tranches d'âge élevées qui rejoint, et dépassent même à certains endroits, les tendances fortes observées à partir des données statistiques en matière d'effectifs infirmiers au Québec. Dans les CHSLD du territoire A et B, le ratio approximatif d'effectifs 45 ans et plus, toute catégorie professionnelle comprise, est de un sur deux. Il est toutefois plus élevé si nous regroupons certaines catégories professionnelles. Sur le territoire A, par exemple, nous retrouvons près de six infirmières et infirmières auxiliaires sur dix (57,4%, n=230) qui sont âgées de plus de 45 ans, principalement en raison du choix historique d'embaucher ces dernières, en conformité avec un modèle de pratique médicale (*cure*) clairement orienté. Autrement, les infirmières de 45 ans et plus qui y travaillent (n=49) constituent la moitié (50,5%) des effectifs de cette unique catégorie professionnelle. Ces chiffres restent globalement fidèles à ceux que nous avons explicités en première partie, et en particulier ceux de Montréal, ville dans laquelle nous avons effectué notre recherche.

Rappelons qu'à cet endroit, la concentration d'effectifs infirmiers de 45 ans et plus se chiffre à 53%, contre 47% dans l'ensemble du Québec (OIIQ, 2008b).

D'ailleurs, c'est également à Montréal que l'on retrouve le nombre le plus élevé d'infirmières âgées de 55 ans et plus, soit 25% de toutes celles de ce groupe d'âge à travers le Québec (OIIQ, 2008b). Les données numériques du territoire B qui sont à notre disposition (voir tableau 9) semblent suivre cette tendance. Si l'on tient compte de la surreprésentation de PAB qui y est privilégiée compte tenu d'un modèle de pratique axé sur l'« accompagnement » (*care*), nous retrouvons un taux d'effectifs de 50 ans et plus de 23%, toutes catégories professionnelles confondues; uniquement chez les infirmières de 50 ans et plus, ce taux est de 39,3% (22 sur 56). Nous expliquons ce dernier taux par le fait qu'un nombre significatif d'entre elles faisaient partie des 11 000 infirmières à travers le Québec âgées entre 50 et 54 qui ont basculé dans le groupe des 55 ans et plus depuis les dernières années (OIIQ, 2008b), bien que les infirmières âgées de 50 ans et plus représentaient tout de même 33,2% des effectifs québécois en 2005, alors que ce taux n'était que de 16,6% en 1991-1992 (OIIQ, 2005a). Il peut également être expliqué par un nombre plus élevé d'infirmières plus âgées dans ce secteur de soins compte tenu qu'il attire moins les jeunes diplômées (Rose, 2005).

Comme l'a mentionné Frédéric Lesemann dans un article rédigé par le journaliste Desrosiers (2005), du quotidien *Le Devoir*, l'embauche massive qui a eu lieu dans un contexte historique déterminé entraînera des prises de retraite en nombre tout aussi élevé, pour les employés qui n'ont pas bénéficié du programme de retraite anticipé. Il y a actuellement 3500 infirmières montréalaises de 55 ans et plus, sur un total de 14 000 à travers le Québec, qui sont « potentiellement admissibles à la retraite ». Les sorties ont d'ailleurs fait un bond considérable de 24% (+600) depuis 2007, dont 207 infirmières juste à Montréal (OIIQ, 2008b). Si nous mettons en perspective le choc qu'ont causé les départs massifs à la retraite des 4 500 infirmières à la fin des années 90, nous pouvons dès lors croire que la « bombe démographique » (O'Brien-Pallas *et*

al., 2005; Beausoleil, 1998) est sur le point d'exploser, du moins dans le cadre bureaucratique public actuel.

En croisant la réflexion de Glouberman et Mintzberg (2001) avec les dernières données statistiques de l'effectif infirmier de l'OIIQ (2008b), nous constatons que plus de la moitié des 55 000 infirmières québécoises, soit un peu plus de 30 000, travaillent dans le domaine des « soins de santé » (*Community care*) et que le tiers, soit près de 22 500, se concentre dans celui du « traitement de maladies » (*Acute care*). Les données numériques locales que nous venons d'analyser à partir des dernières données de l'OIIQ portent sur un échantillon d'infirmières parmi les 2 667 qui ont déclaré les soins de gériatrie et gérontologie, donc le domaine du *community care*, comme domaine de soins à Montréal (OIIQ, 2008b), dont plus de la moitié⁵³ d'entre elles sont assurément âgées de 45 ans et plus, soit 1 413. C'est précisément une partie de celles-ci qui est incluse dans l'échantillon de cette thèse.

La composition démographique du personnel soignant d'expérience montréalais qui constitue la population visée par la présente thèse présente globalement des caractéristiques similaires aux données statistiques de l'OIIQ. Sur les 3 500 infirmières montréalaises de 55 ans et plus qui peuvent potentiellement partir en retraite, 1 413 travaillent dans le domaine des soins de longue durée (OIIQ, 2008b), dont font partie celles que nous avons rencontrées.

Maintien en activité des compétences d'une minorité d'expertes

Les préoccupations soulevées par les gestionnaires des établissements rencontrés à propos de la perte de connaissances et de compétences associée aux prises de retraite du personnel soignant d'expérience trouvent écho dans la littérature. Armstrong et Armstrong (2002) ont mis en évidence la gamme de « compétences complémentaires » que requièrent la prestation de soins en regard aux multiples déterminants de la santé des individus, ainsi que l'autonomie nécessaire à la mise en

⁵³ 53,0% des infirmières montréalaises ont plus de 45 ans (OIIQ, 2008b).

pratique du jugement professionnel, alors que Baumann *et al.*, (2001) notent, quant à eux, que l'effort et les compétences déployés par le personnel infirmier sont mal reconnus, mesurés et rémunérés. Malgré l'implantation de mesures locales innovatrices et prometteuses de la part de certains établissements, comme par exemple l'implication des salariées dans la réaffectation des effectifs, « *sans agenda caché* », les PAB responsables d'activités de loisirs ou l'utilisation de la boîte vocale qui est privilégiée au lieu du téléavertisseur, les orientations gouvernementales en matière de retraite des employés de la fonction publique dépassent très largement ce cadre local dans lequel travaillent les infirmières d'expérience, ce qui complexifie les avantages annoncés en matière de « circulation des compétences » ou de « mobilisation d'expertise » (Comité de réflexion inter-établissements, 2000).

Les données terrain que nous avons recueillies ont mis en lumière les nuances à apporter quant à la possibilité pour les infirmières de 40 ans et plus de répondre favorablement au « profil » dorénavant recherché en matière d'organisation de soins, en particulier le « rôle pivot ». Nous ne reviendrons pas sur les caractéristiques associées à ce nouveau profil recherché compte tenu que nous l'avons suffisamment abordé dans les sections précédentes de ce chapitre, mais aussi dans la partie 1, en regard des nouvelles orientations gouvernementales à partir duquel il émerge.

Comme la recherche l'a déjà mis en évidence au sein d'autres secteurs d'activités au Québec, tels que les finances (Tourville, 2002) ou la presse écrite (Pétrin, 2003), ce rapport au vieillissement se vit de manière différenciée selon la place qu'occupe la personne dans l'organisation du travail. Lesemann et D'Amours (2006) ont produit, à la suite de dix ans de travaux, une réflexion plus large sur cette problématique qui inclut également celle sur les transitions entre le travail et la retraite. Dans le domaine des soins de santé, le vieillissement en emploi prend une importance particulière compte tenu du flux d'emplois associés à l'augmentation des demandes en matière de services aux personnes âgées (Savard, 2002), alors que nous faisons face à une perte considérable des compétences des infirmières expérimentées, tel que mentionné précédemment. La recherche qualitative de Bouvier (2009) nous apprend également

que bon nombre d'infirmières dans le domaine des soins à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie ne désirent pas assumer la fonction de « gestionnaire de cas ». Notre analyse a mis en exergue que divers facteurs influencent les rapports que les infirmières d'expérience entretiennent avec l'organisation ou avec les personnes en perte d'autonomie, notamment leur conception des services de santé ou encore les assises qui se sont historiquement construites sur des décennies de pratique (Truman, 2003; Benner et Tanner, 1987).

Comme le mentionnait Frédéric Lesemann dans l'article paru dans le quotidien *Le Devoir* (Desrosiers, 2005), une minorité des employés embauchés durant les années 60-70 qui travaillent actuellement sont très spécialisés. Le « défi » pour les prochaines années, nous disait une répondante, sera justement de maintenir en emploi celles qui ont ce nouveau profil recherché, dans ce contexte de profondes transformations (fusions d'établissements, réduction d'effectifs, problématiques complexes, etc.), et de « *mettre à contribution leur expertise* », alors que bon nombre d'entre elles ne voudront pas « *changer leurs habitudes* » (ESD002), jusqu'à la date d'éligibilité de retraite.

Des recherches ont mis en évidence l'écart qui existe entre ce que les gestionnaires d'établissements de santé proposent comme mesures spécifiques au personnel infirmier d'expérience et ce que ces dernières souhaitent réellement (Bettache, 2007; FCSII, 2006; Armstrong-Strassen, 2005; Letvak, 2002). Très peu, voire pratiquement rien, n'est fait pour maintenir à l'emploi les infirmières de 55 ans et plus, malgré la reconnaissance du problème (Letvak, 2002). Armstrong-Strassen (2005) a mis en évidence que les infirmières de 50 ans et plus en milieu hospitalier de l'Ontario accordent plus d'importance aux pratiques de ressources humaines visant un *design* des processus de travail qui minimise les impacts négatifs sur leur santé que de nouveaux défis et l'enrichissement des tâches (voir tableau 4). La flexibilité de l'horaire de travail et la réduction du temps de travail sont deux mesures que la littérature fait ressortir (FCII, 2006; Armstrong-Strassen, 2005; Andrew, Manthorpe et Watson, 2005). Nos propres résultats quantitatifs confirment ces données en ce qui

concerne les infirmières de 45 ans et plus dans le domaine des soins de longue durée montréalais :

- Des offres institutionnelles de réduction du temps de travail, de travail moins exigeant et d'augmentation de salaire seraient susceptibles de contribuer au maintien à l'emploi de 45,5% des répondantes; alors que
- 21,6% seraient susceptibles de maintenir un lien à l'emploi si ces offres portaient plutôt sur une hausse de responsabilités, l'obtention d'une promotion ou la possibilité de devenir formatrice.

La ventilation de ces taux selon les milieux de pratique montre, par exemple, que les infirmières qui travaillent à domicile sont plus favorables à maintenir un lien à l'emploi si leur temps de travail et ces exigences étaient toutes deux réduites. Elles sont également disponibles en plus grand nombre à devenir formatrices. Voir le tableau suivant :

Tableau 13 : Réponses différenciées aux propositions pour différer la prise de retraite, selon les territoires et les établissements, n=105^{*}, à partir de Tourville (2005).

		Résultats globaux	Même type d'établissement (CHSLD), deux territoires (A et B)		Deux types d'établissements (CHSLD et CLSC), même territoire (B)
			Territoire A - CHSLD (n=19)	Territoire B - CHSLD (n=59)	CLSC - Territoire B (n=27)
Taux de réponses significativement élevé.	<i>Réduire le temps de travail</i>	49,1%	47,4%	48,3%	55,6%
	<i>Travail moins exigeant</i>	46,4%	57,9%	43,1%	59,3%
	<i>Augmentation de salaire</i>	41,1%	42,1%	48,3%	40,7%
Taux de réponse significativement bas.	<i>Exercer plus de responsabilités</i>	10,7%	15,8%	13,8%	11,1%
	<i>Se faire offrir une promotion</i>	27,7%	21,1%	34,5%	33,3%
	<i>Devenir formatrice</i>	34,8%	26,3%	36,2%	51,9%

* Lors de la passation du questionnaire quantitatif, sept répondantes n'ont pas spécifié leur établissement d'appartenance (CLSC ou CHSLD) au sein du territoire B.

Qui plus est, 49,1% des répondantes partiraient plus tôt à la retraite si elles n'avaient aucune contrainte, y compris financière. Les projets personnels comptent pour beaucoup dans ce choix pour 78,5% d'entre elles, mais également les raisons de santé ou de diminution de la forme physique (77%). D'autres résultats de recherche indiquent que les infirmières expérimentées affichent une moins bonne santé physique que les plus jeunes, bien qu'elles soient toutefois « plus saines » mentalement que ces dernières (O'Brien-Pallas, 2005, p. 38).

