

La transmission des savoirs de métier et de prudence chez les infirmières et les auxiliaires familiales et sociales (AFS) du service de soins à domicile (SAD) : quelles avenues?

Esther Cloutier¹, Pierre-Sébastien Fournier², Annette Beauvais¹, Élise Ledoux¹, Isabelle Gagnon², Claire Vincent-Genod¹

¹ Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail

² Université Laval

SOMMAIRE

Cette étude de cas, réalisée auprès des infirmières et des auxiliaires familiales et sociales (AFS) d'un service de soutien à domicile, avait comme objectif de contribuer à l'identification des conditions favorables et des structures favorisant la transmission des savoirs, ainsi qu'à l'identification des stratégies informelles de transmission dans ce secteur d'activité. Elle s'inscrit dans un projet de recherche qui s'intéresse à la transmission des savoirs de métier et de prudence au sein de quatre métiers à risque de SST.

La présente étude de cas avait aussi comme objectif d'approfondir la connaissance des savoirs de métier et de prudence dans le but de contribuer à leur reconnaissance ainsi que de préciser le rôle des travailleuses vieillissantes comme « expertes » dans la transmission de leurs savoirs. Finalement, elle visait à prévenir l'exposition aux risques de SST chez les infirmières et AFS de tous âges ainsi que la perte d'expertise au sein de ce secteur.

Les résultats obtenus démontrent la présence d'une activité de transmission formelle et informelle riche et variée dans ce service. Ils révèlent aussi que la transmission des savoirs de métier et de prudence repose sur des éléments issus de différents niveaux organisationnels du secteur de la santé. Certaines conditions organisationnelles sont plus favorables que d'autres pour créer des situations propices à la transmission entre experts et novices. Ces conditions sont abordées au sein de ce rapport.

Les résultats démontrent aussi la présence d'une prise en charge individuelle et collective de la transmission c'est-à-dire autant par le personnel et les chefs d'équipe, que par les collectifs de travail. Prise en charge intégrée à l'activité quotidienne de travail.

Tous les résultats pointent l'importance de valoriser et de soutenir les efforts existants dans ce milieu de travail. Finalement, ils permettront d'enrichir les pratiques des services de soutien à domicile préoccupés de la question de la formation de la main-d'œuvre et de la prévention des risques de SST.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué, par leur collaboration, leur confiance et leur générosité, au bon déroulement du projet dans le service de SAD, notamment les infirmiers / infirmières et les auxiliaires familiales et sociales, les gestionnaires et responsables (de la SST, de la formation) mais également tous les professionnels du service qui ont gracieusement accepté notre présence lors des activités interdisciplinaires. Un merci particulier à tous ceux et celles qui ont participé de près aux activités de recherche (entrevues, rencontres et observations). Nous soulignons notamment la participation des stagiaires et des novices qui, en plus de devoir s'adapter à un nouveau milieu, ont accepté d'être « sous la loupe » d'un observateur.

Le présent projet a reçu l'appui d'organisations qui sont représentées au sein d'un comité aviseur et dont le rôle est de valider les résultats ainsi que de valoriser les retombées pour les milieux de travail. Nous en profitons pour en remercier leur représentant :

- ♦ Mme Martine Blanc, vice-présidente de Mentorat Québec.
- ♦ Mme Odette Bolduc de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux.
- ♦ Mme Marie-Josée Robitaille, adjointe à la direction générale de l'ASSTSAS
- ♦ Mme Michèle Marquette, adjointe à la direction des soins infirmiers du MSSS
- ♦ Mme Mireille Lacasse, de l'Association des AFS du Québec et enseignante à l'École de formation professionnelle Les Faubourgs.
- ♦ M. Michel Martel, de la FSSS-CSN
- ♦ M. Éric Legardeur, chef de l'équipe formation à la CSST
- ♦ M. Yves Charbonneau, directeur de la SST à l'Association québécoise des techniciens de l'image et du son (AQTIS)

La présente étude a été cofinancée par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST) et la Commission des partenaires du marché du travail (CPMT) puisqu'elle s'intègre à l'axe de recherche 5 du programme de subvention de la CPMT concernant l'apport des travailleurs de 45 ans et plus à la formation continue.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	i
REMERCIEMENTS.....	iii
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
1. INTRODUCTION	1
1.1 Sélection des métiers : particularités des métiers d’infirmières et d’AFS	2
1.2 Structure du rapport	3
1.3 Notes des auteurs	3
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE	5
2.1 Les enjeux de la transmission	5
2.2 Facteurs qui influencent la transmission au sein des milieux de travail : un modèle d’analyse	6
2.3 Approche méthodologique.....	7
3. CONTEXTE DE TRAVAIL AU SERVICE DE SOUTIEN À DOMICILE	10
3.1 La place de la transmission dans le contexte de travail	10
3.2 Relations avec les partenaires (niveau macro-organisationnel).....	10
3.3 La place et la mission du SAD au sein du CSSS (mode d’organisation du CSSS)	11
3.4 L’organisation des services au SAD.....	13
3.4.1 Un mode de gestion participatif.....	13
3.4.2 La prestation de services.....	14
3.4.3 L’organisation des effectifs.....	14
3.4.4 Les réunions d’équipe	15
3.4.5 L’intégration professionnelle au sein du SAD.....	16
3.4.6 La formation continue au sein du service	16
3.4.7 L’implantation de changements	17
3.4.8 Les activités de prévention.....	18
3.5 Le collectif de travail	18
3.6 L’activité de travail : quelles sont les particularités du métier d’intervenant à domicile?.....	19
3.6.1 Autonomie dans la pratique et approche communautaire.....	19
3.6.2 L’activité de travail en interdisciplinarité.....	19
4. L’ACTIVITÉ DE TRAVAIL ET L’ACTIVITÉ DE TRANSMISSION AU SEIN DU SAD.....	21
4.1 L’activité de travail au sein du SAD : comment caractériser la variabilité?	21
4.2 Activité de travail réalisée par les novices et les employées expérimentées.	24
4.3 Les lieux de transmission au SAD.....	24
4.4 L’analyse des S.A.C : l’activité réelle de travail et exemples de transmission	25

4.5	L'activité de transmission formelle au sein du SAD : les réunions et la formation continue.....	32
4.5.1	Réunions d'équipe.....	32
4.5.2	La formation continue.....	34
4.6	L'activité de transmission informelle au sein du SAD : différents contextes de transmission	38
4.7	L'activité de transmission : tributaire du contexte de travail.....	39
5.	ACTIVITÉ ET STRATÉGIES DE TRANSMISSION – PROCESSUS ET STRATÉGIES D'APPRENTISSAGE.....	41
5.1	Motivation et engagement des superviseuses dans la transmission.....	41
5.2	Exigences différentes entre l'encadrement d'une stagiaire et celui d'une nouvelle employée	42
5.3	Processus d'apprentissage : difficultés des novices et stratégies de transmission des superviseuses.....	43
5.3.1	Approche auprès de la clientèle : transmettre le cœur du métier	43
5.3.2	Apprentissage d'activités essentielles et maîtrise de la concomitance	44
5.3.3	Observation d'une division des tâches avec les novices.....	46
5.4	Activité de transmission réalisée par les novices et les employées expérimentées	46
6.	SAVOIRS DE MÉTIER ET DE PRUDENCE MANIFESTÉS EN CONTEXTE	49
6.1	Typologie : transmission de savoirs riches et variés.....	49
6.2	Exemples de savoirs manifestés en contexte d'activité	56
6.2.1	Savoirs axés sur l'activité de travail (technique de soin).....	56
6.2.2	Savoirs axés sur le travail affectif auprès de la clientèle	57
6.2.3	Savoirs axés sur le travail en intra et interdisciplinaire.	58
6.2.4	Savoirs axés sur la gestion du temps de travail.....	58
6.2.5	Savoirs axés sur l'organisation du travail	59
6.2.6	Savoirs axés sur la culture du métier au SAD.....	60
7.	CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES À L'INTÉGRATION PROFESSIONNEL ET À la TRANSMISSION.....	61
7.1	Niveau macro-organisationnel	61
7.1.1	Rareté de la main-d'œuvre	61
7.1.2	Précarité de l'emploi (-).....	61
7.1.3	Relations avec écoles de formation.....	64
7.1.4	Agrément.....	64
7.1.5	Effets du processus d'accréditation des résidences pour personnes âgées (+ ou -).....	65
7.2	Mode d'organisation du CSSS	65
7.2.1	Politique d'évaluation de la contribution	65
7.2.2	Politiques et procédures d'embauche de la DRH	66
7.2.3	Création d'une équipe de remplacement au sein des deux services (+ / -)....	67
7.2.4	Politiques de gestion des services de soutien (« externes »).....	67
7.2.5	Service de la formation du CSSS (Direction à la mobilisation et culture organisationnelle).....	68
7.3	Organisation du service de SAD.....	69

7.3.1	Coordination	69
7.3.2	Procédures d'accueil (-).....	70
7.3.3	Plan d'orientation des nouveaux employés et soutien aux superviseuses (+ / -).....	70
7.3.4	Procédures liées à la probation (+/-).....	70
7.3.5	Politiques et procédures liées à la prestation des services et au temps de travail (+/-)	70
7.3.6	Rôle et responsabilités des chefs d'équipe	71
7.3.7	Formations et réunions (+/ -)	72
7.3.8	Travail en interdisciplinarité (+ / -).....	73
7.4	Le collectif de travail	74
7.5	L'activité de travail et l'activité de transmission	74
8.	DISCUSSION.....	77
8.1	Identification de situations d'action caractéristiques issues de l'activité de travail des infirmières et des AFS : des cibles pour la transmission	77
8.2	Particularités des situations de transmission au SAD.....	79
8.2.1	Les situations de transmission étudiées	79
8.2.2	Les spécificités de l'activité de transmission au SAD	80
8.3	Conditions favorables et défavorables à la transmission et à l'intégration professionnelle	81
8.4	La transmission de savoirs de prudence au SAD.....	85
8.5	Identification de nouveaux rôles pour les travailleurs expérimentés ou vieillissants	85
8.6	Portée et limites de la recherche	86
9.	PISTES DE TRANSFORMATION POUR FAVORISER LA TRANSMISSION DES SAVOIRS AU SEIN DU SAD	88
9.1	Mode d'organisation du secteur (MSSS) – niveau macro-organisationnel	88
9.2	Mode d'organisation du CSSS.....	89
9.3	L'organisation du travail au SAD.....	90
9.4	Le collectif de travail	93
9.5	Activité de travail et de transmission.....	94
9.6	Prospectives	95

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Modèle d'analyse de la transmission des savoirs au sein du secteur de la santé	7
Figure 2 :	Schéma des conditions favorables et défavorables à la transmission au sein du SAD	63
Figure 3 :	Illustration de l'influence d'un facteur sur les autres niveaux organisationnels	82

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Synthèse des activités de collecte de données	8
-------------	---	---

Tableau 2: Description des situations d'action caractéristiques (ou situations types) vécues par le personnel infirmier ou AFS au SAD.....22

Tableau 3 : Typologie des différents savoirs élaborés par le personnel infirmier et AFS du service de Soutien à domicile51

1. INTRODUCTION

Ce projet aborde la question du rôle des travailleurs vieillissants comme « experts » dans la transmission de leurs savoirs de métier et de prudence. Il vise quatre métiers à haut risque pour la santé et la sécurité du travail (SST): auxiliaires familiales et sociales (AFS) et infirmières de services de Soutien à domicile (SAD), aides en alimentation de cuisines institutionnelles et techniciens du cinéma. Son objectif principal est d'identifier les conditions qui soutiennent la transmission des savoirs de métier et de prudence dans les milieux de travail, ainsi qu'à identifier les obstacles afin de prévenir, faute de formalisation des savoirs, une perte d'expertise et l'exposition aux risques pour la SST des travailleurs de tous âges. Dans ce contexte, il s'agit aussi de favoriser le maintien en emploi des travailleurs vieillissants ou expérimentés, en identifiant notamment de nouveaux rôles pour eux.

À cet égard, ce projet tend à répondre à plusieurs préoccupations que l'on retrouve au sein de diverses organisations, et auxquelles les services de Soutien à domicile n'échappent pas :

- La formation en entreprise est peu développée, surtout en ce qui concerne la contribution des travailleurs vieillissants et expérimentés.
- Les organisations font face au vieillissement de leur main-d'œuvre, mais aussi, dans le cas des services de SAD, au vieillissement de la population, ce qui accentue la pression sur l'offre de services.
- Les organisations font face à des départs massifs anticipés à la retraite, ce qui est d'autant plus critique dans le secteur de la santé et des services sociaux.
- Conséquemment, la pérennité du savoir, et en particulier le savoir de prévention, est menacée.

Le défi consiste donc à mieux comprendre le processus de transmission intergénérationnel du savoir en situation de travail pour soutenir la formation, l'apprentissage et l'intégration professionnelle des travailleurs. Pour ce faire, cette recherche, qui s'appuie sur quatre études de cas, vise plus spécifiquement à :

- 1) Documenter les conditions qui favorisent la transmission.
- 2) Identifier, dans les milieux de travail :
 - a) Les stratégies formelles et informelles de transmission.
 - b) Les structures mises en place qui favorisent la transmission.
 - c) Les lieux de transmission
- 3) Approfondir la connaissance des savoirs de métier et de prudence afin de les faire reconnaître.
- 4) Préciser le rôle des travailleurs vieillissants comme « expert » dans la transmission de leurs savoirs.