Sur le plan qualitatif, cette tendance statistique est confirmée par une nette majorité des répondantes qui nous ont en effet mentionné leurs « incapacités » à poursuivre en emploi, à la date d'éligibilité à la prise de retraite, en particulier en raison des préoccupations reliées à leur santé ou leur forme physique. Cette perception est également influencée par l'organisation du travail. Dans le secteur des soins à domicile, l'autonomie, le plus grand contrôle sur ses tâches et le statut professionnel génèrent chez l'infirmière une meilleure perception face au vieillissement, ce qui favorise son maintien à l'emploi (Lauzon, 2003). Les observations *in situ* et les entrevues complémentaires effectuées indiquent que l'aménagement du poste et du temps de travail en CHSLC (OIS021 et EC003) permettent autant ce maintien en emploi qu'en CLSC (OIS004, OIS011 et EC002), pour celles, minoritaires, dont le « profil » converge avec celui qui est valorisé par les nouvelles orientations en matière de soins, dont le « rôle pivot », et dans la mesure où l'organisation du travail, et particulièrement le réaménagement des effectifs, tient compte de leur « jugement » (Rose, 2005; Lapointe *et al.*, 2000). L'« altruisme » et le « désir de prendre soin des autres » sont également des raisons qui motivent des infirmières expérimentées à rester en emploi (O'Brien-Pallas, 2005, p. 32).

Pour une très nette majorité des effectifs, incluant les infirmières, les résultats de notre sondage (voir tableau 7) indiquent les formes à la fois variées, mais aussi homogènes de cessation d'activités selon les revenus du ménage : plus ils seront élevés, plus les salariées quitteront tôt en retraite. Ce rapport à la retraite s'inscrit donc dans une réflexion plus large sur les limites des initiatives locales de la part des

organisations publiques de travail en ce qui concerne le maintien en emploi des salariées devant les modalités de sorties établies à un niveau national quant aux régimes de retraite. Nous avons déjà soulevé combien les régimes de retraite structuraient massivement les sorties d'activités, peu importe que les salariées d'expérience perçoivent leurs compétences comme reconnues ou non. Nous avons aussi explicité que la valorisation ou non de certaines compétences, ou le poste qui était occupé par une personne au sein d'une organisation, constituaient une modalité de construction des vieillissements au travail (Lagacé *et al.*, 2005).

Cette « attraction structurelle » vers la sortie nuance, voire « brouille », les axes d'analyse que nous avons approfondis jusqu'à présent en matière de cadres bureaucratiques, de modèles de pratique institués ou de styles de gestion. Mais elle confirme néanmoins la pertinence de notre stratégie méthodologique qualitative dans le but de mieux comprendre le sens que donnent les répondantes à leur expérience, d'en saisir les nuances et les dynamiques variées, dans leur rapport aux structures formelles (Silverman, 2000; Friedberg, 1997; Gubrium et Sankar, 1994). Cette démarche caractérise, par exemple, comment les transformations des dernières années influencent le travail des infirmières d'expérience qui maintiennent leur lien en emploi et celles qui, au contraire, n'aspirent qu'à partir. L'analyse comprise dans cette démarche permet aussi de mieux comprendre l'articulation des « compétences complémentaires » (Armstrong et Armstrong, 2002) qui sont en jeu, comment et sous quelle forme elles sont prises en compte par l'organisation. Ce processus de recherche met également en lumière les tensions qui se manifestent à travers les rapports aux autorités (administrative et professionnelle), aux autres catégories professionnelles ou autres acteurs d'importance, tels que la famille, mais aussi les infirmières moins expérimentées, que nous verrons à l'instant.

Alors que les demandes en matière de soins de santé chez les personnes âgées augmentent (Savard, 2002), une minorité d'infirmières d'expérience dans le domaine des soins de longue durée possèdent les compétences complémentaires à la qualification de base valorisées par les nouvelles orientations en matière de soins de

santé sont disposées à maintenir un lien à l'emploi à la date d'éligibilité à la retraite. La majorité des infirmières de 45 ans et plus ne veulent ou ne peuvent poursuivre en emploi : les initiatives locales pour en retenir un plus grand nombre, et qui prennent des formes différenciées selon le cadre bureaucratique, le modèle de pratique et/ou le style de gestion, ne suffisent pas devant l'« attraction structurelle » vers la sortie que représentent les régimes de retraite publics.

En plus de cette force d'attraction que constituent les régimes de retraite, les tensions que génèrent les transformations du cadre bureaucratique sur les formes instituées d'activités professionnelles apparaissent également des facteurs explicatifs de cessation d'emploi salarié. Notre analyse rejoint des conclusions d'autres recherches en ce qui concerne, par exemple, le peu de prise en compte du jugement de la professionnelle par l'autorité administrative, l'intensité de son « travail compensatoire » (Villeneuve, 2005) ou de son « surutilisation » (O'Brian-Pallas *et al.*, 2005), la faible « performance » (Le Boterf, 2005) perçue par l'infirmière expérimentée en regard aux nouvelles normes institutionnelles, ou encore son manque de « contrôle » sur son environnement de travail (Brunoro, 2007). La prochaine section vise, quant à elle, à analyser cette question du vieillissement sous l'angle du rapport intergénérationnel.

Relations intergénérationnelles

L'analyse des transformations démographiques sous l'angle de l'activité professionnelle du personnel soignant d'expérience mérite que nous nous attardions à la relation avec celui qui est moins expérimenté. La fragilisation des équipes de travail à la suite de départs massifs et, par la suite, les années nécessaires à la consolidation des compétences collectives ont déjà été notées par la Commission d'étude sur les services de santé et des services sociaux (2000). Au même titre que les relations interprofessionnelles que nous avons analysées plus tôt, y compris celles avec le personnel d'agences de placement, nous emprunterons dans cette section le même type de démarche.

Les données empiriques présentées au chapitre précédent ont montré le déséquilibre de la pyramide des âges de certains établissements des territoires A et B au profit d'un nombre plus élevé d'effectifs de 45 ans et plus. Nous avons analysé que ce déséquilibre présente des similitudes avec les tendances observées à partir des données statistiques de l'OIIQ sur la population infirmières du Québec, et en particulier celle de Montréal. Nous analyserons ce déséquilibre à partir de 1) l'impact de l'enchâssement historique du cadre bureaucratique dans les conventions collectives en place, leur impact sur l'attraction et la rétention du personnel, 2) le « fossé de générations » (Riedel, 2009) qu'il produit et, finalement, 3) les « capacités de choix et de stratégies » des acteurs.

1) Impact historique d'un régime enchâssé dans les conventions collectives

Comprendre la force d'attraction des régimes de retraite actuels sur les cessations massives d'activités professionnelle nécessite de s'attarder brièvement sur leur enchâssement historique à l'intérieur des conventions collectives. Ce rapide détour nous sert de clé de compréhension pour analyser les données de recherche qui indiquent combien la primauté de l'ancienneté, elle-même inscrite dans les conventions collectives, sert de marqueur temporel, si on peut dire, en matière de retraite. Le modèle hiérarchique-wébérien que décrit Merrien (1999) (voir tableau 1) illustre ce cadre bureaucratique, cette « régulation hiérarchique désuète » (Bégin *et al.*, 1999), que les orientations gouvernementales tendent de réformer depuis plusieurs années. Il explique également comment se construisent « les vieillissements » (Lagacé *et al.*, 2005) au travail, et le rapport intergénérationnel.

Aujourd'hui, ce système de retraite est non plus basé sur le « risque vieillesse » d'après-guerre, mais plutôt sur un « droit à la retraite » (Guillemard, 2003). Nos données ont montré les répercussions de ce système sur l'organisation du travail. C'est l'ancienneté qui déterminera non seulement le moment du départ, mais aussi le choix des plages horaires de travail, des vacances estivales ou des postes de travail

qui seront « affichés ». En ce sens, les résultats de notre sondage sont éloquents : Plus des trois quarts des répondantes travaillent de jour, l'autre quart de soir, 76,6% d'entre elles ont choisi cet horaire de travail. Combiné aux restrictions budgétaires qui limitent l'« ouverture » de postes dans la fonction publique, ce cadre bureaucratique limite l'attraction et la rétention des jeunes employées.

Nombre de commentaires recueillis, surtout ceux dans la partie qualitative réservée à cet effet dans notre sondage, convergent avec la tendance qui veut qu'une éventuelle réforme des régimes de retraite soit inacceptable (Scott, 2005). Cette position est justifiée par les conditions de travail difficiles auxquelles le personnel soignant est astreint en plus d'une entrée tardive des femmes sur le marché du travail couplée à leurs responsabilités familiales, ainsi qu'à un statut précaire (ex. temps partiel). L'étude de Armstrong-Strassen (2005) a même fait ressortir que la bonification des formes de compensation financière ou de bénéfices était une mesure de pratique de ressources humaines considérée comme importante par les infirmières de 50 ans et plus.

Selon le point de vue du personnel âgé de 45 ans et plus, un certain nombre d'éléments relatifs à l'impact du cadre bureaucratique en place sur les moins expérimentées ont été identifiés : une fin de semaine sur deux de travail à leur offrir, emploi souvent sur appel, quart de travail de nuit, contexte de développement de compétences difficile, congédiement si elles ne respectent pas leur engagement à travailler selon un minimum de disponibilités, etc. Ces différents obstacles favorisent sans contredit leur migration vers les agences privées de placement de personnel, comme nous le verrons plus loin.

Les conditions de celles, minoritaires, qui accepteraient de maintenir leurs compétences spécifiques en emploi commencent à être mieux documentés. Bettache (2007) s'est intéressé aux différents types de mesures visant à favoriser le maintien en emploi et l'engagement organisationnel chez les cadres du réseau de la santé et des services sociaux montréalais, et il ressort que c'est surtout l'aménagement de

l'« emploi-mandats » et la planification de carrière qui sont les éléments (« grappes de pratiques ») considérés comme important par les gestionnaires de 50 ans et plus du réseau de la santé et des services sociaux montréalais. Chez les infirmières (non cadres) que nous avons rencontrées, le maintien de leurs compétences spécialisées et recherchées se négocie sous forme d'aménagement de temps de travail (aucune fin de semaine ni jours fériés de travail, emploi de jour seulement, à temps partiel, jamais de présence au travail l'été, etc.) ou de poste de travail qui prend la forme de projets spéciaux, tels que la vaccination de masse ou la mise à jour de protocoles de soins. Compte tenu que la courte durée de ces derniers projets s'inscrit dans une présence globalement régulière, mais néanmoins aménagée, sur les lieux de travail, nous préférons ne pas employer le terme « emploi-mandats » de Bettache (2007), d'autant plus que la population visée par notre étude n'est pas principalement constituée de cadres d'expérience. Plus rarement, le maintien en emploi peut également prendre la forme d'un statut autonome (et on ne parle pas ici des infirmières qui travaillent pour le compte d'une agence privée, mais bien à leur propre compte); il y a 1 200 infirmières avec ce statut au Québec, soit 1,8% de l'effectif total (OIIQ, 2008a).

La littérature indique que dans un environnement complexe et dans une perspective d'intégration et de coopération, ce type d'« ajustements mutuels » constitue une des meilleures formes de coordination du travail (Mintzberg et Glouberman, 2001; Mintzberg, 1982). D'autres auteurs privilégient également cette « approche flexible » de « retraite progressive » dans la mesure toutefois où les mesures de soutien proposées s'inscrivent tout au long de la carrière (Leifer, 2005; Buchan, 2000a), afin de privilégier non pas un « emploi à vie », mais plutôt une « carrière à vie » (Buchan, 2000b).

Les infirmières d'expérience bénéficient pour la grande majorité d'acquis sociaux historiquement construits après la Deuxième guerre qu'il apparaît inacceptable de remettre en question, d'autant plus que l'évolution du travail infirmier est intimement liée au statut des femmes dans la société, ainsi qu'à des conditions et des transformations difficiles. L'ajustement mutuel (Mintzberg et Glouberman, 2001)

semble offrir une voie prometteuse pour maintenir à l'emploi celles que le désirent. Qu'en est-il alors pour celles, moins expérimentées, qui débutent en emploi? Sur cette question, des auteurs mettent de l'avant l'importance de ne pas uniquement tenir compte des besoins particuliers d'un groupe d'âge, mais aussi des autres, dont celui des plus jeunes infirmières (Armstrong-Strassen, 2005; Andrew, Manthorpe et Watson, 2005); nous verrons à la prochaine section le fossé qui sépare ces dernières des plus âgées.

2) Fossé de générations

Les différenciations que nous avons observées entre le personnel soignant expérimenté et moins expérimenté ont fait l'objet d'une attention dans le cadre de divers travaux de recherche (Riedel, 2009; O'Brian-Pallas *et al.*, 2005; Armstrong-Strassen, 2005). Malgré les irritants que les répondantes ont identifiés dans le cadre de leurs activités professionnelles, nous voyons aussi que de façon générale les compétences des infirmières d'expérience sont reconnues et une marge de liberté est présente dans le cadre de leurs activités professionnelles. Le matériel qualitatif a mis en évidence que ces compétences complémentaires à la qualification de base donnant droit à la « licence » (Hugues, 1958) ne permettaient pas de distinguer certaines infirmières auxiliaires d'autres infirmières, mais permettaient de les différencier des novices tellement leurs compétences, mais aussi les connaissances fines qu'elles ont du milieu de travail et des personnes âgées, leur permettent non seulement un enchaînement productif des tâches plus ou moins complexes qu'elles ont à effectuer, mais aussi de développer une relation de confiance nécessaire à leur accomplissement. La littérature met en évidence des résultats similaires chez celles qui, comme les répondantes de notre étude, détiennent un emploi dit « protégé ».

En effet, O'Brian-Pallas *et al.* (2005) indiquent que celles qui occupent un poste à temps plein perçoivent qu'elles ont plus d'habiletés et d'autonomie, sont généralement plus satisfaites que les plus jeunes, ce qui se répercute, notamment, sur une relation plus efficace avec les médecins. Rappelons que cette dernière relation

interprofessionnelle est également facilitée, selon Glouberman et Mintzberg (2001), par un milieu de travail de type « soins de santé », comparativement à celui de type « traitement de maladies ». Bien que la moitié des infirmières expérimentées se disent « malheureuses » de leur choix professionnels (50%), elles sont néanmoins moins susceptibles de quitter leur poste que les moins expérimentées (O'Brien-Pallas *et al.*, 2005), ce qui s'explique selon nous par les avantages que leur confère leur statut d'emploi, ce que ces derniers auteurs ont d'ailleurs mis en évidence (salaire et sécurité d'emploi). Nos données quantitatives (voir tableau 7) confirment que plus les revenus du ménage sont élevés et/ou plus la salariée estime avoir des revenus de retraite suffisants, plus la prise de retraite s'effectuera tôt.

Par ailleurs, l'impact d'un accueil inhospitalier de jeunes recrues, toutes catégories professionnelles confondues, a été soulevé dans le cadre de notre recherche. Il prend par exemple la forme d'une délégation de tâches ingrates. Cette pratique ne semble toutefois pas généralisée à tous les établissements, certains ayant même mis sur pied une structure d'accueil, sous forme de jumelage d'employées, par exemple. Rappelons également que 76,2% des répondantes de notre sondage ont indiqué que la répartition du travail entre elles et les plus jeunes devrait être le fruit d'une discussion entre elles, et non d'une imposition de la direction. Il reste néanmoins que ces pratiques informelles inhospitalières sont bien présentes, et qu'elles ont également été identifiées ailleurs (Riedel, 2009). Elles influencent assurément l'attraction et la rétention de nouvelles employées. D'autant plus que la presque totalité des répondantes à notre sondage (92,6%) veulent garder leurs acquis sociaux même si elles savent que la prochaine génération de travailleuses n'aura pas les mêmes avantages.

Nos résultats de recherche mettent aussi en évidence combien les nouvelles orientations gouvernementales en matière de soins de santé transforment les formes de pratiques déjà instituées, ce qui confronte les infirmières qui ne veulent ou ne peuvent intégrer à leur pratique les nouvelles formes prescrites. Il ressort de l'étude de Riedel (2009) que les infirmières d'expérience qui ont bénéficié d'une formation

en hôpital (*Hospital-based diploma*) se disent mieux préparées que les nouvelles diplômées universitaires à faire face aux problématiques complexes rencontrées dans les milieux de travail. Même si ce point de vue concerne exclusivement des infirmières de la Colombie-Britannique qui proviennent de domaines de soins variés, il rejoint néanmoins en partie celui de Mintzberg et Glouberman (2001) sur l'inadéquation des modèles de gestion de soins infirmiers enseignés à l'université avec les problèmes concrets rencontrés en milieu de pratique, ce qui entraîne, écrivent-ils, leur abandon par les jeunes et nouveaux gestionnaires au profit d'un style plus traditionnel, voire la supervision directe, inadaptée à une Bureaucratie Professionnelle. À la lumière de notre propre recherche, et particulièrement de l'impact du style de gestion en vue de rapprocher les dimensions administratives et des soins de santé, nous souscrivons à ce point de vue. D'ailleurs, les travaux de Richer (2007; 2006) ont montré les limites de l'implantation d'un modèle théorique, voire académique, dans un milieu de soin (Interrogation appréciative). La portée « universelle » de ce type de modèle est visiblement peu adaptée à la complexité des organisations de services. Uniquement dans le domaine des soins de longue durée, nous voyons par la présente recherche les divergences qui se manifestent entre deux territoires voisins, et même entre deux unités d'un même établissement.

Reconnues pour leurs compétences, plus satisfaites à l'emploi que les infirmières moins expérimentées, les infirmières expérimentées sont moins susceptibles de quitter leur emploi salarié avant la date d'éligibilité à la retraite en raison des avantages que leur confère leur poste, et dont elles veulent précieusement conserver les acquis même si elles savent que la prochaine génération n'aura pas les mêmes avantages. Ce déséquilibre intergénérationnel se manifeste alors que certaines infirmières moins expérimentées font l'objet d'un accueil inhospitalier à leurs débuts dans la profession.

3) Capacités de choix et de stratégies

À l'instar de la réflexion de D'Amours *et al.* (1999) sur les « capacités de choix et de stratégies » des chômeurs de 45 ans et plus de longue durée, les mêmes capacités réflexives se manifestent chez les infirmières de 45 ans en ce qui concerne les modalités hétérogènes de cessation d'activités professionnelles. Nous avons vu plus tôt que les avantages que leur conférait leur poste « protégé » étaient un facteur de maintien en emploi, du moins jusqu'à la date d'éligibilité à la retraite; une minorité d'infirmières feront le choix de prolonger leur emploi salarié dans la mesure où des aménagements de temps ou de poste de travail, voire de projets spéciaux, seraient préalablement négociés. Plusieurs autres choisiront de poursuivre leurs activités professionnelles par l'intermédiaire d'agences privées de placement.

En effet, les infirmières âgées de plus de 50 ans constituent 21% des effectifs des agences privées. Le revenu d'appoint à la retraite est la principale raison qui les motive à migrer vers ce marché privé, ainsi que la charge allégée de travail. La combinaison « expérience/support » fait en sorte qu'elles sont très bien acceptées dans les milieux de travail, surtout si elles font à l'occasion du temps supplémentaire. Tant chez les infirmières d'expérience que chez les moins expérimentées qui travaillent au sein de ces agences, le domaine des soins à domicile est particulièrement prisé, surtout pour son horaire de jour (OIIQ, 2008a; 2008b).

Les infirmières âgées de moins de 29 ans constituent également un peu plus du cinquième (22%) des effectifs des agences privées. L'Ordre formule l'hypothèse qu'elles constituent une large partie des effectifs qui ont alimenté la croissance importante des agences depuis les dernières années, principalement en raison du choix de l'horaire, surtout chez celles qui sont parents, et des conditions de travail.

Ce phénomène constitue certainement une piste de recherche intéressante, d'autant plus que O'Brien-Pallas *et al.* (2005) indiquent que c'est au Québec que les jeunes infirmières ou celles qui n'occupent pas un poste à temps plein songent le plus à quitter la profession. Cette question est d'autant plus pertinente socialement en regard du domaine de soins aux personnes âgées, car les demandes en la matière sont

appelées à augmenter (Savard, 2002) alors que les nouvelles diplômées ou celles qui travaillent déjà dans le réseau de la santé et des services sociaux se montrent peu intéressées par ce choix de carrière (Bouvier, 2009; Rose, 2005). Cette question gagnerait également à être approfondie dans une perspective de transformation du rapport au salariat (Castel, 1995) et du rapport entre l'État et le marché privé (Laville, 2005) dans le secteur de la santé et des services sociaux.

En ce qui concerne les transitions entre le travail et la retraite, les données de l'OIIQ (2008a; 2008b) indiquent clairement l'attrait important que constituent les agences privées de placement de personnel sur les infirmières de 50 ans et plus. Ces dernières choisissent de rejoindre les effectifs des agences privées selon leur degré de motivation à accroître leur revenu de retraite.

Conclusion

Les caractéristiques démographiques de la population visée par notre recherche sont équivalentes aux données statistiques produites par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec sur l'ensemble des infirmières de 45 ans et plus œuvrant sur le territoire montréalais : elles composent plus d'une professionnelle sur deux. Bon nombre des infirmières montréalaises qui travaillent dans le domaine des soins de longue durée peuvent potentiellement prendre leur retraite dès maintenant, c'est à dire 1413 sur les 3500 âgées de 55 ans et plus. À titre de comparaison, 4500 infirmières à travers tout le Québec avaient choisi de se prévaloir de l'offre gouvernementale de retraite anticipée à la fin des années 90!

Les offres locales, souvent teintées d'ajustements mutuels, qui visent le maintien en emploi d'une minorité d'infirmières qui possèdent les compétences complémentaires recherchées par les nouvelles modalités de prestations de soins font difficilement le poids devant l'« attraction structurelle » que constituent les régimes de retraite. Et pour celles, peu nombreuses, qui acceptent de maintenir leurs activités salariales, les

exigences, les tensions et les paradoxes que génèrent les nouvelles modalités de prestation de soins constituent des incitatifs à quitter.

Cette dynamique n'est pas sans créer des iniquités entre les générations. La littérature a démontré que les infirmières expérimentées attendent la date d'éligibilité à la retraite pour quitter leur emploi salarié. Nos données ont montré que l'écrasante majorité de ces dernières ne sont pas prêtes à remettre en question ce « droit à la retraite », même si, elles savent que la prochaine génération n'aura pas les mêmes avantages. Pas étonnant alors de constater l'attrait que représentent les agences privées de placement de personnel aux yeux des infirmières moins expérimentées. Et elles ne sont pas les seules.

En effet, de récentes données de l'OIIQ indiquent que les nouvelles retraitées expérimentées sont également fortement intéressées à bonifier leurs revenus de retraite en continuant leur pratique professionnelle par l'intermédiaire d'agences privées. Plus d'une infirmière sur cinq au sein de ces agences sont âgées de 50 ans et plus.

Conclusion

L'analyse et l'interprétation des données empiriques présentées dans ce chapitre ont mis en évidence la manière dont s'articulent les activités professionnelles à travers les cadres bureaucratiques en transformation. Des formes différenciées d'activités apparaissent dans les rapports aux autorités administrative et professionnelle, les relations entre les professionnelles et dans les compétences relationnelles selon les modèles de pratique et les styles de gestion institués. Dans une perspective de maintien en emploi à la date d'éligibilité à la retraite, ces formes hétérogènes ne résistent pas à la forte attraction que constituent les régimes de retraite. Les infirmières, minoritaires, qui acceptent néanmoins de maintenir un lien à l'emploi salarié rencontrent toutefois des tensions et paradoxes entre les formes de travail

infirmier prescrites et réelles; la fissure entre le secteur public et le marché privé ne fait alors que s'accroître, par le biais des agences de placement de personnel.

De façon générale, un cadre bureaucratique historiquement construit sur un modèle médical (*cure*) et présentant un style de gestion traditionnel, voire autoritaire, favorisera des rapports davantage conflictuels entre les autorités administrative et professionnelle, ainsi que dans les relations interprofessionnelles. Un cadre qui privilégie un modèle d'accompagnement (*care*) et qui favorise un style de gestion intégrateur faciliteront, au contraire, la capacité des professionnelles à organiser elles-mêmes leur travail, surtout dans le domaine des soins à domicile.

Une des conclusions majeures de cette analyse et interprétation des données empiriques est la possibilité ou non d'enrichir les qualifications de base des professionnelles selon le cadre bureaucratique, le style de gestion et le modèle de pratique institués. Une « double hiérarchie » (Tremblay, 2007a) constitue un frein à une organisation de services que l'on veut plus performante. Un processus de rapprochement entre les domaines administratif et de soins de santé (Mintzberg et Glouberman, 2001) constitue un « compromis social » (Oiry, 2004) qui sollicite les « capacités mobilisatrices » (Le Boterf, 2005) des infirmières d'expérience.

Toutefois, un bon nombre d'infirmières (20%) basculent vers les agences privées de placement de personnel à la date d'éligibilité de leur retraite (OIIQ, 2008a); surtout pour bonifier leurs revenus de retraite. De plus, la très grande majorité ne sont pas prêtes à remettre en question ce « droit à la retraite », même si elles savent que la prochaine génération n'aura pas les mêmes avantages. L'attrait des régimes de retraite couplés à la « surutilisation » (O'Brian-Pallas *et al.*, 2005) ou au « travail compensatoire » (Villeneuve, 2005) génère les changements constatés sur l'activité professionnelle des infirmières d'expérience, ceci surtout, en regard de nos données de recherche, pour celles qui travaillent dans un centre de soins de longue durée. Cette dynamique, qui découle des transformations des cadres bureaucratiques et des activités professionnelles, accentue les « fissures » (Laville, 2005) de la frontière

entre les services publics et ceux du marché privé. Dans le domaine des soins de longue durée, un peu plus de 1400 infirmières montréalaises sur les 3500 âgées de 55 ans et plus peuvent potentiellement prendre leur retraite dès maintenant!

CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette thèse a cherché à comprendre *comment les transformations bureaucratiques influencent l'activité professionnelle des infirmières et du personnel soignant d'expérience depuis les années 90 au Québec dans le domaine des soins aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Elle s'inscrit dans une profonde remise en question de l'État-providence et de son rapport avec le marché privé, plus particulièrement avec les agences privées de placement du personnel. Cette démarche doctorale s'intéresse aux formes hétérogènes que prennent les activités professionnelles et les cadres bureaucratiques en transformation, et en particulier les tensions que génère la confrontation de deux paradigmes dominants : l'un issu des années 70 et l'autre, néolibéral, qui le remet en question.

C'est surtout la « régulation hiérarchique » désuète (Bégin *et al.*, 1999, p. 360) associée au modèle bureaucratique issu des années 70 qui est largement battue en brèche depuis les années 90. Les impératifs économiques et les processus *top down* caractérisent de façon notable les changements visés afin de rendre le système de santé et de services sociaux plus « performant » dans sa réponse aux nouveaux défis auxquels il fait face. Pour ce faire, une « culture d'excellence », une collaboration interdisciplinaire ou une approche territoriale et participative, entre autres choses, sont valorisées (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000). Cependant, le déploiement sur le terrain est inégal. Des recherches ont mis en évidence combien la pratique infirmière est sensible à ces transformations (O'Brien-Pallas *et al.*, 2005; Armstrong-Stassen, 2005).

Non seulement ces transformations influencent les cadres bureaucratiques et la notion de productivité en matière de services publics, mais elles confrontent aussi les modèles de pratique infirmière institués. Toutefois, Lapointe *et al.* (2000) ont souligné que les nouvelles orientations en matière de gestion et de planification des soins n'entraînent pas « automatiquement » une rationalisation industrielle du travail infirmier, mais peuvent, au contraire, offrir une « rationalisation professionnelle ».

Les « compétences relationnelles » (Gadrey, 1996) propres à la pratique infirmière, dont le jugement et l'autonomie face aux situations complexes, rendent en effet peu probable leur « industrialisation ».

En ce qui concerne plus spécifiquement les infirmières et le personnel soignant d'expérience, des recherches ont mis en évidence la place privilégiée et stratégique qu'ils occupent au sein d'organisations de soins, ce qui n'est pas sans influencer leur pouvoir ou leur contrôle sur les processus de décision et leurs tâches (Lauzon, 2003), mais aussi leur marge d'autonomie et la valorisation de leurs compétences (Lesemann et Tourville, 2006). Bien que certains membres du personnel soignant soient disposés à maintenir un lien avec l'organisation de travail à la date d'éligibilité à la retraite, les régimes de retraite structurent massivement les sorties d'activités de l'ensemble d'entre eux (Lagacé *et al.*, 2005).

Le cadre d'analyse de cette thèse visait à approfondir la façon dont les changements en cours depuis plus d'une décennie modifient les cadres bureaucratiques dans lesquels s'inscrivent les activités professionnelles, mais aussi les trajectoires de cessation de cette activité. Premièrement, ce cadre a tenu compte non seulement des fondements théoriques en matière de structure et de dynamique des organisations (Mintzberg, 1982), mais surtout des derniers développements en matière d'organisation et de coordination de services de santé (Mintzberg et Glouberman, 2001; Mintzberg et Glouberman; 2001; Tremblay, 2007a; Tremblay, 2007b). Ce cadre d'analyse tient également compte des principes en matière de sociologie des professions, et plus particulièrement la question des « revendications de territoires professionnels » (Abbott, 1988). Enfin, il s'appuie sur une compréhension des rivalités et de l'interdépendance entre les acteurs à l'intérieur d'un environnement complexe dont ils cherchent à contrôler les zones d'incertitude (Friedberg, 1997; Crozier et Friedberg, 1977).

C'est à travers ce cadre d'analyse que cette thèse approfondit les résultats de recherche parus dans Tourville (2005). Ces derniers sont issus d'une approche

inductive dont les stratégies méthodologiques qualitatives et quantitatives (entrevues semi-dirigées, observations directes, analyse documentaire, sondage, etc.) ont cherché à comprendre à la fois le sens donné par le personnel soignant d'expérience à ses activités professionnelles, mais aussi à documenter de manière objective les phénomènes à l'étude.

Le matériel empirique indique la place importante qu'occupe la notion de « compétence relationnelle » dans le passage entre un mode de gestion de soins propre au modèle médical à un autre plus près du « milieu de vie » de la personne en perte d'autonomie. L'approche milieu de vie, ou encore « centrée sur le client », prend davantage en compte l'histoire de vie et l'ensemble des besoins de la personne en perte d'autonomie, et s'inscrit dans le passage d'un cadre bureaucratique vertical, hiérarchique et centralisé à un autre qui se veut, au contraire, « intégré » et décentralisé. Les données que nous avons recueillies mettent en évidence le rôle dorénavant attendu de la part de l'infirmière, et dont les habilités de « chef » ou de « gestion d'équipe de travail » sont sollicitées à titre d'« intervenante pivot ».

Or, ce ne sont pas toutes les infirmières qui souscrivent à ce type de pratique professionnelle. Leur âge, expérience et trajectoire professionnelle, le poste occupé ou encore le milieu de pratique influenceront le rapport entre leurs activités professionnelles et ce cadre bureaucratique en transformation. Mais de façon globale, elles sont favorables à coordonner leur travail entre elles, ce qui n'est toutefois pas le cas des gestionnaires d'expérience.

La dimension relationnelle au sein des activités professionnelles du personnel soignant d'expérience ainsi que sa perception en ce qui concerne les compétences et l'âge présentent des formes contrastées, voire opposées. D'une part, certaines répondantes estiment que l'ensemble de leurs interactions ont diminué à la suite des transformations des dernières années (départs à la retraite, complexité des problématiques de la clientèle, dont les troubles cognitifs, restrictions budgétaires ou d'effectifs), et ce, tant avec leurs collègues qu'avec les personnes en perte

d'autonomie. De même, certaines n'associent pas les compétences à l'âge; peu importe ce dernier, disent-elles, ce sont plutôt les connaissances et le « savoir-être » de la salariée qui prévalent au sein de l'activité professionnelle. D'autre part, les observations *in situ* ont permis d'approfondir, au contraire, les multiples détails qui caractérisent la relation avec les collègues ou les personnes en perte d'autonomie. La manifestation de ces « compétences relationnelles », par exemple le rôle de « protection » de la personne en perte d'autonomie, s'inscrit toutefois dans un contexte d'alourdissement du travail; l'apparition de professionnelles qui travaillent pour le compte d'agences privées de placement en est en partie responsable. Également, des répondantes associent intimement les compétences à l'âge, et plus particulièrement à travers les relations interpersonnelles. Peu importe le clivage dans les réponses, les répondantes estiment que les compétences associées à leurs fonctions sont reconnues par l'organisation.

Des résultats s'opposent également en ce qui concerne l'influence du cadre bureaucratique sur les « capacités » ou l'« intérêt » des infirmières d'expérience à maintenir un lien à l'emploi à la date d'éligibilité à la retraite. La majorité des répondantes s'estiment « incapables » de conserver un tel lien alors qu'une minorité d'entre elles exprime un intérêt face au nouveau rôle souhaité chez l'infirmière. Quantitativement, la prise de retraite à bas âge est marquante, surtout pour celles qui occupent une fonction et possèdent une rémunération élevées (ex. cadres).

Des contrastes apparaissent aussi en ce qui concerne les rivalités entre des infirmières d'expérience et d'autres catégories professionnelles, y compris le personnel qui provient d'agences privées de placement.

Ces formes hétérogènes ne tiennent pas uniquement compte des responsabilités, des marges d'autonomie ou des initiatives proposées que les répondantes perçoivent élevées, mais aussi du style de gestion qui caractérise ces transformations (traditionnel ou intégrateur). Aussi, la confrontation des changements du cadre bureaucratique sur l'activité professionnelle se manifestera différemment selon la

vision paradigmatique qu'aura le personnel soignant sur sa pratique. Les résultats quantitatifs soulignent que ce paradigme sera influencé par trois dimensions : le territoire de pratique, le type d'établissements de services et l'unité spécifique de travail.

Sur le plan analytique et interprétatif, l'influence différenciée qu'ont eu les transformations bureaucratiques sur l'activité professionnelle des infirmières et du personnel soignant d'expérience, depuis les années 90, dans le domaine des soins aux personnes en perte d'autonomie, s'illustre dans les rapports qu'entretient ce personnel avec les autorités administrative et professionnelle, dans ses relations interprofessionnelles et dans la manifestation de ses compétences relationnelles.

L'activité professionnelle des membres du personnel soignant s'illustre par la manifestation de rapports plus conflictuels avec les autorités administrative et professionnelle, ainsi que dans leurs relations interprofessionnelles. Ces conflits sont apparus depuis le passage d'un cadre bureaucratique historiquement construit sur un modèle médical (*cure*) et associé à un style de gestion traditionnel, voire autoritaire, à une approche milieu de vie qui privilégie, quant à elle, un modèle d'accompagnement (*care*) favorisant des services associés aux besoins spécifiques de la personne en perte d'autonomie, et dont le style de gestion intégrateur rapproche les domaines administratif et de soins de santé.

Dans le domaine des soins aux personnes âgées en perte d'autonomie, le principal bouleversement du cadre bureaucratique sur l'activité professionnelle est de ne plus considérer la personne comme un « patient malade », qui doit se soumettre passivement à un modèle médical, mais bien de la considérer comme « partenaire actif » en lui offrant un service qui s'ajuste à ses besoins spécifiques. Les organisations de travail qui tendent déjà vers ce modèle et, qui plus est, ont adopté un style de gestion qui intègre les domaines administratif et de soins de santé présentent moins de rivalités entre le personnel soignant, les administrateurs et les autres

catégories professionnelles. Nous retrouvons surtout cette forme d'organisation du travail dans les services aux domiciles des personnes âgées en perte d'autonomie.

Une des analyses et interprétations majeures de cette thèse est la possibilité d'enrichir les qualifications de base des professionnelles lorsque le cadre bureaucratique et le style de gestion institués tendent vers les modèles *care*/intégrateur dans le domaine de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie. L'élimination de la « double hiérarchie » administrative et professionnelle (Tremblay, 2007a) qui en découle favorise des services que l'on souhaite « interdisciplinaires », « excellents » ou « performants », et surtout plus adaptés aux besoins spécifiques de la personne. En matière de compétence, ce processus constitue un « compromis social » (Oiry, 2004) qui sollicite les « capacités mobilisatrices » (Le Boterf, 2005) des infirmières et du personnel soignant d'expérience.

Malgré l'articulation empiriquement mesurée d'un cadre bureaucratique favorisant l'enrichissement de l'activité professionnelle, la force d'attraction vers la retraite, dès la date d'admissibilité, reste incontournable pour le personnel. La très grande majorité des répondantes n'est pas prête à remettre en question ce « droit à la retraite » même si les salariées savent que la prochaine génération n'aura pas les mêmes avantages. La minorité d'entre elles, qui est tout de même favorable à maintenir un lien à l'emploi, fait face à des paradoxes entre un travail prescrit qui est conforme aux nouvelles modalités de services publics et un travail réel qui, lui, la confine dans une prestation de soins traditionnelle et insatisfaisante.

Nos données ont mis en évidence que les impacts défavorables, constitués par les transformations des dix dernières années, peuvent aussi favoriser la décision de prendre sa retraite. D'autres recherches ont également souligné la « surutilisation » (O'Brian-Pallas *et al.*, 2005) des effectifs ou le « travail compensatoire » (Villeneuve, 2005) que génèrent ces changements sur l'activité professionnelle.

Les données de l'OIIQ (2008a) indiquent que 20% des infirmières éligibles à la retraite basculent vers les agences privées surtout pour bonifier leurs revenus de retraite. Une future recherche pourrait explorer les « fissures » (Laville, 2005) qui s'accroissent à la frontière des services publics et de ceux du marché privé; surtout lorsqu'on constate qu'un cinquième de l'effectif infirmier au Québec, soit 14, 000 infirmières de 55 ans et plus, est potentiellement admissible à la retraite dès maintenant.

Bibliographie

Abbott, A. (1988). *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago: The university of Chicago Press. 435p.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M, Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M. and Shamian, J. (2001). "Nurses' Report on hospital care in five countries". *Health Affairs*, May/june, 43-53.

Aiken, L. H. and Sloane, D.M. (1997). "Effects of organizational innovations in AIDS care on burnout among urban hospital nurses". *Work and Occupations*, 24(4), 453-477.

Alderson, M., Morin, E., Rheaume, J., Saint-Jean, M. et Ouellet, F. (2005). "The reorganization of long-term nursing care services: a necessary final evaluation of the impact on work significance and mental health of nurses". *Sante Mentale au Quebec*, 30(2), 345-358.