Ce rapport présente les résultats des deuxième et troisième études de cas qui ont porté sur les métiers d'infirmière et d'auxiliaire familiale et sociale.

1.1 Sélection des métiers : particularités des métiers d'infirmières et d'AFS

Aux fins du projet, les quatre métiers ont été ciblés en fonction des critères suivants :

- 1) Les niveaux de risque élevés inhérents à leur santé et leur sécurité.
- 2) Leur diversité.
- 3) La présence d'une main-d'œuvre vieillissante et qui a des difficultés à se maintenir en emploi.
- 4) La présence d'une pénurie de main-d'œuvre au sein de certains métiers qui vont nécessiter l'intégration de jeunes novices et leur rétention.
- 5) La présence de formes atypiques de travail au sein de certains métiers.
- 6) Les demandes provenant des milieux.
- 7) Une certaine connaissance de l'activité de travail et des stratégies des métiers par les chercheurs.

Les métiers d'infirmière et d'auxiliaire familiale et sociale répondaient à six de ces critères. Tout d'abord, ils étaient connus de l'équipe de recherche qui a réalisé deux projets antérieurs au sein de services de SAD. Ensuite, ils ont fait l'objet d'une demande d'étude par le service du CSSS, qui visait initialement la gestion prévisionnelle des âges. À cet égard, la direction du service de SAD était préoccupée par la question de l'aménagement du travail pour sa main-d'œuvre vieillissante et avait posé quelques actions dans ce sens. Puisque la transmission s'inscrit aussi dans un contexte intergénérationnel, les gestionnaires ont accepté de participer à ce projet.

- Des métiers à risque pour la SST et un personnel vieillissant

Les métiers d'infirmière et d'auxiliaire familiale et sociale sont des métiers à risque pour la SST, selon des études récentes dans ce secteur (Cloutier et coll. 1998 ; 2005). En effet, la dernière recherche (2005), réalisée au sein de quatre services de SAD, a étudié les absences du travail pour cause de lésions professionnelles compensées par la CSST et en assignation temporaire, ainsi que les absences pour problèmes de santé de tous types compensées par l'assurance-salaire (potentiellement liées au travail) afin de déterminer le taux de fréquence¹ et le taux quotidien d'absence² du personnel infirmier et AFS qui œuvrent en SAD. Les résultats sont assez remarquables : seulement pour les absences compensées par la CSST, le taux de fréquence se situe à 12,1% pour les AFS et à 9,6% pour les infirmières, soit des taux supérieurs à la moyenne québécoise qui se situe à 5,1%.

Toujours selon Cloutier et coll. (2005), le niveau de risque de problèmes de SST a pu être calculé en combinant les indicateurs associés aux lésions compensées par la CSST, aux assignations temporaires ainsi qu'aux absences de santé ayant des liens potentiels avec le travail. Ces données

¹ Le taux de fréquence correspond au nombre de lésions divisé par le nombre d'individus considérés en équivalent temps complet (ETC).

² Le taux quotidien d'absence correspond au nombre d'individus sur 100 absents chaque jour. Il s'agit d'une mesure de la prévalence. Il se calcule de la façon suivante : (nombre de jours d'absence / nombre de travailleurs en ETC) / nombre de jours travaillés dans l'année x 100.

montrent que le taux de fréquence est de 31,8% pour les AFS et de 35,9% pour les infirmières. Ainsi, plus du tiers des AFS et des infirmières est absent du travail pour problèmes de santé, ce qui correspond à plus du double des absences compensées par la CSST pour les AFS et à plus du triple pour les infirmières. De plus, pour un groupe de 100 travailleuses, sept AFS et onze infirmières sont absentes chaque jour pour des problèmes de SST. Les durées moyennes d'absence sont de plus de deux mois pour les AFS et de trois mois pour les infirmières.

Quant à la santé psychologique, cette étude a révélé que 3,3% des AFS sont à risque de problèmes de santé psychologique alors que le taux est plus important pour les infirmières soit de 6,2%.

- Secteur en mouvance et rareté de la main-d'œuvre

L'organisation des services de Soutien à domicile, comme tous les services du secteur de la santé, est en mouvance constante, tellement elle a été interpellée depuis les dernières années, afin d'implanter des changements divers : fusion entre les CLSC et les CHSLD, fusion en CSSS, implantations d'outils de gestion : agrégation, regroupement par clientèles, outils de gestion informatisés des horaires, etc. En plus de ces changements, ces services font aussi face à la rareté de la main-d'œuvre infirmière et dans une moindre mesure selon les régions du Québec, de la main-d'œuvre AFS (Cloutier et coll. 2005).

1.2 Structure du rapport

Ce rapport est divisé en neuf sections. La deuxième section présente un bref état des connaissances sur la question de la transmission des savoirs de métier et de prudence ainsi que la méthodologie développée pour répondre aux objectifs spécifiques du projet. Un portrait du secteur du Soutien à domicile est présenté à la section 3.

Les sections suivantes portent plus spécifiquement sur la question de la transmission des savoirs de métier et de prudence dans le secteur des services à domicile, d'abord par l'analyse de l'activité réelle de travail et de l'activité de transmission (section 4), puis par la présentation des moyens et des stratégies d'apprentissage et de transmission (section 5) tandis qu'une typologie des savoirs suit à la section 6. La section 7 présente les conditions favorables et défavorables à la transmission. Après la discussion (section 8), des pistes de recommandations sont proposées à la section 9 pour orienter les actions des intervenants du secteur.

1.3 Notes des auteurs

Dans le présent rapport, les termes désignant le personnel sont féminisés étant donné la prédominance féminine dans ces métiers. Cela permet également de préserver l'anonymat des employés masculins, qui ont aussi été observés, et qui sont moins nombreux.

Afin d'alléger le texte, le terme « chefs d'équipe » désigne à la fois l'assistante-infirmière que le chef d'équipe des AFS. Pour la même raison, le terme « novice » désigne aussi bien les stagiaires que les nouvelles employées.

Enfin, le terme « superviseure » ne réfère pas à une personne qui assume une responsabilité au sein d'une équipe de travail mais plutôt une employée qui assume un rôle en matière de formation auprès d'une novice.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

2.1 Les enjeux de la transmission

Une synthèse récente (Bélanger et coll., 2005) estime que dans une société et une économie du savoir telle que le Québec, l'éducation tout au long de la vie est devenue un outil majeur d'intégration professionnelle. La formation aux adultes est d'ailleurs en croissance au Québec depuis plusieurs années toutefois, elle est moins importante qu'en Ontario ou dans le reste du Canada.

Cette problématique de formation devient d'autant plus importante qu'on assiste à un vieillissement de la population active et à un départ anticipé à la retraite de la génération du baby-boom (ISQ, 2004). Ce départ massif de travailleurs, porteurs de connaissances essentielles, soulève l'urgence d'assurer une transition dans la pérennité du savoir. En effet, plusieurs études, réalisées au sein de différents secteurs d'activité économique et pour diverses professions, montrent que le personnel expérimenté et vieillissant élabore de nombreuses stratégies de travail qui lui permettent de faire face aux multiples contraintes rencontrées dans l'exercice de son travail et de se protéger des risques (santé et services sociaux : Cloutier, David, Prévost, Teiger, 1998, 2005; Gonon, 2003 ; éboueurs : Cloutier, 1994; sidérurgie : Pueyo, 1998; restauration collective : Avila-Asuncio 1998; aviation : Millanvoye, Colombel, 1996, automobile : Gaudart, Weill-Fassina, 1999). Ces savoirs, en plus de favoriser la protection des travailleurs, visent également à améliorer la qualité et l'efficacité de la production et des services dispensés (Cloutier et coll, 2005 ; Coutarel et coll., 2003). Ces études montrent aussi que ces savoirs de métier et de prudence sont diversifiés et varient selon les milieux de travail et les métiers. Leur valorisation peut contribuer à la formation.

Dans les faits, les approches traditionnelles de formation s'intéressent peu à l'application effective du « savoir ouvrier » dans la réalité du travail (Jobert, 1993). Il en résulte souvent des formations peu liées à la réalité du travail et qui perturbent le transfert des connaissances dans les situations de travail (Holton et Baldwin, 2003). Pour surmonter cette limite, les efforts de conception d'une formation doivent viser un rapprochement avec la pratique.

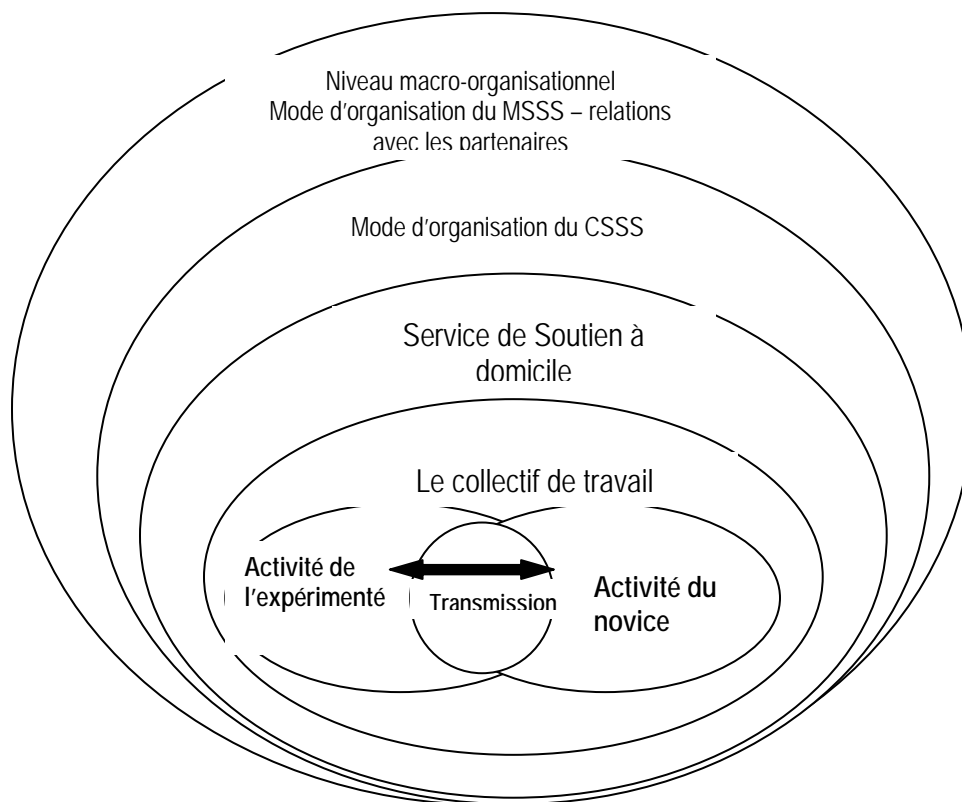
Parmi les moyens envisagés, le recours à l'expérience des travailleurs âgés comme source appréciable de savoir-faire de métier et de prudence semble prometteur. En effet, l'expérience acquise par ces personnes les amènerait spontanément à intégrer leur pratique dans la formation formelle (Baldwin et Ford, 2003). Une étude exploratoire (Cloutier et coll., 2002) réalisée auprès d'usieurs et de cuisiniers a montré que les travailleurs expérimentés disposent de savoirs protecteurs qui sont littéralement imbriqués à une variété de savoirs portant sur la qualité et la production. Ces savoirs de nature variée constituent une richesse à transmettre dans les milieux de travail afin de favoriser l'intégration et le maintien en emploi ainsi que la SST de la main-d'œuvre tout en évitant les pertes d'expertise.

2.2 Facteurs qui influencent la transmission au sein des milieux de travail : un modèle d'analyse

L'étude exploratoire réalisée par Cloutier et coll. (2002) auprès d'usineurs et de cuisiniers a montré que les types de savoirs sont souvent invisibles, tributaires d'un apprentissage « sur le tas » réalisé de façon informelle et qu'ils varient selon le métier et l'expérience des travailleurs. Cette étude a aussi révélé que la transmission peut être organisée et formelle et tout aussi informelle selon les conditions d'exercice du travail et les caractéristiques des métiers : différents facteurs organisationnels déterminent des conditions plus ou moins favorables à la transmission. Parmi ceux-ci on retrouve notamment l'importance des contraintes temporelles, la gestion des ressources humaines ainsi que la répartition des tâches selon l'âge et l'expérience. Elle a aussi montré que la transmission, formelle ou non, présente une dimension collective et implique l'existence d'un réseau de « formateurs ». À la lumière de ces résultats, il importe d'explorer les modalités possibles de transmission des savoir-faire aux novices au cours même de l'activité de travail ainsi que le rôle joué par le collectif de travail.

Toujours selon Cloutier et coll. (2002), cette étude exploratoire a également montré que la transmission porte sur des savoirs de nature et de niveaux variés. Au niveau microscopique, la transmission touche à : l'objet de travail ou au produit, aux équipements et aux modes opératoires utilisés tandis qu'au niveau mésoscopique, elle touche au collectif de travail, à la SST, aux écarts entre les acquisitions scolaires et les savoirs utilisés en entreprise de même que ceux utilisés auprès du client. Finalement, au niveau macroscopique elle porte sur : les savoirs liés à l'organisation du travail et au processus de production, les valeurs partagées dans l'entreprise et le sens du travail. La nature des savoirs transmis par le personnel plus expérimenté mérite donc une attention particulière.

L'étude exploratoire a aussi permis de développer un modèle d'analyse illustrant les niveaux organisationnels au sein desquels différents facteurs jouent un rôle dans la transmission des savoirs. Ce modèle a ensuite été mis à l'épreuve lors de l'étude réalisée au sein de quatre services de SAD (Cloutier et coll. 2005) afin d'analyser et de présenter les résultats obtenus concernant le développement et la transmission de savoirs de prudence. Finalement, il a été réutilisé lors de la première étude de cas, réalisée auprès des techniciens du cinéma et il est repris ici.

Figure 1 : Modèle d'analyse de la transmission des savoirs au sein du secteur de la santé

Les résultats obtenus sur les facteurs organisationnels qui soutiennent la transmission en milieu de travail sont à mettre en relation avec la littérature scientifique portant sur les organisations apprenantes. En effet, Pedler et collaborateurs (1991) définissent l'organisation apprenante comme « *une organisation qui facilite l'apprentissage de tous ses membres et qui se transforme continuellement* ». Ce type d'organisation possède différentes pratiques qui touchent l'identité collective, la créativité, la participation, l'importance des lieux de dialogues, le partenariat, la transparence et la libre circulation d'information (Le Plat., 1999). Il s'agit donc ici d'identifier, à la suite de l'analyse de l'activité de travail et de transmission des infirmières et des AFS, les facteurs organisationnels qui peuvent constituer un frein ou un levier à la transmission des savoirs de métier et de prudence, dans le but d'identifier diverses pistes pour faciliter l'apprentissage et l'intégration des novices au sein de ces métiers.

2.3 Approche méthodologique

Des activités de collecte de données de nature diverse ont été effectuées pour documenter l'activité de travail et l'activité de transmission réalisées par les infirmières et les AFS du SAD. La période de collecte de données s'est déroulée du mois de septembre 2007 au mois de juin 2008. Elle a débuté par la présentation du projet aux membres du comité de gestion ainsi qu'à ceux des trois équipes du SAD (soins infirmiers, AFS et réadaptation).

Puisque les métiers ciblés sont exercés au sein du même service, certaines activités permettaient de les documenter simultanément. Par exemple, l'observation de discussions de cas ou de formations interdisciplinaires a permis de documenter la transmission, mais aussi d'observer des interactions entre ces métiers, soit l'activité de travail en interdisciplinarité. Le tableau 1 résume les activités effectuées pour les deux métiers.

Tableau 1 : Synthèse des activités de collecte de données

	Infirmières	AFS
Entrevues individuelles (responsables)	4	2
Entretiens ind. (parcours)	3 sup + 3 novices	2 sup + 2 novices
Entretiens collectifs (validation)	1	1
Observations activités - travail et transmission	4 jours + 3 réunions d'équipe	2 jours + 4 réunions d'équipe
Observations : réunions interdisciplinaires	4 réunions	
Observation : formations	3 jours (inter)	

Les résultats présentés dans ce rapport sont le fruit d'une analyse par convergence de données provenant de sources multiples. Plus spécifiquement, l'analyse de l'activité de transmission a porté sur le processus d'action ou d'interaction d'une personne expérimentée ou novice engagée dans son activité de travail. Pour y parvenir, les éléments suivants ont été documentés:

- l'activité de travail de la personne en situation réelle de travail ;
- l'interaction avec une (ou plusieurs) personne(s) impliquée(s) dans la relation novice expérimentée;
- le contexte dans lequel se déroule l'activité de travail et l'interaction entre les personnes;
- l'expérience de la personne dans son processus d'apprentissage.

Ainsi, l'activité de transmission n'a pas été analysée du point de vue d'un transfert unidirectionnel « expérimenté → novice », mais d'un point de vue bidirectionnel, les novices partageant aussi leurs savoirs et expériences avec leurs collègues expérimentés. De plus, comme mentionnée ici, la transmission ne s'effectue pas seulement entre deux personnes, mais souvent au sein d'un groupe de personnes.

Le contexte organisationnel a été documenté par le biais d'entrevues et d'observations, tandis que le contexte de travail, l'activité de travail et l'activité de transmission ont été documentés à l'aide d'observations de situations réelles, telles que les visites à domicile, les trajets, les réunions ou les formations.

Ainsi, un total de six entrevues individuelles a été réalisé auprès des personnes suivantes : la coordonnatrice du SAD, les chefs d'équipe (assistante-infirmière et chef AFS), la formatrice du PDSB, le responsable de la formation du CSSS et la responsable de la SST du CSSS.

De plus, quatre journées d'observation ont été réalisées auprès de stagiaires ou novices infirmières, pendant qu'elles réalisaient un stage ou complétaient leur orientation au sein du service. Deux journées d'observation ont été réalisées auprès d'une stagiaire et d'une novice AFS, accompagnées elles aussi de leur superviseure. Les observations portaient sur les échanges entre le personnel novice et le personnel expérimenté pendant les visites à domicile, les trajets ainsi que pendant les périodes de travail au CLSC. Lors de ces journées, les parcours professionnels des participants étaient aussi documentés (expérience).

Trois réunions des soins infirmiers, quatre réunions du service d'aide à domicile ainsi que quatre « réunions de secteur » ou discussions de cas interdisciplinaires ont fait l'objet d'analyses. Trois journées de formation ont été observées et analysées, toutes auprès d'un groupe interdisciplinaire : une journée sur la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti et deux jours de formation auprès de l'équipe des soins palliatifs. Finalement, soulignons qu'une entrevue collective de validation a été réalisée auprès des superviseures infirmières ainsi qu'auprès des superviseures AFS.

3. CONTEXTE DE TRAVAIL AU SERVICE DE SOUTIEN À DOMICILE

3.1 La place de la transmission dans le contexte de travail

La transmission n'est pas seulement l'affaire du novice ou du travailleur expérimenté qui l'un, doit démontrer une attitude réceptive à apprendre et l'autre, une ouverture à transmettre ses connaissances et les ficelles du métier. Bien que l'attitude du novice soit déterminante pour son intégration au sein d'un collectif de travail, pour qu'il y ait un transfert de savoirs, il faut d'abord que les situations de travail y soient propices. Ces situations dépendent, entre autres, de l'organisation du travail au sein du secteur d'activités, celui de la santé et des services sociaux ainsi qu'au sein de l'établissement, le CSSS.

Le modèle d'analyse présenté au chapitre 2 situe la place qu'occupe l'activité de transmission dans le contexte de travail propre au service de Soutien à domicile. Ce contexte est influencé par différents niveaux organisationnels auxquels des pratiques de gestion concrètes peuvent être associées pour favoriser la transmission.

Pour mieux comprendre l'activité de travail et l'activité de transmission, une attention particulière a été portée à chacun de ces niveaux organisationnels. Pour ce faire, il importe aussi non seulement de documenter l'organisation du travail au sein du SAD et du CSSS, notamment quant aux pratiques et aux efforts dédiés à la transmission, mais aussi d'appréhender la culture organisationnelle et la culture de métier au SAD. Un portrait sommaire de ces éléments est présenté ici.

3.2 Relations avec les partenaires (niveau macro-organisationnel)

Le premier « partenaire » du CSSS est le Ministère de la Santé et des Services sociaux, qui joue un rôle normatif quant aux politiques et procédures à tenir compte dans l'organisation des services et du travail du personnel. Bien entendu, ces politiques ont un effet direct sur l'activité de travail et de transmission puisqu'elles déterminent les objectifs à atteindre et les modalités de travail. Par ailleurs, le contexte socio-économique et macro-organisationnel influence aussi l'activité de travail. Prenons, par exemple, la rareté de la main-d'œuvre, notamment infirmière, et les difficultés de financement du secteur des soins à domicile, qui entraînent souvent des manques d'effectifs au sein des services de SAD. Les difficultés de financement peuvent se traduire par une réduction ou la suspension de projets de formation ou des retards dans la mise à jour des connaissances, puisque les services aux clients doivent être priorités. Le manque d'effectifs peut même conduire jusqu'au report de l'orientation de novices à un moment ultérieur, tel que cela s'est produit lors de l'étude³, alors que paradoxalement, les besoins de relève sont criants.

³ Notons que l'orientation d'une novice infirmière, qui devait avoir lieu avant la période des fêtes 2007 a été reportée à la fin janvier 2008, car les infirmières expérimentées qui devaient l'orienter étaient en surcharge de travail, étant donné des absences imprévues. Pourtant, l'embauche d'une novice à ce moment aurait contribué à réduire la pression lors de la période des fêtes. De plus, soulignons qu'au mois de janvier 2008, le plan d'orientation de cette novice a été modifié : l'orientation de soir n'a pas eu lieu, car elle a été assignée rapidement à des remplacements de jour.

Concernant les relations avec les partenaires sociaux, le CSSS et le service de SAD collaborent avec des organisations présentes dans leur milieu : pensons d'abord aux Cliniques médicales ou aux Groupes de médecines familiales ainsi qu'aux organismes communautaires qui offrent des services complémentaires à la clientèle. Les ententes prises avec ces organisations influencent l'activité de travail puisque c'est le personnel du SAD qui est en contact direct avec ces dernières.

Le SAD a aussi un important partenariat avec les écoles de formations, puisqu'il est engagé dans la formation des étudiants en offrant un lieu de formation et la supervision des stagiaires par les membres de son personnel. À cet égard, le personnel infirmier accueille des stagiaires à l'automne (technicien et bachelier) et à l'hiver (technicien) alors que le personnel AFS accueille des stagiaires à deux reprises, soit au mois de février et aux mois de mai et juin.

Finalement, d'autres partenaires prennent, avec les changements apportés par le MSSS⁴, de l'importance : il s'agit des Résidences pour les personnes âgées. À cet égard, l'arrivée de cette nouvelle clientèle entraînera, selon les propos tenus par les gestionnaires lors des réunions d'équipe, une évolution de la mission du service de Soutien à domicile, mais aussi du rôle des intervenants.

3.3 La place et la mission du SAD au sein du CSSS (mode d'organisation du CSSS)

Le service de soutien à domicile fait partie d'un CSSS situé en région semi-urbaine. Ce dernier définit sa mission en six énoncés⁵, dont le but principal est « *d'offrir des services adaptés aux besoins de sa population* ». Ce CSSS dit d'ailleurs promouvoir, au sein de l'ensemble de son organisation, les valeurs suivantes : le respect, la solidarité, l'empathie et la cohérence.

Du point de vue organisationnel le SAD relève de la Direction des personnes en perte d'autonomie (PPA) et il est sous la responsabilité directe de la coordonnatrice du centre de jour, qui supervise aussi d'autres services (UCDG, URG et SAG). La mission spécifique de cette direction clinique est « *d'accompagner toute personne à risque ou en perte d'autonomie temporaire ou permanente, en lui offrant des services intégrés de qualité adaptés aux besoins biopsychosociaux et spirituels* »⁶. Pour ces fins, les approches communautaires, interdisciplinaires et de partenariat sont privilégiées.

Plus spécifiquement, le service de SAD de ce CSSS dessert principalement les personnes ayant une perte d'autonomie liée au vieillissement, une déficience physique, en convalescence ou en soins palliatifs. L'objectif principal est de prévenir la perte d'autonomie auprès des personnes à risque et de favoriser le maintien à domicile lors d'une perte temporaire ou permanente. À cet égard, les gestionnaires du SAD prônent l'autonomie du client dans la prise de décisions le concernant et estiment que le rôle des intervenants est de fournir l'information sur les différentes alternatives qui s'offrent à lui.

⁴ Le MSSS a mis sur pied en 2007 une politique d'accréditation à l'attention des Résidences privées pour personnes âgées.

⁵ Sur son site internet ce CSSS précise que son énoncé de mission s'inspire des grands principes de la loi sur les Agences de développement de réseaux locaux de SSS.

⁶ Source : site internet du CSSS à l'étude.

Le CLSC, dont le SAD fait partie, doit se plier aux politiques du MSSS qui sont aussi appliquées dans tous les établissements du CSSS. Voici trois exemples de processus en cours au moment de l'étude :

- La demande d'agrément

Lors de l'étude, le CSSS réalisait des démarches au sein de ses différentes directions afin de compléter une demande d'agrément. Selon les informations obtenues, des employés du CLSC, notamment du service de Soutien à domicile, ont siégé à un comité d'étude afin de réviser les pratiques.

La demande d'agrément découle « d'une modification de la Loi sur la santé et les services sociaux (juillet 2006) qui oblige chaque établissement de santé et de services sociaux, public ou privé, à solliciter tous les trois ans un agrément de ses services auprès d'un organisme reconnu. »⁷ Dans les faits, l'agrément consiste en une évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles afin de démontrer que l'établissement est engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de ses services.