Andrews, J., Manthorpe, J., and Watson, R. (2005). "Employment transitions for older nurses: a qualitative study". *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 298-306.

Angrosino, M. V. and Mays de Pérez, K. A. (2000). "Rethinking observation. From method to context". In N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (Eds), *Handbook of qualitative research* (2th ed.). California: Thousand oaks, SAGE Publication. 673-702.

Armstrong, P. et Armstrong, H. (2002). *Planification des soins: approches en matière de politiques et de planification des ressources humaines de la santé (No. 28)*.

Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. En ligne, [<http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-79-28-2002F.pdf>], dernière consultation le 17 juin 2010.

Armstrong-Stassen, M. (2005). "Human resource management strategies and the retention of older RNs". *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 18(1), 50-64.

Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2004). *Une vision pour les ressources publiques d'hébergement et de soins de longue durée*. Septembre, 25 p.

En ligne :

[http://chpierrelegardeur.visard.ca/GEIDFile/3735.PDF?Archive=191176891935&File=3735_PDF], dernière consultation le 18 décembre 2010.

Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2003). *Au-delà des structures, mieux servir la population*. Mémoire sur le projet de loi 25 – Loi portant sur les agences de développement de Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Adopté par le conseil d'administration le 28 novembre. Montréal.

Association des établissement privés conventionnés (2010). *Questions et réponses au sujet de l'AEPC*. En ligne : [<http://www.aepc.qc.ca/faq.php>], dernière consultation le 12 décembre 2010.

Baumann, A., O'Brian-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irving Doran, D., Ken, M, Mc-Gillis Hall, L., Vézina, M., Butt, M. et Ryan, L. (2001). *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système. Synthèse pour politiques*. Ottawa: FCRSS; The Change Foundation. En ligne, [http://www.chsrf.ca/nursing_research_fund/pdf/pscomcare_f.pdf]. Dernière consultation le 17 juin 2010.

Beausoleil, J., sous la direction de Marc-André Deniger, Frédéric Lesemann et Éric Shragge (1998). *Recension d'écrits sur les pratiques des entreprises à l'égard de la main-d'œuvre vieillissante*. Montréal : INRS Culture et Société. 151 p.

Bégin, C., Bergeron, P., Forest, P.-G. et Lemieux, V. (1999). *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal. 439 p.

Benner P. and Tanner, C. (1987). « How expert nurses use intuition ». *American journal of nursing*. January, 23-31.

Berger, P. et Luckmann, T. (1986). *La construction sociale de la réalité*. Paris: Méridiens Klincksieck. 288 p.

Bettache, M. (2007). *Les pratiques de gestion des ressources humaines favorisant le maintien en emploi et l'engagement organisationnel des travailleurs vieillissants*. Thèse de doctorat (École des relations industrielles). Montréal : Université de Montréal. 486 p.

Boisvert, J.-C. et al. (2002). *Les rapprochements CLSC-CHSLD dans la région de Montréal-Centre. Un état de situation : les enjeux et les défis*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Bourbonnais, R., Malenfant, R., Viens, C., Brisson, C., Laliberté, D. et Sarmiento, J. (2000). *Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et des infirmiers de l'agglomération du Québec*. Québec: Conseil québécois de la recherche sociale.

Bourgault-Côté, G. (2006a). « Les superinfirmières sont là! » *Le Devoir*, p. A4. 1 novembre.

Bouvier, L. (2009). *L'attraction et la rétention des infirmières dans des programmes de personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement : un défi pour les cadres intermédiaires*. Mémoire de maîtrise (Vieillesse, santé et société). Montréal : Université de Montréal.

Brunoro, C. S. (2007). *Clinical nurse perceptions of who governs the professional environment including control over practice in provincial hospitals in Saskatchewan*. Master in nursing. Saskatoon: Saskatchewan University (College of Nursing).

Buchan, J. (2000a). "Don't leave". *Nursing Standard*, 14(43), 20.

Buchan, J. (2000b). "Keep the gold watch". *Nursing Standard*, 14(29), 25.

Carpentier-Roy, M.-C. (1995). *Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier*. Montréal : Liber.

Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris: Gallimard.

Centre de santé et de services sociaux Drummond (2010). *Ressources intermédiaires et ressources de type familial*. En ligne, [<http://www.csssdrummond.qc.ca/Web/Page.aspx?Id=74>]. Dernière consultation le 12 décembre 2010.

Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher (2010). *Autres ressources pour les personnes âgées*. En ligne, [<http://www.santemonteregie.qc.ca/cssspierreboucher/services/ser/fiche/autres.fr.html>]. Dernière consultation le 12 décembre 2010.

Champagne, F. (2000). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé* (No 39). Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Charpentier, M. (2001). *Vulnérabilité des personnes âgées vivant en résidences privées : enjeux éthiques, positions des acteurs et pertinence d'une régulation*. Thèse de doctorat (Service social). Montréal : Université de Montréal.

Chayer, M. (2000). *L'impact de la restructuration des soins de sante sur la qualification et l'autonomie du personnel infirmier*. Mémoire de maîtrise (Relations industrielles). Université Laval, Canada.

Cloutier E., David H., Ledoux, É., Bourdouxhe, M., Teiger C., Gagnon, I., Ouellet, F. (2005). *Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile*, Publications IRSST. Études et recherches. 261p.

Cloutier, E., David, H., Teiger, C. et Prévost, J. (1999). « Les compétences des auxiliaires familiales et sociales expérimentées dans la gestion des contraintes de temps et des risques de santé ». *Formation Emploi*, (67), 63-75.

Cognet, M., Bertot, J., Couturier, Y., Rhéaume, J. et Fournier, B. (2005). *Pratiques infirmières en milieu pluriethnique. Volet 1: Organisation des soins infirmiers de santé primaire en milieu pluriethnique*. . Montréal: Centre de recherche et de formation CSSS Côte-des-neiges, Métro et Parc-Extension.

Comité de réflexion inter-établissements (2000). *Rapports sur la réflexion relative à la démarche de rapprochement entre CHSLD et CLSC*. Montréal.

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). *Les solutions émergentes*. Québec : Gouvernement du Québec.

Couturier, Y., Gagnon, D. et Dumas-Laverdière, C. (2004). « La compétence contre l'incompétence ? L'erreur de cadre pour un faux débat ». *Nouvelles pratiques sociales*, 17(1), 68-79.

Crozier, M. (1963). *Le phénomène bureaucratique*. Paris : Éditions du Seuil.

- Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris : Éditions du Seuil.
- D'Amour, M., Lesemann, F., Deniger, M.-A. et Shragge, E. (1999). « Les Chômeurs de longue durée de plus de 45 ans : entre exclusion et réflexivité ». *Lien social et Politiques – RIAC*, 42, automne, 121-133.
- Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Gaëtan Morin.
- de Villers, M.-É. (2003). *Multidictionnaire de la langue française*. 4^e édition. Montréal : Éditions Québec Amérique.
- Dench, S. et Grove, J. (2001). "Should the retirement age for nurses stay at 55?" *Nursing Times*, 97(9), 16.
- Denis, J.-L. (2002). *Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada* (No. 36). Ottawa: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
- Denis, J.-L. (1999). Trois modèles et trois terrains pour penser la décentralisation. Dans J.-P. Claveranne (Éd.) *La santé demain. Vers un système de soins sans murs*. Dixièmes entretiens du Centre Jacques Cartier, Rhône Alpes. Paris : Économica.
- Denton, M, Zeytinoglu, I.U., Davies, S. et Lian J. (2002). "Job stress and job dissatisfaction of home care workers in the context of health care restructuring". *International journal of health services*. 32 (2). 327-357.
- Desrosiers, E. (2005). *Peut-on se passer des baby-boomers?* Le Devoir, 11 mai, C6.
- Desrosiers, G. (2007). La pénurie d'infirmières : un second regard s'impose! Montréal, Le Devoir. 5 février, A7.

Desrosiers, G. (1997). « La mise à la retraite des infirmières. Simple écriture comptable ou perte d'expertise irrémédiable? » *L'infirmière*. mai/juin. 4-5.

Dictionnaire Hachette (1989). *Dictionnaire, langue, encyclopédie, nom propres*. Paris : Hachette.

Dubar, C. (1996a). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. 2^e Édition. Paris : Armand Collin.

Dubar, C. (1996b). « La sociologie du travail face à la qualification et à la compétence ». *Sociologie du travail*, 38 (2), 179-193.

Dubé, V. (2005). *Recherche-action visant l'accompagnement des familles lors de l'hébergement de leurs proches en unité de soins de longue durée ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée: une compréhension des pratiques de soignants/intervenants*. Mémoire maîtrise (Sciences infirmières). Québec : Université Laval.

Dugué, E. (1994). « La Gestion des compétences, les savoirs dévalués, le pouvoir occulté ». *Sociologie du travail*, 3, 273-292.

Etzioni, A. W. (1964). *Les organisations modernes*. Paris : Duculot.

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers (FCSII) (2006). *Aller de l'avant : la rétention et la valorisation des infirmières et des infirmiers avec expérience*. Ottawa. 85p.

Fédération des infirmières et des infirmiers du Québec (2003). *Pour l'avenir des services publics...des projets de loi inutiles, incomplets et dangereux*. Montréal : FIIQ.

Freidson, E. (1986). *Professional powers. A study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago : The University of Chicago Press.

Freidson, E. (1970). *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. New-York: Dodd, Mead and Compagny.

Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*. Paris : Seuil.

Friedberg, E. (1988). *L'analyse sociologique des organisations*. Paris: Privat.

Gadrey, J. (1996). *Services: la productivité en question*. Paris: Desclée de Brouwer.

Gadrey, J. (1991). « Les systèmes d'emploi tertiaires : de la segmentation flexible aux approches typologiques ». Dans Jean Gadrey et Nicole Gadrey (Éds). *La gestion des ressources humaines dans les services et le commerce*. Paris : Éditions l'Harmattan. 137-164

Gaullier, X. (1988). *La deuxième carrière : âges, emplois, retraites*. Paris: Éditions du Seuil.

Giauque, D. (2004). « Gestion des ressources humaines et modernisation des administrations publiques ». *Les politiques sociales*, 64(1-2), 47-62

Gibbons, M., Limoges, C., Nowothy, H, Schwartzman, S., Scott, P et Trow, M. (1994). *The new production of knowledge: the dynamics of science and research in contemporary societies*. London: Sage publications.

Giddens, A. (2002). *La troisième voie. Le renouveau de la social-démocratie*. Paris : Éditions du Seuil.

Glouberman, S. et Mintzberg, H. (2001). "Managing the care of health and the cure of disease – part I : Differentiation". *Health care management review*, 26(1), 56-69. En ligne, [<http://www.mcgill.ca/files/desautels/ManagingCare-Part1-Winter2001.pdf>], dernière consultation le 7 décembre 2010.

Goffman, E. (1975). *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Éditions de minuit.

Goffman, E. (1968). *Asiles; études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris: Éditions de Minuit.

Goulet, O. (2002). « Une pratique infirmière autonome: un projet ambitieux ». Dans O. Goulet et C. Dallaire (Eds), *Les soins infirmiers: vers de nouvelles perspectives* (pp. 163-180). Montréal: Gaëtan Morin.

Gray, J. (2003). "The needs of order nurses". *Nursing standard*, October 29, 18(7). 3.

Gubrium, J. F. et J. A. Holstein (2000). "Analyzing interpretive practice". Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (Eds), *Handbook of qualitative research*, (pp. 487-508). Thousand oaks, California: SAGE Publication.

Gubrium, J. F. et Sankar, A. (1994). *Qualitative methods in aging research*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.

Guérin, G. (1991). « Les pratiques de gestion en matière de vieillissement ». Dans R. Blouin *et al.* (Eds), *Vieillir en emploi* (pp. 51-89). Québec : Presses de l'Université Laval.

Guérin, G. et Saba, T. (2001). *L'extension de la vie professionnelle des cadres des établissements de santé et de services sociaux de Montréal-Centre*. Rapport de recherche, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Guillemard, A.-M. (2005). *L'âge de l'emploi, les sociétés à l'épreuve du vieillissement*. Conférence d'ouverture. Symposium Vieillesse et citoyenneté. Auditorium de la Bibliothèque nationale du Québec. 1 novembre.

Guillemard, A.-M. (2003). *L'âge de l'emploi : les sociétés à l'épreuve du vieillissement*. Paris : Armand Colin.

Guillemard, A.-M. (1996). *La gestion des âges dans l'entreprise en France: combattre les barrières d'âge au recrutement et à la formation*. Dublin: Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Working paper # WP/96/41/FR.

Holmes, D. (2001). *Articulation du contrôle social et des soins infirmiers dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire*. Thèse de doctorat (Sciences infirmières). Montréal : Université de Montréal.

Hughes, E.C. (1958). *Men and their work*. Glencoe : Free Press.