- Appréciation de la contribution

Il s'agit d'une rencontre d'échanges entre l'employeur et l'employé qui a lieu chaque année, libellée ainsi : « C'est un processus d'amélioration continue par lequel le gestionnaire et l'employé passent en revue et portent une appréciation sur le travail accompli en-cours d'année ainsi que sur les habiletés professionnelles de l'employé. Ils déterminent ensemble les besoins de développement de l'employé, ils précisent les objectifs à atteindre pour la prochaine année et identifient les modalités d'encadrement à l'atteinte de ces objectifs, et ce, dans un climat de confiance et un souci d'enrichissement professionnel ».

Concrètement, il s'agit d'une grille d'évaluation qui est complétée à la fois par l'employé (auto-évaluation) et par son gestionnaire et qui comporte des indicateurs pour chaque élément évalué. Cette procédure découle de la démarche d'agrément. Les deux éléments ciblés pour l'ensemble du personnel de l'établissement, pour l'année 2008 sont « l'approche client / service » et le « respect ». Ils sont issus des priorités de l'organisation qui ont été établies par le comité de direction pour l'année 2007-2008. Des objectifs généraux étaient aussi énoncés, soit de favoriser l'autonomie ou le maintien des capacités résiduelles et de favoriser la collaboration inter-équipe. On note que ces deux derniers objectifs sont en lien direct avec la mission et les valeurs de la Direction des personnes en perte d'autonomie (PPA) auquel le SAD est rattaché.

- Allocation de budgets pour la formation continue, l'accueil et l'orientation

Il existe plusieurs volets liés au perfectionnement de la main-d'œuvre, qui sont sous la responsabilité de la direction à la mobilisation et à la culture organisationnelle. Les deux principaux sont les volets centralisé et décentralisé. Des volets sont aussi liés à l'allocation de budget pour le paiement de frais académiques encourus par le personnel soignant et à l'encadrement. Un dernier volet porte sur les activités d'accueil et d'orientation.

⁷ Lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux. Juillet 2006 - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006, 31 p.

Le volet centralisé implique qu'un programme de formation doit être élaboré chaque année et doit être en lien avec les priorités de l'organisation qui sont élaborées annuellement par le comité de direction. Les projets de formation sont donc de nature « organisationnelle ». Par exemple, au cours de l'année 2008, le thème du service à la clientèle a été priorisé et un programme de formation a été mis sur pied pour développer des pratiques organisationnelles en lien avec cette priorité⁸.

Le volet décentralisé implique que chaque direction se voit attribuer un budget annuel de formation et elle est autonome pour le gérer, c'est-à-dire déterminer ses besoins de formation selon ses priorités, qui peuvent différer des grandes « orientations » du CSSS. Toutefois, les demandes de formation associées à ce volet doivent être "motivées" par le gestionnaire du service et rattachées à des objectifs significatifs du CSSS. Par exemple, la demande de budget pour la formation sur la méthodologie de soins Gineste-Marescotti est rattachée à l'objectif « d'approche/service » auprès de la clientèle qui découle du plan d'action du CSSS.

Enfin, le programme d'orientation du nouveau personnel comprend un volet « centralisé », qui serait sous la responsabilité du service de la dotation, et un volet décentralisé, sous la responsabilité du service. Le volet centralisé comprend une journée d'accueil sur les politiques et procédures générales au sein du CSSS (ex. : gestion des ressources humaines) ainsi qu'un programme structuré⁹ d'une durée d'une semaine pour le personnel soignant (infirmières, inf-auxiliaires, PAB). Par la suite, les employés sont orientés au sein du service dans lequel ils sont embauchés. Chaque direction choisit alors les moyens et les ressources pour procéder à l'orientation et à l'intégration de son nouveau personnel : le jumelage est souvent préconisé. On note qu'il n'y a aucun moyen ou ressource fournie par le CSSS à ce niveau ainsi, le service de SAD est tributaire de ses effectifs et de son budget de fonctionnement. L'effet de ces politiques sur la transmission est abordé aux chapitres 4 et 7.

3.4 L'organisation des services au SAD

3.4.1 *Un mode de gestion participatif*

Le SAD dispose d'un comité de gestion, composé de la coordonnatrice ainsi que des chefs d'équipe (soins infirmiers, aide à domicile et réadaptation). Le rôle de ce comité est de faire des propositions au niveau du fonctionnement du service et de la formation. Des employés du SAD sont aussi appelés à siéger sur divers comités : des AFS ont participé aux rencontres du comité d'étude constitué sur la Loi 90, d'autres employés siègent sur le comité inter-établissement ainsi que sur le comité paritaire de santé et de sécurité du travail (CPSST).

⁸ Une formation sur le service à la clientèle peut s'adresser à différents groupes professionnels, tels que les gens responsables de l'accueil / réception et des professionnels qui sont en contact direct avec la clientèle, dans le but d'améliorer le service, de développer les outils pour mieux répondre aux clients. Le contenu de la formation est alors adapté pour ces différents groupes.

⁹ Ce programme comprend plusieurs volets : techniques de soin selon les services spécifiques offerts au CSSS, les clientèles et les missions. Un volet prévention des infections et soins de plaies, un volet informatique (logiciels utilisés par les soins infirmiers), un volet sur la santé mentale (formation Oméga) ainsi qu'un volet soins infirmiers. Il y a d'autres programmes selon les groupes professionnels.

3.4.2 La prestation de services

Comme mentionné précédemment, la prestation de service par le SAD vise à prévenir la perte d'autonomie ou à favoriser le maintien à domicile du client, ceci dans des conditions sécuritaires pour ce dernier et pour les aidants¹⁰, ce qui inclut le personnel du SAD. À ce sujet, les gestionnaires et des formateurs ont insisté à plusieurs reprises auprès du personnel, sur le fait que la prestation de service est conditionnelle au respect, par le client (et sa famille) de certaines exigences émises par le SAD. En effet, le SAD a comme politique d'offrir des services (ex. assistance pour l'hygiène) seulement si les équipements recommandés pour réaliser le soin de façon sécuritaire sont en place¹¹. Le respect du personnel est aussi une condition du SAD à la prestation de service. Cela va même, dans certains cas, à exiger que le client s'engage par contrat à respecter son plan d'intervention.

Cette politique conditionnelle de prestation de services s'applique aussi aux clients qui résident en résidences pour personnes âgées. Ainsi, dans l'éventualité que les gestionnaires d'un tel établissement ne fournissent pas ou ne permettent pas l'utilisation de matériaux ou d'équipements recommandés (ex. barres d'appui, vêtements adaptés), ils se verraient refuser la prestation par le SAD et devraient prodiguer le soin par leur personnel. La raison évoquée par les gestionnaires du SAD est la sécurité du personnel et des clients. De la même façon, il n'est pas question que des intervenants exécutent certains soins qui, selon la loi 90, sont à la charge de la famille (ou responsables). Il est question ici du respect de la loi, mais aussi de celui du principe d'équité véhiculé par le SAD.

Pour les gestionnaires, la mission du SAD est en constante évolution puisque les besoins de la clientèle évoluent conséquemment, l'offre de services est appelée à changer. Par exemple, ils évoquent la présence plus importante de personnes souffrant de déficits cognitifs pour lesquels il faudra, selon eux, adapter l'approche et modifier la nature des interventions.

3.4.3 L'organisation des effectifs

Plus spécifiquement, la prestation de services du SAD est réalisée par trois équipes : les soins infirmiers, l'aide à domicile (les AFS) et la réadaptation (intervenants sociaux, ergothérapeutes, physiothérapeute, inhalothérapeute, nutritionniste). Chacune de ces équipes est répartie selon des secteurs géographiques. Il existe aussi une équipe spécifique pour la clientèle des soins palliatifs. Le service compte trois médecins.

Les soins infirmiers ainsi que l'aide à domicile offrent des services de jour, de soir et de fin de semaine. Ce dernier quart de travail est occupé en rotation. Les infirmières assurent aussi, à tour de rôle, la garde téléphonique (appel). Les médecins des soins palliatifs effectuent aussi de la garde téléphonique et collaborent étroitement avec les infirmières. Les équipes suivantes nous intéressent plus particulièrement :

¹⁰ Le sens du terme « aidant » tend à être élargi au sein des organisations de santé : il ne s'agit plus exclusivement des proches, mais aussi des personnes qui prodiguent un soin ou un service pour un client donné, et qui sont à l'emploi de ce dernier (ex. via le chèque-emploi-service), du CLSC (ex. AFS ou infirmières) ou d'une résidence privée (ex. préposés aux bénéficiaires).

¹¹ Selon la situation, des mesures temporaires sont instaurées, par exemple de procéder à un soin d'hygiène au lavabo.

- Les soins infirmiers

L'équipe est composée d'une trentaine d'infirmiers (ières) qui détiennent un statut régulier ou occasionnel. Ces derniers sont encadrés par une assistante-infirmière qui assume deux responsabilités distinctes : le soutien clinique et la gestion des activités de soins infirmiers (organisation). Une infirmière expérimentée occupe de façon informelle les fonctions de « formatrice » selon les besoins. La répartition des effectifs est divisée en fonction de trois secteurs (territoires), en plus de l'équipe des soins palliatifs (tous secteurs). Chaque infirmière est responsable de planifier les visites à domicile et conçoit son propre horaire (route) en fonction des soins, des plans de traitement et des suivis à effectuer. Les services offerts consistent en : des soins infirmiers divers à la suite d'une chirurgie ou d'une hospitalisation (ex. soins de plaie), un suivi ou l'injection d'une médication (ex. anticoagulothérapie), le suivi de l'état de santé général et l'enseignement. Les soins infirmiers peuvent aussi être jumelés à ceux d'un médecin : il s'agit du « Programme Tandem ».

- L'aide à domicile

L'équipe est composée de près d'une cinquantaine d'AFS qui détiennent un statut régulier ou occasionnel. Elles sont encadrées par la chef d'équipe qui, en plus d'assumer leur soutien clinique, est responsable de la gestion des activités du service. À cet égard, elle est assistée d'une technicienne en administration pour la conception des « routes » c'est-à-dire la planification hebdomadaire (et la gestion quotidienne) des visites à domicile. Les services offerts par les AFS consistent en de l'assistance pour la réalisation d'activité de la vie quotidienne, telle que l'hygiène. Les AFS sont aussi engagées dans le programme d'entraînement à l'autonomie (PEA) et deux d'entre elles participent au comité d'évaluation de l'assistance au bain. Contrairement aux autres intervenants, les AFS n'ont pas accès au dossier médical du client (et ne sont pas assujettis aux règles sur la tenue de dossier). Toutefois, un « dossier-client » est constitué pour chaque client desservi par le service. Ce dossier renferme le formulaire d'évaluation des besoins d'assistance, rédigé par le comité évaluateur, ainsi que le formulaire de demande d'aide à domicile complété par l'intervenant-pivot, qui contient des informations sur la situation du client. De courtes notes d'intervention sont aussi compilées par les AFS pour chaque client. Cette mesure facilite la transmission d'informations sur les clients entre les AFS.

3.4.4 Les réunions d'équipe

En général, il y a une réunion de l'équipe des AFS à une fréquence de quatre semaines. Les annulations sont plus rares que dans le cas des soins infirmiers, toutefois, la dernière réunion avant la période de vacances estivales a été annulée en raison d'un manque d'effectifs. Tandis que le personnel occasionnel AFS est convié aux réunions (et que les AFS TPO sont invitées et payées pour ce trois heures), les infirmières occasionnelles y assistaient rarement, soit parce qu'elles ne travaillent pas ce jour-là, soit parce qu'elles sont généralement sur la route pour assurer les soins.

En théorie, il y a une réunion de l'équipe des soins infirmiers à une fréquence de trois semaines : dans la pratique, la fréquence est moins importante, plusieurs réunions ayant été annulées au cours de la collecte de données en raison d'un manque d'effectifs. Lors de ces journées, une ou des infirmières occasionnelles sont appelées en « surplus » afin d'alléger la charge de travail des

collègues pour que ces dernières disposent de suffisamment de temps pour compléter la gestion quotidienne de leurs dossiers tout en assistant à la réunion de l'après-midi. Lorsqu'il n'y a pas de personnel occasionnel disponible, la réunion est annulée. Le personnel occasionnel est maintenant invité à assister à la réunion lorsqu'il est présent au CLSC.

3.4.5 L'intégration professionnelle au sein du SAD

L'intégration professionnelle au SAD passe beaucoup, pour les AFS, par la réalisation de stages au sein du service. En effet, les stagiaires sont souvent embauchés à la fin de leur 3^e stage qui se termine au mois de juin, ce qui correspond au moment des remplacements des vacances et constitue par le fait même, une base d'expérience.

Les critères de sélection sont différents pour les infirmières : ces dernières doivent minimalement avoir obtenu un certificat en santé communautaire¹² ou avoir obtenu un baccalauréat en soins infirmiers et cumulé au moins un an d'expérience en centre hospitalier. Il est intéressant de constater que certaines infirmières embauchées, qui répondaient à ces critères, avaient aussi déjà réalisé un stage au SAD.

La probation pour les deux groupes professionnels est d'une durée de 30 jours. Une prolongation peut être demandée au besoin. Règle générale, une évaluation est réalisée à la moitié et à la fin de la probation.

L'orientation des nouveaux employés est réalisée par le personnel qui détient un statut régulier uniquement, tandis que le personnel occasionnel peut superviser des stagiaires. Ce sont les infirmières préceptrices qui supervisent les stagiaires bachelières : elles ont reçu une formation en ce sens par l'établissement d'enseignement. L'orientation des infirmières s'échelonne sur sept quarts de travail : quatre quarts de jour en compagnie de la même infirmière, deux quarts en compagnie de l'infirmière de soir et un quart en compagnie de l'infirmière de jour responsable de la clinique ambulatoire. L'orientation des AFS s'échelonne sur une période de cinq quarts de travail de jour et est assumée par une seule superviseure. On note que les novices qui viennent de compléter leur stage au SAD n'ont qu'une seule journée d'orientation. Selon les chefs d'équipe, l'orientation peut être prolongée de quelques jours selon les besoins. Les superviseures, tant infirmières qu'AFS sont des volontaires.

Le coût de l'orientation du personnel au sein du service de SAD est assumé par le service puisque cette dernière relève du volet « décentralisé » de la formation. Dans les faits, le salaire d'un nouvel employé est défrayé par le CSSS mais celui de l'employé qui l'oriente est défrayé par le service conséquemment, pour libérer cette personne de sa charge, le gestionnaire doit piger dans l'enveloppe budgétaire réservée aux surplus.

3.4.6 La formation continue au sein du service

Depuis plusieurs années, le service de SAD s'est engagé dans un programme de formation continue auprès des AFS. Cette programmation, ambitieuse et novatrice, a été possible grâce aux efforts concertés des gestionnaires du SAD et une formatrice. Il s'agissait d'offrir aux AFS des

¹² Les infirmières techniciennes peuvent être embauchées après avoir complété cinq cours au certificat.

séances de formation sur des principes préventifs basés sur les exigences réelles de leurs activités de travail. Il s'agissait aussi de recréer un collectif de travail, fragilisé semble-t-il, par la présence d'un clivage intergénérationnel. En effet, plusieurs personnes ont rapporté qu'il y a quelques années, le climat de travail nuisait aux activités de transmission. En plus du clivage intergénérationnel, qui opposait deux groupes d'âge et d'expérience différents, il n'y avait pas de relation de confiance entre les AFS et une formatrice. Selon cette dernière, les AFS vivaient difficilement les changements découlant du virage ambulatoire et elles craignaient de ne plus avoir d'emploi tandis que les ergothérapeutes prônaient l'autonomie des clients. De plus, elles voyaient la formatrice comme la personne qui « va nous montrer quoi faire ».

Afin de contrer cette situation, les responsables disent avoir fait beaucoup d'efforts pour mettre de côté l'approche classique d'une formation bien connue, plutôt normative « des bonnes méthodes » au profit d'une approche centrée vers les besoins des AFS. Différents ateliers ont été réalisés afin d'intégrer une conscience corporelle, avant même d'aborder les modes opératoires « sécuritaires ». D'autres ont porté sur la préservation de soin en tant qu'aidant, abordant aussi des aspects liés à la santé psychologique au travail. Une attention particulière a été portée sur la création des groupes afin de favoriser les échanges intergénérationnels et d'instaurer un climat positif autour des discussions. Depuis peu, une nouvelle formule a vu le jour afin d'adapter les contenus de formation aux besoins spécifiques rapportés par les AFS : les « capsules-PBSD ». Une approche de formation similaire a été mise sur pied l'an dernier pour les infirmières et cette année (2008), l'équipe des soins palliatifs a bénéficié d'un programme « sur mesure », à la suite duquel il est prévu que les infirmières transmettront les nouvelles bases d'intervention à leurs pairs.

Par ailleurs, des activités de formation « ad hoc » sur des techniques de soin spécifiques sont offertes aux AFS et aux infirmières qui sont peu familières ou qui ne les exercent pas couramment. Une infirmière peut bénéficier des conseils ou d'une démonstration d'une collègue tandis qu'une AFS a pu réviser une technique de transfert au lit avec la formatrice et la chef d'équipe (cette dernière jouait le rôle de la cliente). Une salle d'équipements est utilisée pour ce propos.

3.4.7 L'implantation de changements

Au cours de la période de collecte de données, nous avons été témoins de l'implantation de différents changements, dont certains peuvent avoir des effets à différents niveaux sur l'activité de travail du personnel étudié. Certains changements concernent l'implantation d'outils de gestion informatique. Alors que l'on peut estimer que l'informatisation de la feuille de temps a un impact modeste sur l'activité du personnel, même si ce dernier doit s'adapter à une nouvelle procédure, l'implantation d'un nouvel outil de gestion des horaires des AFS a un impact plus important, puisqu'elle complexifie, pour un temps, la conception des horaires par la chef d'équipe et sa collaboratrice. Malgré leur vigilance, des erreurs peuvent être commises, ce qui se répercute sur la journée et les soins prodigués par les AFS. Au cours de l'observation, il semble que la chef AFS a annoncé des changements à chacune des réunions, ce qui créait de l'insatisfaction dans l'équipe.

Une équipe de remplacement (ou équipe volante) a été créée au sein de l'aide à domicile et des soins infirmiers au printemps 2008. L'objectif de ce changement organisationnel est de répondre,

« à l'interne », aux besoins de remplacement de ces équipes (ex. journées de maladies, jours fériés, vacances) grâce à la « récupération » de l'enveloppe budgétaire réservée aux congés court terme. Cela exclut les remplacements pour les congés de maternité ou de longue durée pour raison de maladie. Conséquemment, les services concernés gèrent eux-mêmes les horaires des remplacements et n'ont pas de marge de manœuvre financière additionnelle pour assigner les membres de ces équipes à d'autres types de remplacements que ceux déjà déterminés.

Cette implantation touche directement l'organisation du travail du personnel occasionnel (TPO) ainsi que celle de la chef AFS et de l'assistante-infirmière, à qui revient la responsabilité de gérer ces absences court terme et leur remplacement¹³.

3.4.8 Les activités de prévention

Il y a plusieurs années déjà, des « horaires d'été » ont été implantés auprès des AFS âgées de plus de 50 ans. Il s'agit de retirer un soin, le dernier de l'après-midi, pour ces personnes. Notons toutefois que lors de journées très chaudes, cet horaire s'étend à toutes les AFS du service, qui viennent compléter leur journée en travaillant au CLSC.

À plusieurs égards, les activités de formation sur l'activité de travail (ex. « PDSB ») qui s'adressent aux AFS et aux infirmières constituent aussi des activités de prévention, même si elles visent plus d'un objectif.

Soulignons, contrairement à ce que nous avons observé dans d'autres organisations, que des employés du SAD siègent au comité paritaire de santé et sécurité du travail du CSSS. Ceci peut faciliter la prise en compte de la particularité du contexte de travail à domicile dans la planification d'activités de prévention.

3.5 Le collectif de travail

Selon Cloutier et coll. (2005) le collectif de travail peut se définir comme étant « *un groupe de personnes qui travaillent ensemble selon les règles de métier informelles qu'elles se donnent* ». Il faut distinguer le collectif de l'équipe de travail par le fait que le collectif est une entité construite à partir des rapports sociaux entre les individus contrairement à l'équipe qui, elle, est une entité administrative. Toujours selon eux, si le collectif de travail ne produit pas en soi de stratégies protectrices, il agit comme un facteur important dans leur élaboration, leur partage et leur transmission. À ce titre, il peut être analysé en tant que facteur organisationnel, c'est-à-dire comme un des éléments pouvant nuire ou aider à la présence des stratégies protectrices ainsi que comme l'un des éléments influençant la transmission.

La présente étude, qui s'est déroulée pendant une période de neuf mois au sein du SAD, a permis d'identifier la présence d'un collectif de travail tant au sein de l'équipe des AFS que des infirmières. Ces collectifs sont particulièrement forts, c'est-à-dire que leurs membres font preuve de cohésion et partagent non seulement des règles de métier, mais aussi des règles d'entraide et de soutien. La même observation a été faite auprès de l'équipe interdisciplinaire des soins palliatifs.

¹³ Cette tâche était jusque-là sous la responsabilité du service de la liste de rappel (DRH).

3.6 L'activité de travail : quelles sont les particularités du métier d'intervenant à domicile?

Bien que chaque intervenant définisse d'abord son travail selon sa propre discipline, il est intéressant de constater qu'une vision plus globale du métier d'intervenant à domicile ressort des propos recueillis. Cette vision partagée regroupe les trois éléments suivants :

- L'autonomie dans la pratique
- L'approche communautaire
- Le travail en interdisciplinarité

3.6.1 Autonomie dans la pratique et approche communautaire

La caractéristique première du métier d'intervenant à domicile est justement le fait que le lieu de travail principal constitue le milieu de vie des clients et que l'intervenant est généralement seul à domicile.

Pour ces raisons, toutes les personnes rencontrées mentionnent que le travail à domicile se distingue fortement du travail en institution. Tout d'abord, elles mentionnent l'autonomie de la pratique, liée au fait d'être le seul intervenant au moment du soin ou du service. Elles évoquent ensuite l'importance d'intégrer « l'approche communautaire » à leur pratique, qu'elles définissent comme le fait d'être conscient d'intervenir auprès d'un client dans son milieu de vie et de l'importance du respect de ses choix et de ses habitudes de vie. Il est intéressant de souligner que cette approche, privilégiée par la direction PPA, se reflète dans les propos et les gestes de son personnel. Dans ce contexte de travail, nous pouvons parler ici d'une « culture de métier », tel que la définit la sociologue Florence Osty (2003) : *un collectif d'appartenance homogène sur le plan de ses valeurs, de ses normes de comportement et de ses croyances [...] La culture de métier met en jeu un système de normes, de valeurs et de représentations* ».

3.6.2 L'activité de travail en interdisciplinarité

- Échanges interdisciplinaires

Rappelons d'abord que l'approche interdisciplinaire est prônée par la direction du SAD et qu'il s'agissait aussi d'un objectif général de l'appréciation de la contribution pour l'année 2008. Ainsi, la répartition des équipes professionnelles par secteur vise à ce que les intervenants de chaque secteur, c'est-à-dire l'équipe (ex. AFS, infirmières, intervenant social, ergothérapeute) à laquelle se joint, selon les besoins, leurs collègues « satellites » (inhalothérapeute, physiothérapeute et nutritionniste), travaille en interdisciplinarité. Cela signifie que les intervenants se communiquent des informations sur la situation des clients à domicile, qu'ils élaborent un plan d'intervention¹⁴ et qu'ils échangent ensemble sur des changements observés à domicile ou sur leur difficulté d'intervention.

¹⁴ Selon les exigences du MSSS, un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) doit être rédigé pour chaque client qui reçoit plusieurs services. Dans les faits, les plans étaient rédigés de façon *ad hoc*, lors des discussions de cas *ad hoc*, elles aussi.

Afin de favoriser les échanges entre les disciplines, l'attribution des espaces de travail a été révisée afin qu'une infirmière et un intervenant social partagent un bureau. Ceci facilitait aussi l'exécution du travail, l'un effectuant les visites le matin et l'autre, l'après-midi. Dans les faits, l'équipe des soins infirmiers est partagée sur l'effet souhaité : elle admet que cela a contribué à favoriser les échanges avec l'intervenant social mais déplore, par ailleurs, la diminution des échanges avec les pairs.

- Réunions de secteur

Des moyens sont mis en œuvre pour favoriser le travail en interdisciplinarité, notamment par la réalisation de « réunions de secteur », communément appelées « discussion de cas ». Les plages horaires réservées pour ces rencontres interdisciplinaires sont les mardis, mercredi et jeudi après-midi : l'intervenant pivot, ou un autre intervenant inscrivent le numéro de dossier sur un babillard ainsi que le nom des collègues concernés par le client. Selon une gestionnaire rencontrée, ce fonctionnement était sous-utilisé : « *il y a des réunions seulement quand il y a des problèmes et non pour partager des informations ou faire de la coordination.* » Les observations ont confirmé ce propos.

Lors de la présentation des résultats au comité de gestion du SAD, l'on apprenait l'implantation de discussions obligatoires depuis la collecte de données. L'un des objectifs poursuivis par cette mesure est la rédaction d'un plan d'intervention pour toutes demandes d'augmentation de l'aide à domicile, c'est-à-dire pour l'ajout de soins d'hygiène à la prestation d'un client. Un autre objectif est de s'assurer que les besoins du client sont bien évalués et objectivés ainsi que les soins d'hygiène ne soient pas un substitut à d'autres services, comme du répit, comme les gestionnaires le croyaient. Un effet direct de cette mesure a été la diminution de la liste d'attente en soins à domicile, ce qui s'avère positif pour le service. Toutes ces discussions de cas sont tenues en présence des membres de l'équipe de secteur. Ce changement a été accompagné d'une formation sur les discussions de cas à l'attention de tous les intervenants, incluant le personnel occasionnel.

- Comité d'évaluation des besoins d'hygiène

Mis sur pied il y a quelques années, ce comité est composé de deux AFS évaluatrices, de la chef et de l'ergothérapeute-formatrice. Pour ce faire, les AFS évaluatrices ont d'abord reçu une formation dispensée par l'ergothérapeute qui portait sur un modèle de prise de décision (arbre décisionnel) et sur quatre situations-types pouvant être assignés aux AFS (les cas simples). La formation a aussi porté sur le formulaire d'évaluation et les recommandations de différents équipements. En parallèle, tout le personnel AFS a été formé sur un plan d'entraînement à l'autonomie (PEA).