Institut canadien d'information sur la santé (2006). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2006*. Ottawa. En ligne, [http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_592_F&cw_topic=592&cw_rel=AR_31_F].

Institut canadien d'information sur la santé (2005). *Points saillants sur la main-d'oeuvre infirmière réglementée au Canada*. Ottawa. En ligne, [http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_588_F&cw_topic=588&cw_rel=AR_1173_F].

International Masters for Health Leadership (IMHL) (2009). En ligne, [<http://www.mcgill.ca/desautels/imhl/>]. Dernière consultation le 2010-06-19.

Jaccoud, M. et Mayer, R. (1997). « L'observation in situ et la recherche qualitative ». Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, et A. Pires. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin. 238-274.

Jacquard, A. (1995). *J'accuse l'économie triomphante*. Paris : Calmann-Lévy.

Johnson, T.J.(1972). *Professions and power*. London: MacMillan.

Karasek, R. et Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.

Kérouac S., Pépin J., Ducharme F. et Major F. (2003). *La pensée infirmière*. 2e édition. Laval : Beauchemin.

Kristensen, T. (1999). "Challenges for research and prevention in relation to work and cardiovascular diseases". *Scandinavian journal of work, environment and health*, 25 (6), 550–557.

Lagacé, C., Tourville, Y. et Robin-Brisebois, A., avec la collaboration de Stéphane Crespo, sous la direction de Frédéric Lesemann (2005). *Vieillesse de la main-d'oeuvre, pratiques d'entreprises, politiques publiques: développer une compréhension différenciée du phénomène pour mieux agir*. Montréal, INRS-Urbanisation, Culture et Société, septembre, 202 p. En ligne, [http://www.transpol.org/pdf/transpol_rapport24.pdf]. Dernière consultation le 19 juin 2010.

Lamothe, L. (1996). *La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultraspécialisés*. Thèse de doctorat (Faculté de gestion). Montréal : Université McGill.

Laperrière, A. (1984). L'observation participante et la recherche-action. Dans B. Gauthier (Sous la direction). *Recherche sociale*. (pp. 227-246) Québec : Presses de l'Université du Québec.

Lapointe, P.-A., Chayer, M., Malo, F. B., & Rivard, L. (2000). « La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier ». *Nouvelles pratiques sociales*, 13(2), 164-180.

Larivière, C. (1994). *Styles de gestion, satisfaction au travail et efficacité organisationnelle dans 11 CLSC*. Thèse de doctorat (Sociologie). Montréal : Université de Montréal.

Larson, M. S. (1977). *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley, Calif. : University of California Press.

Lascoumes, P. (1996). Rendre gouvernable : de la « traduction » au « trancodage ». L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique. Dans J. Chevalier *et al.* *La Gouvernabilité* (pp. 325-338). Paris : Presses universitaires de France.

Lauzon, M., sous la direction de Frédéric Lesemann (2003). *Le vieillissement en emploi dans le secteur de la santé et des services sociaux: le cas d'un CHSLD-CLSC*. Montréal: INRS-Urbanisation, culture et société. En ligne, [http://www.transpol.org/pdf/transpol_rapport14.pdf]. Dernière consultation le 17 juin 2010.

Laville, J.-L. (2005). *Sociologie des services : entre marché et solidarité*. Ramonville Saint-Agne: Érès.

Lavoie-Tremblay, M., O'Brien-Pallas, L., Viens, C., Brabant, L. H. et Gélinas, C. (2006). "Towards an integrated approach for the management of ageing nurses". *Journal of Nursing Management*, 3(14), 207-212.

Le Boterf, G. (2005). La compétence professionnelle. De quoi s'agit-il? Comment l'évaluer? Quelques hypothèses de travail. Conférence donnée à la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Montréal, le 6 mai.

Le Boterf, G. (2002). « La gestion des compétences rattrapée par les âges ». *Actualité de la formation permanente*, 181, novembre-décembre, Centre INFFO, p. 123-126. En ligne, [<http://www.guyleboterf-conseil.com/images/formation%20permanente.pdf>]. Dernière consultation le 17 juin 2010.

Leifer, D. (2005). "Carry on nursing". *Nursing Standard*, 20(2), 24-27.

Lesemann, F. (2003). Investir dans la main d'œuvre d'expérience, une question de compétitivité pour les entreprises du Québec et un enjeu pour la société québécoise. Colloque *La main d'œuvre vieillissante au cœur des organisations : un investissement stratégique*. Organisé par le CPQ, Montréal, le 31 janvier 2003. En ligne, [http://www.transpol.org/pdf/transpol_conference4.pdf] Dernière consultation le 17 juin 2010.

Lesemann, F. (2000). « Les nouveaux visages du vieillissement ou l'âge du vieillissement ». *Le Gérontophile*, 22(3), 9-12.

Lesemann, F. (1981). *Du pain et des services*. Québec : Éditions coopératives A. Saint-Martin.

Lesemann, F. et D'Amours, M. (2006). *Vieillesse au travail, emplois et retraites*. Montréal : Éditions Saint-Martin. 216 p.

Lesemann, F. et Tourville, Y. (2006). « Vieillissement de la main d'œuvre infirmière, aménagements des conditions de travail et impacts des régimes de retraite ». *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, 2(1), 14-17.

Letvak, S. (2002). "Retaining the older nurse". *Journal of Nursing Administration*, 32(7/8), 387-392.

Lyman, Karen A. (1994). Fieldwork in groups and institutions. In J. F. Gubrium et A. Sankar (Eds), *Qualitative methods in aging research* (pp. 155-170). Thousand Oaks, California: SAGE Publications.

Mallison, M. B. (1987). "Disposable nurses? Or aging experts?". *American journal of nursing*, january. 7.

Merrien, F.-X. (1999). « La Nouvelle Gestion publique: un concept mythique ». *Lien social et politiques - RIAC*, 41 (Printemps), 95-103.

Ministère de la santé et des services sociaux (2010). *Hébergement et soins de longue durée, 1992 à 2009*. Base de données STATÉVO. Québec : Service du développement de l'information, Gouvernement du Québec. En ligne, [http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=134,84,0,0,1,0]. Dernière consultation le 18 décembre 2010.

Ministère de la santé et des services sociaux (2001). *Rapport du forum national sur la planification de la main-d'oeuvre infirmière*. Québec: Gouvernement du Québec. En ligne, [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-514.pdf>]. Dernière consultation le 17 juin 2010.

Ministère de la santé et des services sociaux (1998). *Le virage ambulatoire en santé physique. Enjeux et perspectives*. Collection Études et analyses. Québec : MSSS, Direction de la planification et de l'évaluation

Mintzberg, H. (2004). *Managers not MBAs: a hard look at the soft practice of managing and management development*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers. 463 p.

Mintzberg, H. (1989). *Le management : Voyage au centre des organisations*. Paris : Éditions organisation.

Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Éd. d'Organisation.

Mintzberg, H. et Glouberman, S. (2001). "Managing the care of health and the cure of disease – part II : Integration". *Health care management review*, 26(1), 72-86. En ligne, [<http://www.mcgill.ca/files/desautels/Managing-Care-Part2-Winter2001.pdf>], dernière consultation le 7 décembre 2010.

Montmollin, M. d. (1986). *L'intelligence de la tâche*. Berne: Éditions Peter Lang.

O'Brien-Pallas, L., Alksnis, C., Wang, S., Birch, S., Murphy, G. T., Roy, F. A. et Sajan, P. (2003). "Early retirement among RNs: estimating the size of the problem in Canada". *Hospital Quarterly*, 7(1): 2-9.

O'Brien-Pallas, L., Murphy, G.T., White, S., Hayes, L., Baumann, A., Higgin, A., Pringle, D., Birch, S., McGillis Hall, L., Kephart, G. et Wang, S. (2005). *Construire l'avenir: une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada – Rapport de synthèse de la recherche*. Ottawa : Fuse Communications and Public Affairs Inc.

O'Dowd, A. (2005). "How pension reform will hit nurses". *Nursing Times*, 101(4), 12-13.

Oiry, E. (2004). « L'évaluation des compétences : Un référentiel peut-il être objectif? ». *Sciences humaines*, 154, novembre, 24-25.

Oiry, E. et d'Iribarne, A. (2001). « La notion de compétence : continuité et changements par rapport à la notion de qualification ». *Sociologie du travail*, 43, 49-66.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2008a). *L'OIIQ, inquiet de l'exode des infirmières vers les agences privées, rend public un sondage CROP sur la question*. Salle de presse de l'OIIQ, 12 mars. En ligne, [<http://www.oiiq.org/publications/communiqués.asp?no=219>]. Dernière consultation le 17 juin 2010.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2008b). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2007-2008. Le Québec et ses régions*. Westmount : OIIQ.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2005). *L'OIIQ et la FMOQ s'entendent pour améliorer les services de première ligne*. Communiqué de presse, 20 octobre.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2005a). *Évolution de l'effectif de la profession infirmière au Québec. Donnée au 31 mars 2005*. Octobre. Westmount : OIIQ.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2005b). *Données sur la population infirmière par région administrative à partir du fichier des membres au 31 mars 2005*. Westmount : OIIQ

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2002). *Données sur la population infirmière par région administrative à partir du fichier des membres au 31 mars 2002*. Westmount : OIIQ.

Palier, B. (2003). *La réforme des retraites*. Paris : Presses universitaires de France.
Section : Les résistances institutionnelles et politiques.

Paradeise, C. et Lichtenberger, Y. (2001). « Compétences, compétences ». *Sociologie du travail*, 43 (1), 33-48.

Petit, A. (1989). *Les infirmières : de la vocation à la profession*. Montréal: Boréal.

Pétrin, A., sous la direction de Frédéric Lesemann (2003). *Le vieillissement au travail : le cas d'une entreprise de presse écrite au Québec*. Montréal: INRS-Urbanisation, culture et société. En ligne,
[http://www.transpol.org/pdf/transpol_rapport10.pdf]. Dernière consultation le 18 juin 2010.

Philippe, J. (2007). *Évaluation de l'implantation d'un modèle de gestion partagée dans un établissement de soins de longue durée (SLD)*. Mémoire de maîtrise (Sciences Infirmières). Rimouski : Université du Québec en Rimouski.

Proulx, D. (1998). *L'approche milieu de vie en CHSLD. Cadre de référence*. Laval : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval.

Quivy, R. et van Campenhoudt, L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.

Régie de l'assurance maladie du Québec (2010). *Contribution financière- Ressources intermédiaires*. En ligne,

[<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/contributionetaidefinancieres/ressourcesintemediaries/index.shtml>]. Dernière consultation le 12 décembre 2010.

Richer, J. (2005). *De nouvelles super infirmières*. La Presse. 2 novembre, A18.

Richer, M.-C. (2007). *The effect of appreciative inquiry on the retention of nurses and other professionals and on the development of innovation ideas*. Thèse de doctorat (School of nursing). Montréal: Université McGill.

Richer, M.-C. (2006). « L'interrogation appréciative pour contribuer à la création d'un contexte réceptif dans le secteur de la santé ». Colloque Leadership et savoir des gestionnaires : trame d'une organisation des soins, des services et du travail. Congrès de l'ACFAS. Montréal : Université McGill. 18 mai.

Riedel, J. A. (2009). *Senior nurses involvement in project development : how best to utilize the skills of seniors nurses in the workplace*. Master in science (Nursing). British-Columbia: University of British-Columbia.

Rose, C. M. (2005). *Competencies of registered nurses working in nursing homes in Nova Scotia*. Master in Nursing. Nouvelle Écosse: Dalhousie University.

Salais, R. (1994). « Incertitude et interaction de travail: des produits aux conventions ». Dans André Orléan (sous la direction) *Analyse économique des conventions*. Paris : PUF, 371-403.

Saulnier, D. (2004). Un modèle conceptuel: pourquoi? Extrait d'une conférence et d'un séminaire présenté dans le cadre du programme de formation des infirmières inscrites aux études supérieures de l'Université de Barcelone. Mai.

Sauvé, R. (2003). « Canada — Les riches, les pauvres, et les autres ». *Le magazine transition*, 32(4). En ligne,

[http://www.vifamily.ca/library/transition/324/324_fr.html#2]. Dernière consultation, le 18 juin 2010.

Savard, F. (2002). « L'emploi dans le secteur des services au Québec: évolution et transformation ». *Le Bulletin du CETECH*, 4(2), 6-12. En ligne, [<http://www.cetech.gouv.qc.ca/publications/index.asp?categorie=0700101#liste>]. Dernière consultation le 18 juin 2010.

Scott, H. (2005). "Nurses' retirement age may be increased from 60 to 65". *British Journal of Nursing*, 14(2), 61.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, 1 (1), 27-41.

Silverman, D. (2000). Analyzing talk and text. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (Eds), *Handbook of qualitative research*, (pp. 821-834). Thousand oaks, California: SAGE Publication.

Spurgeon, D. (2000). Canada faces nurse shortage. *British Medical Journal*, 320(7241), 1030.

Statistique Canada (2002). *Profil de la population canadienne selon l'âge et le sexe : le Canada vieillit*. Ottawa : Statistique Canada, No 96F0030XIF2001002. En ligne, [http://www.statcan.ca/cgi-bin/IPS/display_f?cat_num=96F0030XIF2001002]. Dernière consultation le 17 juin 2010.

Sumsion, T. et Law, M. (2006). « A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice ». *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 153-162.

Therrien, D. (2005). *Expérimentation d'un atelier pour développer la pensée critique chez des étudiantes du baccalauréat en sciences infirmières dans le contexte d'un cours de santé mentale*. Mémoire de maîtrise (sciences infirmières). Gatineau : Université du Québec en Outaouais.

Thompson, P., Baker, R. et Smallwood, N. (1986). "Improving professional development by applying the four-stage career model". *Organizational dynamics*, autumn (19), 49-62.

Touraine, A. (1992). *Critique de la modernité*. Paris : Fayard.

Tourville, Y. (2006). *Les transformations organisationnelles des dix dernières années dans le secteur de la santé et la manifestation des compétences relationnelles des infirmières vieillissantes*. 8e édition du colloque annuel des étudiant.e.s de cycles supérieurs du CRISES, Université Concordia. Montréal, 9 et 10 mars. En ligne, [http://www.transpol.org/pdf/transpol_conference12.pdf]. Dernière consultation le 17 juin 2010.

Tourville, Y. (2005). « Le travail dans le secteur des soins infirmiers, volets qualitatif (chapitre 3) et quantitatif (chapitre 4) ». Dans Lagacé, C., Tourville, Y. et Robin-Brisebois, A., avec la collaboration de Stéphane Crespo, sous la direction de Frédéric Lesemann. *Vieillesse de la main-d'oeuvre, pratiques d'entreprises, politiques publiques: développer une compréhension différenciée du phénomène pour mieux agir*. Montréal, INRS-Urbanisation, Culture et Société, septembre, 202 p. En ligne, [http://www.transpol.org/pdf/transpol_rapport24.pdf]. Dernière consultation le 19 juin 2010.

Tourville, Y., sous la direction de Frédéric Lesemann (2002). *Le vieillissement en emploi: le cas d'une entreprise du secteur des services financiers. Une analyse stratégique*. Montréal: INRS-Urbanisation, culture et société. En ligne,

[http://www.transpol.org/pdf/transpol_rapport9.pdf]. Dernière consultation le 17 juin 2010.

Tremblay, J. (2007a). « Henry Mintzberg sur la gestion de la santé. Une administration malade ». *La Presse*, La Presse Affaires 12, 12 mai. En ligne, [<http://lapresseaffaires.cyberpresse.ca/economie/200901/06/01-676715-une-administration-malade.php>]. Dernière consultation le 17 juin 2010.

Tremblay, J. (2007b). « Mintzberg sur la gestion de la santé. Vers des pistes de solution ». *La Presse*, La Presse Affaires 11, 19 mai.

Trottier, L.-H. (1982). *Évolution de la profession infirmière au Québec de 1920 à 1980*. Mémoire de maîtrise (Sociologie). Montréal : Université de Montréal.

Truman, P. (2003). « Intuition and practice ». *Nursing standard*. October 29, 18(7). 42-43.

Vaillancourt, Y. et Jetté, C. (1997). *Vers un nouveau partage des responsabilités dans les services sociaux et de santé : rôle de l'État, du marché, de l'économie sociale et du secteur informel*. Rapport de recherche, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS). Montréal : Université du Québec à Montréal.

Villeneuve, F. (2005). *L'influence des facteurs structurels sur le travail managérial des infirmières-chefs; six études de cas dans trois hôpitaux du Québec*. Thèse de doctorat (Faculté d'administration. Programme conjoint Université du Québec à Trois-Rivières et Université de Sherbrooke). Sherbrooke : Université de Sherbrooke.

Walker, A. (1999). *La gestion d'effectifs vieillissants : guide de bonnes pratiques*. Loughlinstown, Irlande : Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail ; Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés

européennes. En ligne,
[<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/1998/65/fr/1/ef9865fr.pdf>]. Dernière
consultation le 17 juin 2010.

Zarifian, P. (2001). *Le modèle de la compétence*. Paris : Liaisons.

Annexe 1 : Considérations éthiques - Consentement à participer à la recherche

LETTRE D'ENTENTE À CONSERVER PAR LE RÉPONDANT

Montréal, le 9 avril 2003

Sujet : Lettre d'information et entente de participation à la recherche intitulée «Le vieillissement de la main d'œuvre, les pratiques d'entreprise, les politiques publiques : développer une compréhension différenciée du phénomène pour mieux agir » (projet de recherche financé par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture).

Cher Monsieur,
Chère Madame,

Nous vous remercions d'avoir accepté de répondre à nos questions. Cette entrevue/observation terrain s'inscrit dans le cadre d'une recherche portant sur le vieillissement en emploi dans le secteur de la santé et des services sociaux. L'équipe de recherche est dirigée par M. Frédéric Lesemann, professeur-chercheur à l'INRS Urbanisation, Culture et Société.

Cette entrevue/observation sera effectuée dans le respect des règles déontologiques suivantes :

- les personnes interrogées/observées connaîtront la nature précise et le but de la recherche de façon à être libres d'accepter ou de refuser d'y participer;
- l'anonymat de ces personnes sera respecté dans l'analyse et la diffusion des données;
- une lettre de consentement sera signée par le répondant ou la répondante.
- les personnes interrogées pourront s'enquérir en tout temps du déroulement de la recherche; elles pourront aussi interrompre en tout temps leur participation;
- les renseignements recueillis lors de l'entrevue seront utilisés uniquement pour cette recherche.
- les informations recueillies ne seront pas transmises à d'autres personnes que celles autorisées à participer à cette recherche;
- la liste des participant-e-s sera détruite à la fin du projet de recherche.

Cette entrevue/observation est donc strictement confidentielle. Votre nom ne sera cité en aucun moment. Nous vous demandons toutefois de nous communiquer votre nom, votre adresse et votre numéro de téléphone afin que nous puissions vous contacter soit pour vérifier des informations fournies lors de l'entrevue ou obtenir certaines précisions, soit pour vous tenir informé des résultats.

En vous remerciant de votre précieuse collaboration, nous demeurons disponibles pour de plus amples informations. Veuillez agréer nos salutations les meilleures.

Frédéric Lesemann, professeur-chercheur
Yvan Tourville, agente de recherche
INRS Urbanisation, Culture et Société
3465 Durocher
Montréal, Qc
Tél : 514-499-4076 ou 514-499-8298

Consentement écrit de la personne interviewée

Après avoir pris connaissance des buts, des objectifs, et des règles de déontologie de la recherche intitulée « Le vieillissement de la main d'œuvre, les pratiques d'entreprise, les politiques publiques : développer une compréhension différenciée du phénomène pour mieux agir » (projet de recherche financé par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture), j'accepte d'y participer en accordant une entrevue aux chercheurs qui s'engagent, pour leur part, à respecter l'ensemble des règles de déontologies énoncées dans la lettre d'information et d'entente datée du 9 avril 2003.

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone (bureau) : _____

(résidence) : _____

Signature : _____

Date de l'entrevue : _____

Nom de l'interviewer : _____

Annexe 2 : Lettre d'information aux établissements

Recherche sur le vieillissement de la main d'œuvre, les pratiques d'entreprise, les politiques publiques : développer une compréhension différenciée du phénomène pour mieux agir. INRS – Urbanisation, culture et société.

2003-06-09

Nous vous remercions de participer à cette recherche portant sur le vieillissement de la main d'œuvre. Cette étude est subventionnée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC). Il s'agit d'une occasion unique de faire le point sur la question de l'âge et de l'emploi dans le secteur des soins infirmiers en étudiant de façon approfondie les perceptions et les stratégies des employés sur ce sujet. Les résultats de cette recherche seront communiqués tout au long du processus de recherche qui prendra fin en août 2005. L'équipe de recherche est dirigée par M. Frédéric Lesemann, professeur-chercheur à l'INRS Urbanisation, Culture et Société

Objectifs de la recherche

Cette recherche comporte deux objectifs généraux :

1. Nous produirons tout d'abord une compréhension fine et diversifiée de la manière dont les processus de vieillissement en emploi, de stratégies de sorties d'activité (ex. préretraite ou retraite) et de transmission des savoir-faire sont structurés dans le secteur des soins infirmiers.
2. Nous utiliserons ensuite cette compréhension dans une perspective d'action en collaboration avec les différents acteurs gravitant au sein de l'organisation à savoir la direction, les syndicats, ainsi que d'autres instances concernées par cette problématique. Cette perspective d'action représente un aspect important compte tenu de la pénurie actuelle et anticipée d'employées qualifiées dans le secteur des soins infirmiers.

Quelques mots sur la méthode de recherche

Cette recherche comporte quelques phases en interrelation entre elles :

1. Observations terrain (*in situ*) du secteur. Nous envisageons en effectuer hypothétiquement de 6 à 8 afin d'identifier les compétences requises et les responsabilités définies pour les principaux postes de travail à composante spécialisée et/ou dédiée où l'on retrouve un certain nombre de travailleuses âgées de 45 ans et plus;

2. Entrevues qualitatives d'une durée de 45 minutes environ qui cibleront et approfondiront les objectifs énumérés précédemment. Le questionnaire sera adapté aux différentes catégories professionnelles telles la direction, les syndicats et le personnel;
3. Les deux étapes précédentes et la revue documentaire nous permettront finalement de construire un questionnaire quantitatif qui sera déployé auprès de 120 employées de 45 ans et plus ainsi qu'auprès de 120 employés de 45 ans et plus récemment retraités ou licenciés. Ce questionnaire nous permettra d'identifier les interrelations et interactions dans l'organisation sur cette question. Nous serons en mesure d'identifier, plus précisément, les attentes des entreprises ainsi que les stratégies des individus à propos de la dynamique de l'âge et de l'emploi sous l'angle des mesures de rétention à l'emploi (formation, aménagement des postes et des temps de travail), des incitations au départ (préretraite) ou de la transmission des savoirs.

Le calendrier

Les entrevues qualitatives débuteront à l'automne prochain. Elles se concentreront sur les différentes catégories professionnelles des résidences et nous prévoyons en effectuer une vingtaine. Nous porterons une attention particulière à la situation d'emploi des préposées aux bénéficiaires compte tenu de la place prédominante qu'ils occupent dans l'accompagnement des bénéficiaires et de la pénurie anticipée de cette catégorie d'employés. Durant cette période, nous procéderons à l'analyse qualitative des données de recherche que nous mettrons en lien avec nos observations *in situ*. Cette démarche vise à identifier les compétences requises et les responsabilités définies pour les principaux postes de travail.

Nous prévoyons compléter la construction du questionnaire quantitatif et effectuer son pré-test à l'hiver 2004. Par la suite, au printemps, nous envisageons déployer ce questionnaire à l'ensemble de notre échantillon, soit 120 personnes à l'emploi et 120 retraités.

Nous effectuerons la saisie des données quantitatives à l'automne 2004 et, à l'hiver 2005, nous prévoyons être en mesure de commencer l'analyse approfondie des résultats. La rédaction du rapport final suivra par la suite. L'échéancier de ce projet de recherche est fixé à l'automne 2005.

Cette recherche se déroule avant tout dans l'action et en collaboration avec nos différents partenaires. Il est courant que ce processus dynamique et cyclique nécessite parfois des ajustements au cours de la recherche et ce, afin de favoriser la meilleure adaptation possible entre les milieux de pratique et le milieu de recherche.

Nous vous remercions de votre collaboration,

Yvan Tourville
Agent de recherche
INRS –Urbanisation, culture et société
514-499-4076

Frédéric Lesemann
Professeur-chercheur
INRS-Urbanisation, culture et société
514-499-8298

Annexe 3 : Grille d'observation *in situ*, selon Montmollin (1986)

Grille d'observation *in situ*

Nom et titre de la personne :

Date :

Lieu et heure :

Formation :

Années de pratique :

Âge :

1. Les tâches complexes

1.1 Multiplicité des variables

Ce que l'individu est amené à prendre en compte dans un processus continu : une multiplicité de configurations de variables.

1.2 Évolution des variables

Interaction des variables du système complexe, ce qui interdit le fractionnement de la tâche en sous-objectifs séparés.

1.3 Simultanéité des tâches

Évènement qui suivent simultanément un autre évènement.

1.4 Interaction avec les individus

L'intervention des autres individus qui peuvent modifier considérablement des variables du système.

1.5 Pluralité des individus

L'interaction entre les membres d'une équipe avec une autre.

1.6 Caractère aléatoire et surprenant des événements

Les comportements de la « machine » peuvent être fortement instables, imprévisibles et déconcertants. Ils surviennent que très rarement, interdisant tout appel à l'expérience que permet d'acquérir la répétition.