- Équipe des soins palliatifs

Au sein du programme de soins palliatifs, le travail interdisciplinaire est organisé différemment. Tout d'abord, les membres de l'équipe, toutes disciplines confondues, partagent le même environnement physique. De plus, des réunions se déroulent chaque semaine. Rappelons qu'au cours de la dernière année, l'équipe a bénéficié d'un programme de formation « sur mesure » afin de questionner et de formaliser un peu plus ses pratiques, de façon à les transmettre ensuite à l'équipe des soins infirmiers.

4. L'ACTIVITÉ DE TRAVAIL ET L'ACTIVITÉ DE TRANSMISSION AU SEIN DU SAD

4.1 L'activité de travail au sein du SAD : comment caractériser la variabilité?

Le métier d'intervenant à domicile, qu'il soit AFS, infirmier ou d'une autre discipline, est caractérisé par la très grande variabilité des activités de travail (Cloutier et coll., 2005). Cela découle de la variété des clients desservis et de leurs caractéristiques, des environnements de travail différents (les domiciles, mais aussi au CLSC) et les types de soins prodigués par le personnel.

Certaines constantes se dégagent toutefois de la multitude de situations de travail rencontrées dans le métier d'intervenant à domicile. Ainsi, cinq situations d'action caractéristiques (S.A.C.) de l'activité de travail, ou situations types, ont été identifiées lors des analyses portant sur l'activité de travail et de transmission. Ces situations ont été choisies car il s'agit d'activités de travail fréquemment réalisées par le personnel étudié. Ces activités découlent aussi de situations auxquelles ce personnel est le plus souvent exposé et qui, néanmoins, tiennent compte de la variabilité dans le travail (client, environnement, tâche). Il s'agit aussi d'activités au sein desquelles le personnel a développé des stratégies afin d'accomplir leurs tâches. Ces S.A.C ont été regroupées en cinq catégories présentées au tableau 2 :

- Réaliser des activités concomitantes (ou simultanées) de soin et de dépistage.
- Identifier les spécificités d'un contexte de soin.
- Réguler la charge quotidienne de travail, gérer et préparer les routes.
- Coordonner les soins entre AFS ou infirmières (intradisciplinaire).
- Comprendre son intervention dans un contexte organisationnel et interdisciplinaire.

Dans ce contexte de variabilité, il peut apparaître utopique de formaliser des savoirs afin de les transmettre aux novices. En effet, les observations révèlent que les savoirs transmis sont directement liés à l'activité de travail réalisée à un moment précis. Les savoirs transmis sont donc indissociables du contexte de l'activité et il apparaît difficile de les généraliser. Le but de la présente recherche n'est donc pas de formaliser ces savoirs, mais plutôt de « généraliser » certains contextes de travail auxquels sont exposés les employés et, de là, d'identifier certaines mesures qui peuvent faciliter l'apprentissage et l'intégration des novices au sein du métier d'infirmière ou d'AFS au SAD.

Tableau 2: Description des situations d'action caractéristiques (ou situations types) vécues par le personnel infirmier ou AFS au SAD.

Situations d'action caractéristique (S.A.C.)	Description
I - Activités concomitantes de soin et de dépistage.	Les AFS et les infirmières réalisent couramment des activités en concomitance. Par exemple, il est question ici de réaliser l'action du soin proprement dit (ex. hygiène au bain, injection) tout en effectuant des observations et en posant des questions sur la condition physique du client et sur sa situation psychosociale à domicile.
II – Déterminer les spécificités d'un contexte de soin.	<p>Les AFS et les infirmières sont exposées à une variété de situations de travail conséquemment, elles doivent adapter leur activité et leur intervention au contexte particulier d'un soin. Pour ce faire, elles tiennent compte à la fois :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des caractéristiques physiques, psychologiques et sociales du client et de l'aidant; - des caractéristiques de la situation psychosociale liées à l'intervention; - de la nature du soin proprement dit et du plan de traitement ou de l'intervention (ex. PEA, évaluation, PII) - de l'environnement physique dans lequel se réalise le soin; - de leurs propres caractéristiques (âge, condition physique et anthropométrie, état de fatigue, etc.).
III – Réguler la charge quotidienne de travail, gérer et préparer les routes.	<p>La régulation de la charge quotidienne de travail, surtout réalisée par les AFS, consiste à modifier le rythme de travail au cours de la journée afin de prévenir ou de limiter l'apparition de fatigue ou d'inconforts.</p> <p>L'activité de gestion des routes consiste à moduler l'ordre et le temps des visites à domicile (VAD) en fonction des imprévus, incidents, etc. Cela concerne autant les AFS que les infirmières.</p> <p>La préparation des routes touche plus les infirmières, car elles sont responsables d'organiser et de planifier leur route du lendemain et de la semaine, ainsi que de prévoir les suivis des semaines suivantes. La préparation des routes consiste à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - planifier les VAD d'une journée en tenant compte des suivis à réaliser. - Planifier les VAD en fonction d'un plan de traitement, de l'état de santé, etc. <p>Les horaires hebdomadaires des AFS sont conçus par une technicienne en administration, à l'aide d'un logiciel.</p>
IV - Coordonner les soins entre AFS ou infirmières (intradisciplinaire).	<p>La coordination de soins entre les membres d'un même service est réalisée fréquemment, <u>de façon informelle</u>. Ainsi, des actions sont posées afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'informer un collègue d'un changement de la situation d'un client qu'il dessert aussi ou de s'informer au sujet d'un nouveau client connu des collègues. - de favoriser le respect du plan d'intervention par le client, et ainsi éviter de mettre ses collègues en face de demandes

	<p>excessives de la part de ce dernier; d'aviser ses collègues à ce sujet.</p> <p>- de mettre à jour le cardex des clients pour que les remplaçantes aient la juste information sur le traitement. Il peut aussi s'agir d'ajouter des notes « personnalisées » pour faciliter le contact d'une remplaçante avec le client (ex. « cliente se lève-tard »).</p> <p>La coordination de soins entre les membres d'une même équipe peut se faire <u>de façon formelle</u> lorsqu'il y a, par exemple, une discussion de cas lors d'une réunion d'équipe. De telles discussions n'ont pas été observées, mais elles ont été demandées par les AFS.</p>
<p>V - Comprendre son intervention dans un contexte organisationnel et interdisciplinaire.</p>	<p>Lors de l'exécution des activités de travail, tant les AFS que les infirmières prennent en compte plusieurs éléments du contexte de travail qui touchent autant l'organisation du travail au SAD que le contexte interdisciplinaire. Concrètement, ceci se traduit par la mise en œuvre de diverses démarches.</p> <p>Par exemple, par les AFS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rapporter aux intervenants concernés les changements observés chez le client (ex. : plaie — infirmière; diminution d'équilibre — ergo pour réévaluer besoins d'équipements); • effectuer des contacts auprès de la famille, du gestionnaire d'une résidence privée ou de l'intervenante sociale au dossier. <p>Par exemple, par les infirmières :</p> <ul style="list-style-type: none"> • effectuer le suivi des cas Tandem auprès du médecin désigné; • effectuer le suivi d'un cas auprès d'un ou plusieurs membres de l'équipe interdisciplinaire; • Coordonner des services interétablissements (ex. : urgence; soins palliatifs). <p>Ainsi, certaines de ces actions sont réalisées <u>de façon informelle</u> et concernent aussi l'activité de suivi ou de dépistage. Par contre, elles sont réalisées <u>de façon formelle</u> lorsque les intervenants participent à une discussion de cas (appelées réunions de secteur).</p>

4.2 Activité de travail réalisée par les novices et les employées expérimentées.

Le type d'activités réalisées par les novices diffère selon qu'il s'agit d'une nouvelle employée ou d'une stagiaire. En effet, les exigences sont différentes quant à la "performance attendue" et une nouvelle employée, tant AFS qu'infirmière, devra faire l'apprentissage de tâches administratives, ce que la superviseure n'exigera pas d'une stagiaire (sauf exception).

Les activités de travail réalisées par les novices sont aussi différentes de celles réalisées par les superviseures. Par exemple, les infirmières superviseures tendent à déléguer l'exécution du soin proprement dit, mais elles réalisent elles-mêmes la collecte de données auprès du client. En entrevue, elles expliquent que c'est le client qui, souvent, se tourne vers elles, mais que parfois, elles divisent volontairement ces tâches afin de rattraper le retard pris sur la route, soit parce qu'il y a eu un imprévu, soit aussi parce que les soins réalisés par les novices prennent plus de temps. Ce dernier procédé, qui constitue une stratégie de gain de temps afin de pallier des contraintes temporelles, ne facilite toutefois pas le développement chez les novices d'habiletés pour réaliser des activités concomitantes ou pour effectuer une collecte de données.

Chez les AFS, on a vu que des superviseures divisent aussi les tâches. Par exemple, l'une d'elles a lavé le bain après un soin réalisé lors d'un chaud après-midi, tandis qu'elle laissait la novice discuter avec la cliente. Les raisons évoquées étaient, d'une part, de permettre à la novice de récupérer un peu, étant donné qu'il est exigeant de faire des soins d'hygiène lorsqu'il fait très chaud, et d'autre part, d'optimiser le temps de contact avec les clients. Dans ce cas-ci, la division des tâches réalisée par la superviseure constituait une stratégie pour faciliter l'apprentissage et l'intégration dans le métier en plus de constituer une stratégie de préservation de la santé.

4.3 Les lieux de transmission au SAD

Les lieux de travail physiques au CLSC sont aussi des lieux où se réalise la transmission. Alors que les infirmières travaillent tous les après-midi au CLSC, et échangent entre elles à leur bureau respectif, dans la salle du matériel ou au bureau de l'assistante-infirmière, les AFS travaillent moins souvent au CLSC. Elles sont toutefois encouragées à se présenter au CLSC le matin, pour consulter les dossiers des clients (au besoin) ainsi que lors de leur plage de bureau ou lors d'annulations. Cela favorise les échanges informels qui se tiennent alors dans leur salle de travail et dans le bureau de leur chef d'équipe.

Dans le cas de la supervision de novices, les lieux de transmission privilégiés sont les domiciles des clients et les véhicules où beaucoup d'échanges sont réalisés entre deux visites à domicile. Les novices sont aussi témoins des échanges qui se déroulent dans la salle des AFS et elles en bénéficient.

Les lieux de transmission organisationnels sont les lieux de formations, de discussions de cas et de réunions. Ces lieux sont riches d'échanges, comme nous le verrons dans ce chapitre.

4.4 L'analyse des S.A.C : l'activité réelle de travail et exemples de transmission

Pour chacune des situations d'actions caractéristiques identifiées au tableau 2, nous présentons un exemple de situations observées qui illustrent l'activité réelle de travail réalisée par le personnel étudié. Ces observations sont issues de contexte d'apprentissage ainsi, l'activité réalisée par une personne novice peut différer de celle réalisée par la superviseuse. Des éléments de transmission ont été observés et ils sont aussi repris ici.

1. Activités concomitantes de soin et de dépistage.

Une stagiaire AFS a réalisé un soin d'hygiène à la baignoire sous la supervision d'une AFS expérimentée, pendant son premier stage au SAD, d'une durée de deux semaines. Nous avons observé que la stagiaire donnait surtout des directives liées à la séquence du soin (ex. tenez-vous à la barre, levez-vous, etc.) lorsqu'elle s'adressait à la cliente. On notait, de plus, que lorsqu'elle discutait de façon générale sur l'état de santé de la personne ou de manière affective, elle devenait distraite et « perdait » sa séquence de soin : elle s'apprêtait à essuyer la cliente avant même d'avoir rincé le savon. Sa superviseuse a même dû lui rappeler que la cliente n'avait pas lavé ses bras.

Chez les infirmières, nous avons observé, lors de l'exécution par une novice d'un pansement assez complexe aux membres inférieurs, que cette dernière était concentrée sur la technique de soin. La superviseuse l'assistait en lui donnant les directives « étape par étape ». Tandis qu'elle la supervisait, l'infirmière expérimentée procédait simultanément à la collecte d'informations sur l'évolution de la cliente. À cet égard, on notait que la cliente et l'aidante échangeaient surtout avec la superviseuse. Cela peut être attribuable au fait que les clients tendent à se tourner vers leur intervenante principale cependant, la novice n'a pas amorcé de questions de suivi à l'attention de la cliente pendant cette visite.

Ces deux situations illustrent les difficultés, pour les novices, de maîtriser la réalisation d'activités en concomitance, qui sont des actions couramment réalisées par le personnel expérimenté. En effet, il s'agit pour ce personnel, d'une stratégie de gain de temps développée avec l'expérience (Cloutier et coll., 2005). Conséquemment, il faut plus de temps aux novices qui débutent dans le métier pour réaliser les soins, puisque la collecte d'informations fait partie intégrante de l'intervention.