1.7 Symbolique

Les évolutions des variables sont transmises par un second système, symbolique, lui-même très complexe et soumis à de l'incertitude.

1.8 Durée et hystérésis des actions

L'évolution du système « cause-effet » évolue lentement et de façon souterraine et est influencée par d'autres systèmes (ex. physico-chimiques).

2.0 Les conduites complexe

2.1 planification des actions, anticipation des évolutions et des effets d'intervention.

Lorsqu'il y a un caractère évolutif des variables et aléatoire des évènements : difficulté dans la planification des actions

2.2 Difficultés de prises de décision dans l'incertitude

En raison de la multiplicité des variables, leur caractère évolutif et difficilement prévisible

2.3 La simultanéité des tâches exigeant des individus une méta-conduite

La simultanéité des tâches obligent les individus à travailler en « temps partagé »

2.4 Compréhension d'une situation beaucoup plus que l'application d'un processus

Car la simplicité des tâches de résolution de problèmes exige en fait des inférences si compliquées qu'aucun des modèles actuels de la psychologie cognitive ne peut les décrire correctement, et qu'aucun système-expert n'est encore en mesure de les simuler.

2.5 Différenciation entre l'erreur de surface (*slips*) et les erreurs stratégiques (*mistakes*)

2.5.1 *Slips* : diagnostic exact, mais action inadaptée

2.5.2 *Mistakes* : diagnostic erroné.

Annexe 4 : Questionnaire quantitatif

Titre de la recherche : « Vieillesse de la main-d'œuvre, pratiques d'entreprise, politiques publiques : développer une compréhension différenciée du phénomène pour mieux agir »

Le Groupe de recherche sur les transformations du travail, des âges et des politiques sociales (www.transpol.org) effectue une recherche sur le thème du vieillissement de la main-d'œuvre, des pratiques d'entreprise et des politiques sociales en collaboration avec votre établissement.

L'objectif de cette recherche est de produire une compréhension fine et différenciée de la manière dont les processus de vieillissement en emploi, les stratégies de sortie d'activités, et surtout les stratégies de maintien en activité, de transmission des savoir-faire, sont structurés dans votre secteur d'activité. Cette recherche a également comme objectif d'articuler cette compréhension en collaboration avec nos différents partenaires (CLSC-CHSLD, syndicats, instances gouvernementales) dans une perspective d'action.

Ce questionnaire comprend les cinq parties suivantes :

1. Identification
2. Compétence
3. Gestion des ressources humaines
4. Conditions de travail et maintien en emploi
5. Équité entre les générations

Le traitement des réponses se fera de façon anonyme et confidentielle. Aucune information ne nous permettra de vous identifier. Le traitement quantitatif de l'ensemble des questionnaires vise à dégager un portrait global de la situation du vieillissement en emploi et, par conséquent, aucune information nominative ne sera recueillie.

Certaines questions de ce questionnaire pourraient éventuellement servir à la thèse de doctorat de Yvan Tourville, étudiant au Programme de Ph.D. en Sciences humaines appliquées de l'Université de Montréal.

Pour de plus amples informations, n'hésitez pas à communiquer avec les responsables de cette recherche :

Yvan Tourville
Agent de recherche
Groupe de recherche sur les transformations
du travail, des âges et des politiques sociales
Institut national de la recherche scientifique
3465, rue Durocher
Montréal, Québec
H2X 2C6
Téléphone : 514-499-4076
Télécopieur : 514-499-4065

Frédéric Lesemann
Professeur-chercheur
Institut national de la recherche scientifique
INRS-Urbanisation, Culture et Société
3465, rue Durocher
Montréal, Québec
H2X 2C6
Téléphone : 514-499-8298
Télécopieur : 514-499-4065

www.transpol.org

www.transpol.org

Indications préalables au remplissage du questionnaire

Chaque répondante **doit être âgée de 45 ans et plus**. Elle doit avoir exercé **depuis au moins dix ans** dans les fonctions actuelles ou des fonctions connexes au sein de l'établissement actuel ou d'un autre.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, répondez spontanément à toutes les questions.

Prévoyez une dizaine de minutes pour compléter le questionnaire.

Nous vous prions de remettre votre questionnaire à l'agent de recherche après l'avoir complété.

Nous vous remercions pour votre collaboration.

Partie 1

Données d'indentification

1. Sexe

- Féminin
 Masculin

2. Quel est votre âge? _____ ans

3. Quel est votre état civil actuel? (Un seul choix)

- Célibataire
 Marié(e) ou conjoint(e) de fait
 Divorcé(e) ou séparé(e)
 Veuf ou veuve

4. Avez-vous une personne à charge vivant sous votre toit? (enfants, parents, etc)

- Oui
 Non

5. Quel est votre niveau de formation ?

- Universitaire
 Collégial
 Secondaire
 Autre

6. Quel est le nom de l'établissement où vous travaillez? _____

7. Quelle fonction exercez-vous actuellement au sein de l'établissement?

- Cadre (infirmière coordinatrice, etc.)
 Professionnelle (infirmière, travailleuse sociale, etc.)
 Technique (infirmière auxiliaire, préposée aux bénéficiaires, etc.)
 Autre

8. Quel est votre statut d'emploi?

- Temps complet
 Temps partiel
 Sur appel ou contractuel
 Autre

8. a) Ce statut d'emploi est-il...

- Choisi par vous
- Imposé par l'employeur
- Autre

9. Quel est votre horaire de travail en ce moment?

- Jour
- Soir
- Nuit

9. a) Cet horaire de travail est-il...

- Choisi par vous
- Imposé par l'employeur
- Autre

10. Bénéficiez-vous d'un réaménagement de temps (ex. temps partiel) ou de poste de travail (ex. allègement de tâches)?

- Oui
- Non

11. Bénéficiez-vous d'une retraite progressive?

- Oui
- Non

12. Quelle est VOTRE rémunération annuelle brute (avant impôt)?

- entre 0\$ et 14 999\$
- entre 15 000\$ et 24 999\$
- entre 25 000\$ et 34 999\$
- entre 35 000\$ et 44 999\$
- entre 45 000\$ et 64 999\$
- 65 000\$ et plus

13. Quel est le revenu annuel brut (avant impôt) de votre MÉNAGE pour l'année 2003 (c'est-à-dire le vôtre additionné à celui de toutes les personnes qui habitent avec vous)?

- entre 0\$ et 24 999\$
- entre 25 000\$ et 44 999\$
- entre 45 000\$ et 74 999\$
- entre 75 000\$ et 94 999\$
- 95 000\$ et plus

Partie 2

Modèle de compétence

14. Indiquez votre degré d'accord concernant les propositions suivantes relatives à vos compétences au travail.

	Entièrement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Entièrement en désaccord
Je me réalise dans mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On me confie des responsabilités et je me sens reconnue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai une marge de manœuvre dans mon travail et je suis en mesure de l'utiliser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le travail en équipe m'aide à pouvoir réaliser mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Globalement, pour accomplir le travail demandé j'estime être :

- Très compétente
- Plutôt compétente
- Peu compétente

15. a) ...et j'estime que mon niveau de compétence est reconnu.

- Oui
- Non

Partie 3

Gestion des ressources humaines

16. Indiquez votre degré d'accord concernant les propositions suivantes relatives à vos rapports avec vos supérieurs.

	Entièrement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Entièrement en désaccord
Mes supérieures me sollicitent et tiennent compte de mes compétences dans l'élaboration de mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes supérieures comprennent que, dans certaines circonstances, je sois amenée à refuser de nouvelles tâches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes supérieures reconnaissent et valorisent ce que j'ai appris « sur le tas »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Indiquez votre degré d'accord concernant votre travail quotidien par rapport à il y a 10 ans.

	Entièrement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Entièrement en désaccord
La technologie facilite mon travail (ex. lits électriques, bains tourbillon, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il y a des changements fréquents de personnel qui nuisent à mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes commentaires sont moins recherchés dans le cadre de mes discussions avec mes collègues ou mes supérieures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le fait pour l'établissement de recourir à du personnel en provenance d'agences privées contribue à alourdir mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai de moins en moins la possibilité de mettre en pratique mes compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie 4

Conditions de travail et maintien en emploi

18. À quel âge prévoyez-vous prendre votre retraite de l'emploi actuel ?

_____ ans

19. Pourquoi prévoyez-vous prendre votre retraite à ce moment? Indiquez le niveau d'importance.

	Très important	Important	Peu important	Très peu important
C'est un âge normal pour prendre sa retraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À cause de mon état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon conjoint prendra sa retraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cela correspond au moment où j'aurai la capacité financière de le faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C'est à ce moment que je serai pleinement éligible au régime de retraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des projets personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis insatisfaite du travail, j'ai des problèmes au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressions ou incitations à la retraite de la part de l'employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Que feriez-vous si vous n'aviez aucune contrainte? Diriez-vous...?

- Je partirais à la retraite plus tôt
- Je partirais à la retraite plus tard
- Je ne changerais pas mes projets

21. Pour quelle raison devanceriez-vous votre retraite? Indiquez le niveau d'importance.

	Très important	Important	Peu important	Très peu important
Mon conjoint prendra sa retraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que ma santé ou ma forme physique diminue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que j'ai des projets personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que je suis insatisfaite de mon travail ou que j'ai de la difficulté à accomplir mes tâches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre.....				

22. Pour quelle raison retarderiez-vous votre retraite? Indiquez le niveau d'importance.

	Très important	Important	Peu important	Très peu important
Parce que je n'ai pas les moyens d'arrêter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que j'aime mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que j'ai peur de m'ennuyer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que je veux maintenir le contact avec mes collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que mon conjoint prendra sa retraite plus tard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Avez-vous des économies personnelles, incluant des REER, pour la retraite?

- Oui
 Non

24. Pensez-vous que vous aurez des revenus suffisants à la retraite?

- Oui
 Non

25. Si on vous proposait de RÉDUIRE VOTRE TEMPS DE TRAVAIL (par exemple, moins d'heure ou de jours par semaine ou par mois), cela vous inciterait-il à demeurer plus longtemps en emploi?

- Oui
- Non

26. Si on vous proposait un travail comportant PLUS DE RESPONSABILITÉS, cela vous inciterait-il à demeurer plus longtemps en emploi?

- Oui
- Non

27. Si on vous proposait un travail MOINS EXIGEANT, cela vous inciterait-il à demeurer plus longtemps en emploi?

- Oui
- Non

28. Si on vous proposait une AUGMENTATION DE SALAIRE, cela vous inciterait-il à demeurer plus longtemps en emploi?

- Oui
- Non

29. Si on vous proposait de DEVENIR FORMATEUR, cela vous inciterait-il à demeurer plus longtemps en emploi?

- Oui
- Non

30. Si on vous offrait UNE PROMOTION, cela vous inciterait-il à demeurer plus longtemps en emploi?

- Oui
- Non

Partie 5

Équité entre les générations

31. Indiquez l'importance que vous accordez aux énoncés suivants dans l'exercice de votre travail.

	Très important	Important	Peu important	Très peu important
Je veux garder mes acquis sociaux même si je sais que la prochaine génération de travailleuses n'aura pas les mêmes avantages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La répartition du travail entre les travailleuses âgées et les plus jeunes d'une équipe devrait être le fruit d'une discussion entre elles et non d'une imposition de la direction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les acquis sociaux reliés à l'ancienneté ne doivent pas compromettre les services aux clients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les acquis sociaux reliés à l'ancienneté ne doivent pas compromettre l'équipe de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les acquis sociaux reliés à l'ancienneté ne doivent pas compromettre les plus jeunes travailleuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 5 : Lettre d'invitation à compléter le questionnaire quantitatif

« Vieillessement de la main-d'œuvre, pratiques d'entreprise, politiques publiques : développer une compréhension différenciée du phénomène pour mieux agir »

2005-03-21

L'institut national de la recherche scientifique (INRS) poursuit actuellement sa recherche sur le vieillissement en emploi en collaboration avec votre établissement. Une collecte de données par questionnaire est en cours et fait suite aux observations directes effectuées en 2004.

Au cours des prochains jours, nous rencontrerons les **salariées de 45 ans et plus et ayant un minimum de dix ans d'ancienneté** afin de collecter des données par questionnaire.

Attention : les dix ans d'ancienneté comprennent les éventuelles années de pratique dans un autre établissement.

Afin de ne pas nuire à l'organisation de travail, ce questionnaire est court et simple à compléter : **une quinzaine de minutes suffisent à le compléter**. De plus, il sera distribué en sous-groupe d'employées à deux moments de la journée : **début d'après-midi et début de soirée**.

Toutes les données recueillies par ce questionnaire seront **confidentielles**, les répondantes **ne pourront être identifiées en aucun moment de la démarche**.

Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration.

Yvan Tourville, agent de recherche
INRS-UCS