2. Déterminer les spécificités d'un contexte de soin.

Comme mentionnés, les infirmières et les AFS adaptent leur activité et leur intervention au contexte particulier d'un soin, en tenant compte de plusieurs paramètres (tableau 2), dont notamment : les caractéristiques physiques, psychologiques et sociales du client, la nature du soin et l'environnement physique. On a observé à plusieurs reprises chez les AFS le refus d'un soin par les clients, par exemple, le refus d'un soin d'hygiène au lavabo alors qu'une AFS supervisait une stagiaire. L'AFS expérimentée, malgré plusieurs arguments (ex. « *la chaleur va faire du bien à votre épaule* »), n'a pas réussi à convaincre la cliente, sauf pour lui laver les pieds. Précisions toutefois que l'AFS a mis à profit sa présence à domicile pour faire du dépistage et le suivi de la situation psychosociale en posant des questions sur la médication, la prise de repas, une brûlure apparente et la fréquence des visites des enfants. Dans ce contexte de

méfiance de la part de la cliente, l'AFS expérimentée a adapté son approche et elle n'a pas fait participer la stagiaire. Le refus, ou le manque de collaboration à un soin constitue une situation récurrente à laquelle sont exposées les AFS, d'où l'importance d'encadrer les novices à ce sujet. À cet égard, il était intéressant d'observer des AFS expérimentées dirent à une stagiaire, lors du retour au CLSC, qu'il s'agit d'une situation fréquente et la rassurer en lui disant « *que la personne ne va pas mourir si elle n'a pas eu son bain* » et que parfois : « *les fois les gens veulent pas, c'est pas grave, on va lui faire le lendemain.* ».

Les infirmières sont exposées régulièrement à de nouveaux protocoles de soins, souvent élaborés par les hôpitaux. Nous avons eu l'occasion d'observer une infirmière expérimentée expliquer et démontrer à la novice un protocole de soin spécifique pour l'injection d'une médication (ex. Fragmain). Puisqu'il s'agissait d'une activité inconnue de la novice, c'est la superviseure qui a exécuté le soin et le suivi. Soulignons que les mises à jour et la formation spécifique d'une infirmière, avant l'assignation d'une technique qui lui est inconnue, sont une préoccupation constante de l'assistante-infirmière et que tous les membres de l'équipe font des efforts dans ce sens. Cette dernière affirme : « *Si une infirmière n'est pas sécurisée avec une procédure particulière, elle peut demander à être jumelée à une collègue ; ça peut aller jusque-là.* ».

3. Réguler la charge quotidienne de travail, gérer et préparer les routes.

Nous avons observé une superviseure AFS expliquer à une novice en orientation les règles du service concernant la gestion du temps, notamment la pratique de « devancer les cas » lorsqu'il y a des annulations ou qu'une visite a pris moins de temps, ainsi que d'aviser sa chef d'équipe avant de faire des modifications à son horaire. Cette même superviseure a aussi fait part de ses stratégies de gestion du temps ainsi que de ses stratégies de prudence pour prévenir l'apparition de fatigue lors d'une journée de travail très chaude et humide. Elle disait prendre une courte pause à l'extérieur pour marcher un peu, entre la réalisation de deux soins dans la même résidence privée¹⁵. Il est intéressant de constater que cette stratégie ne retarde pas l'AFS puisque les soins consécutifs ont lieu dans la même Résidence : elle récupère le temps de déplacement non réalisé afin de « récupérer » physiquement.

Les superviseures AFS ont aussi insisté auprès des novices sur l'importance, lorsqu'une AFS détient un statut occasionnel, de demander du temps de bureau afin de compléter ses dossiers. En effet, elles expliquent qu'il survient souvent que les AFS occasionnelles n'aient pas de plage de bureau prévue à leur horaire pendant deux ou trois semaines alors que toutes les AFS doivent saisir leurs statistiques et rédiger leurs notes aux dossiers. Quant aux règles inhérentes à l'horaire des TPO (ex. cartable, liste de rappel), ni les superviseures observées, qui détiennent un statut régulier, ni la chef d'équipe par intérim, n'ont été en mesure d'expliquer ces règles à une novice. Cette dernière a toutefois pu s'informer auprès d'une collègue qui détient, elle aussi, un statut occasionnel.

Même si certaines règles doivent être respectées par les AFS concernant l'horaire quotidien (route), les actions décrites ci-haut concernent surtout une forme de « régulation quotidienne » de la charge de travail, par le recours à des stratégies de gain de temps et de prudence, qui sont transmises aux novices en situation réelle de travail.

¹⁵ Cette stratégie limite la durée d'exposition continue à un environnement très chaud et humide que constituent les salles de bain, particulièrement en période de canicule, telle qu'observée ce jour-là.

Les infirmières sont aussi appelées à gérer, au quotidien, les imprévus liés aux visites à domicile, qui ont lieu le matin. Les actions posées sont sensiblement les mêmes que celles posées par les AFS : devancer ou permuter des visites, remplacer une annulation par un cas mis en « stand-by »¹⁶. Cependant, la gestion des routes des infirmières est assujettie à des impératifs immuables : il s'agit des temps et des lieux de dépôt des prélèvements. Pour respecter les règles liées à la qualité des analyses, les infirmières effectuent une vraie gymnastique afin de déposer les prélèvements à temps. Lorsqu'elles ont trop de prélèvements obligatoires à faire dans une journée, elles font un détour au centre hospitalier pour effectuer un deuxième dépôt.

Contrairement aux AFS, les infirmières ont la tâche de planifier leur route (ou celle de leur remplaçante), tâche qu'elles exécutent l'après-midi à leur retour au CLSC. À plusieurs reprises, nous avons vu des superviseuses expliquer à des stagiaires ou à de nouvelles employées, leurs stratégies de gestion du temps liées à la préparation de la route du lendemain, qui apparaît souvent comme un casse-tête pour les novices. Les infirmières expérimentées disent débiter par cette tâche dès leur arrivée au CLSC afin de s'assurer d'obtenir un « surplus »¹⁷ si elles en ont besoin : « [quand tu arrives au CLSC], tu vas aller chercher tes labos, tes dossiers, tes stats, pis après ça monter tout de suite ton lendemain : tu te débarrasses de ça parce que si t'as besoin d'aide pour que l'assistante puisse organiser les surplus ou ces choses-là. Parce que les places se prennent vite! »¹⁸ Par la suite, au fur et à mesure que la superviseuse prépare sa route, elle explique à la novice de quelle façon elle priorise les visites à domicile :

- 1re chose à vérifier : quels sont les cas d'aujourd'hui qu'il faudrait revoir demain? La superviseuse met alors ces cas-là de côté.
- Prévoir une nouvelle admission (elle venait d'en être avisée).
- Révision du classeur hebdo : sortir les cartes du lendemain.

Lorsque l'infirmière fait ces opérations, elle doit aussi considérer les demandes qu'on appelle « stat » c'est-à-dire les visites obligatoires pour le lendemain. Il arrive régulièrement que le nombre de visites prévues à ce moment-là soit trop important. S'il est possible d'avoir l'assistance d'une infirmière en surplus, elle dit qu'elle lui délèguera des visites, mais dans le cas contraire, elle effectuera un second niveau de priorisation, en reportant des visites au lendemain ou en sollicitant l'aide des collègues de son secteur. C'est de cette façon, en commentant son activité, que la superviseuse a transmis à la novice ses modes opératoires et ses stratégies. Elle lui a aussi expliqué de quelle façon elle demande les étiquettes de laboratoires à la secrétaire du service, de façon à ne pas la surcharger, comment aussi elle planifie dès le jeudi, la route du lundi. Il s'agit de stratégies et de savoirs cruciaux pour des novices.

Certaines actions et stratégies mises en application lors de la préparation des routes ne sont pas toujours réalisées pour soi, mais pour les collègues. Ainsi, certaines infirmières seront attentives

¹⁶ Il s'agit d'une stratégie fréquemment observée chez le personnel expérimenté, qui lui permet, lorsqu'il en a la possibilité, de réguler sa charge hebdomadaire de travail.

¹⁷ Rappel : il s'agit d'infirmières qui détiennent un statut occasionnel et qui sont appelées au travail pour effectuer des visites à domicile auprès des clients qui ne peuvent être desservis par leur infirmière de secteur. Leur « route » peut-être constituée d'un amalgame de visites dans des secteurs différents.

¹⁸ La règle du « premier arrivé, premier servi » prédomine ici.

à ne pas surcharger leur remplaçante ou à ne pas attribuer de visites dans des secteurs éloignés aux infirmières en surplus, car la route de ces dernières est déjà « éclatée » dans des secteurs différents. Ceci est une mesure qui facilite, en quelque sorte, l'intégration dans le métier, car elle limite les contraintes temporelles auxquelles sont exposées les infirmières occasionnelles remplaçantes ou « en surplus », que sont les novices, d'autant plus que l'exécution des soins est souvent plus longue par ce nouveau personnel. Il s'agit d'une mesure individuelle qui gagnerait à être diffusée aux membres de l'équipe des soins infirmiers, pour les sensibiliser à la mettre en pratique, lorsque cela est possible.

4. Coordonner les soins entre AFS ou entre infirmières (intradisciplinaire).

Lors des observations, nous avons été témoins d'échanges informels survenus dans la salle des AFS. Il s'agissait souvent d'une AFS qui partageait avec une collègue des informations sur un client desservi en commun ou à la suite d'un changement d'AFS (ex. changement d'horaire – fréquent; déménagement – changement de secteur). Dans cette dernière situation, précisons qu'aucun moment n'est prévu pour assurer le transfert du client et qu'il survient que les AFS concernés ne se voient pas avant la transition. Cela entraîne des pertes d'informations qui s'avéreraient utiles pour la continuité et la qualité des services, ainsi que pour la SST du personnel. À cet égard, des AFS ont clairement avoué, lors de formations ou de réunions, vivre un stress lorsqu'elles doivent reprendre le service d'un collègue : elles ont peur de faire face à l'insatisfaction du client. Cela va même jusqu'à craindre des plaintes non fondées : il semblerait en effet que certains clients utiliseraient cette stratégie pour « récupérer » l'ancien AFS. Cela confirme les résultats d'une recherche réalisée au sein d'organisations de services à domicile (Firbank, O., Arsenault, M. et coll. 2005) qui a démontré que le roulement de personnel créait de l'insatisfaction chez la clientèle. Ainsi, lorsqu'il n'est pas possible d'éviter un changement d'AFS, il serait intéressant d'assurer le client qu'il y aura un transfert d'informations entre les deux employés, de façon à limiter l'effet du roulement de personnel sur son comportement à l'égard de ce dernier. Par ailleurs, l'étude réalisée au sein de quatre CLSC a montré que la transmission d'informations sur la situation du client s'avérait aussi protectrice pour la SST du personnel soignant (Cloutier et coll. 2005).

Nous avons aussi été témoins d'une discussion informelle entre une stagiaire et des AFS, au sujet d'une règle de fonctionnement du service : le respect du plan d'intervention (PI). La discussion s'amorce lorsque la stagiaire explique qu'elle a nettoyé la toilette d'une cliente très souffrante, car elle était très souillée. Elle spécifie toutefois : « *Je ne l'aurais pas fait devant elle. Parce que ça ne fait pas partie du PI pis parce qu'après, elle peut le demander à quelqu'un d'autre* ». La stagiaire explique qu'il s'agit d'une règle apprise à l'école, mais aussi mentionnée lors du stage. Une AFS expérimentée lui raconte qu'il lui est arrivé, par exemple, de laver les cheveux d'une cliente si cette dernière elle malade cependant, elle l'a noté dans son dossier et en a donné les raisons. Cette AFS expérimentée conclut en disant « *qu'il y a des demandes qu'il faut refuser, car sinon on finit plus [...] Il ne faut jamais oublier que la personne qui nous remplace après, ça crée des conflits. Il faut faire attention, c'est le gros bon sens.* ».

La coordination des soins entre AFS concerne autant la transmission d'informations sur la situation du client à domicile, que le partage de règles de fonctionnement afin de protéger ses collègues de demandes excessives ou inappropriées des clients. Le respect du plan d'intervention est un bon exemple d'une règle de fonctionnement formelle qui a été adaptée par le collectif de

travail c'est-à-dire que ce dernier tolère, dans certaines circonstances, que cette règle ne soit pas respectée pourvu que ses membres ne soient pas menacés. Pour une novice qui s'intègre dans une équipe de travail, il est important de connaître ces deux aspects liés à la coordination avec les collègues.

Concernant la coordination entre les infirmières, cette activité de travail est très fréquente, compte tenu du recours à des infirmières en « surplus », mais aussi de nombreux « échanges de service » entre les infirmières d'un même secteur (ou de secteurs différents). Cela offre l'occasion à des novices, comme nous l'avons vu, d'être témoins d'interactions entre collègues. Par exemple, l'une d'elles est venue faire un compte-rendu à une collègue au sein des interventions et des informations recueillies lors des visites qu'elle a réalisées pour elle, de façon à ce que cette dernière puisse poursuivre l'intervention auprès de son client. La superviseure explique qu'en l'absence de surplus, elles s'organisent entre elles. Il importe donc, pour une novice, d'apprendre qu'il existe une règle d'entraide qui est partagée par l'ensemble du collectif des infirmières.

5. Comprendre son intervention dans un contexte macro-organisationnel, organisationnel et interdisciplinaire.

Interdisciplinarité au sein du SAD

Les AFS observent souvent des changements à la condition de la personne lors des soins à domicile, pour lesquels elles feront des suivis auprès de la famille et de l'intervenant concerné par la problématique. Lors d'une observation, la superviseure notait la persistance de rougeurs sur la peau d'une cliente. Elle a d'abord discuté de la situation avec la responsable de la résidence privée, qui l'a informée que la cliente n'avait pas d'infirmière attitrée, mais qu'une infirmière desservait d'autres résidents. Par la suite, la superviseure en a profité pour partager ses stratégies avec elle : « *J'ai demandé à la responsable de la résidence de solliciter l'infirmière lors de sa prochaine visite, mais si je veux être sûre que le message se rende, je peux aussi laisser un message dans la boîte vocale de l'infirmière du secteur. Mais là, elle est en congé, je vais aller voir l'assistante pour qu'elle avise l'infirmière qui la remplace pour qu'elle fasse une évaluation lors de sa prochaine visite à la Résidence.* » C'est ce qu'elle a fait à son retour au CLSC.

Le dépistage de plaies, de brûlures ou d'ecchymoses suite à des chutes est une action fréquemment réalisée par les AFS, dont le rôle est de signaler les situations potentiellement à risque aux autres membres de l'équipe interdisciplinaire. Cette activité est d'ailleurs fortement encouragée et reconnue, tant par la chef d'équipe, la coordonnatrice que par l'équipe interdisciplinaire. Dans les faits toutefois, les contacts entre les membres d'une équipe de secteur sont plus ou moins fréquents au quotidien, étant tributaires de la disponibilité de chacun. Les AFS, qui bénéficient de deux heures par semaine « de bureau », communiquent souvent leurs observations aux intervenants en laissant un message dans leur boîte vocale. Il est donc essentiel, pour favoriser la qualité des services, que les novices (pas seulement AFS) soient informées non seulement sur leur rôle et les actions à poser, mais aussi sur le rôle et les responsabilités des autres disciplines afin de transmettre l'information pertinente au professionnel concerné.

Tout comme les AFS, les infirmières sont aussi exposées à des situations de travail en interdisciplinarité. Par exemple, dans le cadre du programme Tandem, les infirmières du SAD

effectuent des suivis et coordonnent leurs interventions avec le médecin du secteur. Une superviseure a expliqué à une novice comment elle planifie ses interventions et combien il est motivant de collaborer avec les médecins du SAD: « *Dans ce secteur, mes patients sont tous avec Dr X. C'est une complicité ben différente d'avec l'hôpital. Quand on leur laisse des messages, on sait qu'ils vont les lire pis qu'ils vont nous revenir avec ça.* ».

Réunions de secteur

Comme mentionnées au chapitre 3, les discussions de cas des équipes de secteur avaient lieu, pendant la collecte de données, de façon « *ad hoc* » c'est-à-dire à la demande d'un intervenant, contrairement aux réunions de l'équipe des soins palliatifs qui se déroulent chaque semaine. Quatre discussions de cas ont été analysées dans le cadre du projet. Selon nos observations, les discussions de cas des équipes de secteur avaient lieu dans les circonstances suivantes : la discussion peut découler d'une nouvelle admission, pour laquelle l'équipe juge important de partager le résultat des évaluations de chacun et d'élaborer un plan d'intervention (PI). Elle peut aussi être initiée à la suite de l'observation d'une détérioration de la situation d'un client à domicile : l'équipe souhaite alors réviser le PI afin de répondre à ses nouveaux besoins. Dans le cas d'urgences ou de problématiques majeures, l'équipe souhaite alors discuter d'un plan et élaborer des stratégies concertées. La discussion de cas joue un rôle extrêmement important dans la coordination des services entre les intervenants, ce qui a un impact certain sur la qualité des services ainsi que sur le maintien à domicile des clients. En voici un exemple type : l'équipe a discuté de la situation d'un homme âgé, vivant seul, vu à la suite d'une chirurgie, qui présente des problèmes de régulation de sa médication et qui souffre possiblement un syndrome de démence vasculaire. L'infirmière note des besoins pour superviser la prise de la médication étant donné que cette situation constitue un facteur de risque d'AVC, et que monsieur n'est pas capable, malgré l'enseignement, d'utiliser un *Dispil*. L'aidante, qui le visite aux deux jours, ne serait pas fiable à ce sujet. En parallèle, l'ergothérapeute et les AFS soulèvent la question de la mobilité et l'équipe discute de stratégies afin d'amener le client à reprendre la marche de façon sécuritaire. Un plan d'intervention est conçu : une demande pour une évaluation et un programme d'exercices sera faite en physiothérapie tandis que les AFS se voient déléguer la supervision de la prise de la médication. La collaboration du pharmacien sera requise pour favoriser sa prise une fois par jour. L'équipe s'assure à la fin de la réunion que l'argumentation est conforme aux valeurs de tous, incluant le client puisqu'elle projette une rencontre avec ce dernier pour obtenir sa collaboration : « *On a tous de bons arguments puis on y va avec notre bonne volonté. Mais si on veut l'avoir de notre bord, on est aussi bien de...il est aussi bien de nous dire sur quoi il veut travailler.* ».

Les discussions suivent généralement le même déroulement. L'intervenant principal (ou qui a fait la demande) énonce d'abord la problématique, l'objectif ou les objectifs de la rencontre. S'ensuit une discussion où tous les membres présents communiquent leurs observations et opinions. On observe souvent qu'à la fin de la discussion, une personne s'assure que tous ont participé et qu'ils n'ont rien à ajouter. La réunion se conclut avec un résumé des décisions prises et l'attribution des responsabilités aux intervenants concernés.

Les objectifs poursuivis sont souvent nombreux : il s'agit à la fois de mettre en commun des informations, mais aussi d'élaborer diverses stratégies afin d'atteindre l'objectif ultime qui est le maintien du client à domicile. Pour ce faire, les intervenants partagent entre eux leurs

observations du profil fonctionnel du client à la réalisation de ses AVQ ou AVD. Les AFS sont souvent mises à contribution. Des observations sont aussi partagées sur les relations entre le client et l'aidant naturel, mais aussi sur la collaboration du client avec les différents intervenants. Ces derniers partagent entre eux des stratégies variées, par exemple: comment ne pas froisser le client et l'amener à collaborer en fonction de ses goûts (stratégies relationnelles), comment faire prioriser une demande d'évaluation en physiothérapie (ex. mentionner qu'il s'agit d'un cas « post-hospitalisation »), comment s'assurer de la prise adéquate de la médication, etc. Des stratégies organisationnelles sont aussi partagées alors que des stratégies collectives sont élaborées afin de favoriser la collaboration du client en lui tenant tous le même discours.

Au cours des discussions observées, les thèmes suivants, qui sont au cœur de la pratique en SAD, sont aussi abordés : la mission du SAD (mandat, quelle clientèle, etc.), les valeurs d'intervention en soutien à domicile (ex. respect des choix du client tout en lui exposant les avantages et inconvénients pour une prise de décision éclairée, favoriser l'autonomie du client), l'équité ou la parité des clients (ex. ne pas favoriser un client au détriment des autres), l'éthique du métier (ex. approche réaliste vis-à-vis le client concernant certaines issues, comme l'hébergement), pour ne nommer que ceux-là. Ces thèmes sont discutés pour qu'à la fin de la réunion, il y ait un consensus de l'équipe sur le plan à adopter, de façon à ce que tous les intervenants soient à l'aise et y adhèrent en fonction des valeurs d'intervention au SAD.

Finalement, ces discussions interdisciplinaires, au cours desquelles sont abordés des thèmes touchant le fonctionnement de SAD et la culture de métier, les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe interdisciplinaire, peuvent contribuer à renforcer l'apprentissage des novices lorsque ces derniers y assistent. Notons toutefois qu'aucun novice n'était présent lors de ces observations.

Collaborations avec les autres établissements du réseau

Les infirmières sont appelées à collaborer avec des partenaires externes afin de coordonner des services entre établissements, notamment lors d'une référence, d'une urgence ou d'une hospitalisation d'un client du SAD. À ce sujet, une superviseure a relaté à une novice son expérience de travail de soir afin que cette dernière ait un aperçu des tâches différentes qu'elle peut être appelée à réaliser dans ce contexte : « *Un palliatif qui ne va pas bien, tu le mettras pas juste dans l'ambulance, t'as pas de docteur même si on a des docteurs en soins pal... tu pourrais juste l'envoyer dans l'ambulance, mais souvent, la fille de soir, ce qu'elle fait, elle appelle la coordonnatrice de l'hôpital : « Faut que j'envoie un palliatif à l'hôpital, parce qu'il n'est pas soulagé, j'ai pas de prescription pour une médication sous-cutanée et je ne rejoins pas le médecin...J'veux pas qu'il repasse à l'urgence, qu'il soit évalué. Elle va dire : arrange-toi pour me trouver un lit. Que ce soit aux soins pal ou ailleurs, il faut qu'il soit bien accueilli. » C'est des réflexes que tu vas développer de soir, mais que t'auras pas à faire parce que de jour, tu vas l'avoir le médecin, il va avoir préparé l'admission. Ça va bien aller. Mais de soir, il faut que tu fasses quelque chose. »* En relatant cette expérience, la superviseure a aussi fait part de ses stratégies de travail.

Interdisciplinarité liée aux partenaires sociaux

L'interdisciplinarité s'exerce aussi à travers les échanges et les relations qu'entretient, de plus en plus depuis les changements apportés au secteur des résidences pour personnes âgées, le SAD (et par ricochet, son personnel) avec ces partenaires. Parfois, le personnel soignant est soumis à des contraintes lors de la prestation des soins auprès de cette clientèle. Quelques exemples ont d'ailleurs été évoqués lors d'orientations ou de réunions d'équipe : propriétaires de résidences qui refusent d'installer ou d'utiliser des équipements, personnel qui refuse qu'on lui enseigne un soin invasif qu'il est cependant tenu d'exécuter selon la loi 90. Dans ce dernier cas, une infirmière a partagé avec la novice ses stratégies afin de se protéger dans ce contexte : elle a avisé sa supérieure et elle a aussi noté systématiquement au dossier tous les échanges avec ses interlocuteurs. Elle a avoué que de telles situations lui génèrent du stress.

Par ailleurs, selon les propos tenus par les deux chefs d'équipe lors des réunions, les nouvelles exigences auxquelles font face les résidences pour personnes âgées, par l'application de la certification, modifieront le partenariat entre le SAD et ces dernières. Comme mentionnés au chapitre 3, ils anticipent une transformation de la mission du SAD, mais aussi du rôle de ses intervenants. Pour les gestionnaires, l'augmentation du nombre croissant de clients en résidence privée, combinée à la politique de dispensation conditionnelle de soin du SAD, obligera ces résidences à se conformer aux exigences du SAD ainsi qu'à rehausser leurs pratiques. Ils estiment que les intervenants du SAD peuvent jouer un rôle en cette matière, ce qui influencera l'activité de travail. En effet, ce rôle évoluera, selon eux, de la prestation de service proprement dite à de l'encadrement et de l'enseignement auprès du personnel des résidences. Le premier objectif poursuivi est de convaincre ces établissements de permettre au personnel du SAD d'exécuter les soins dans un contexte sécuritaire. Il s'agit aussi d'assurer la sécurité du client. Le deuxième objectif est d'offrir les mêmes conditions au personnel des résidences.

4.5 L'activité de transmission formelle au sein du SAD : les réunions et la formation continue

4.5.1 Réunions d'équipe

Les réunions d'équipe constituent une activité de travail prescrite, déterminée par une structure formelle (ex. fréquence, ordre du jour) dans lesquelles on observe la présence de transmission informelle de savoirs. En effet, le personnel AFS et infirmier profite de ces lieux de rencontres pour échanger sur leur activité de travail alors que cela n'est pas toujours prévu à l'ordre du jour.

Lors des quatre réunions de l'équipe des AFS et des trois réunions des soins infirmiers auxquelles nous avons assistées, des thèmes variés ont été abordés : informations administratives, aspects liés à l'activité de travail, au travail affectif auprès de la clientèle ou à la gestion des difficultés avec cette dernière, au travail en interdisciplinarité, à la SST ou à l'organisation du travail. Un ordre du jour est élaboré par les chefs d'équipe et un compte-rendu de la réunion précédente est lu au début des rencontres, ce qui permet de faire le suivi des éléments traités et de conserver des traces des décisions, s'il y a lieu.

Thèmes administratifs abordés lors des réunions des AFS et des infirmières

La transmission d'informations administratives prend une grande place dans les réunions des deux groupes professionnels. Plusieurs s'en plaignent, souhaitant plutôt profiter du temps alloué pour échanger sur le travail ou sur le contenu clinique. Les thèmes traités vont des politiques et procédures de gestion du temps de travail (ex. paie, congés), à la création d'une équipe de remplacement et aux processus d'agrément et d'appréciation de la contribution. Même si la transmission de ces informations s'effectue surtout de façon unidirectionnelle, les gestionnaires prennent toujours le temps de répondre aux questions du personnel. On note que certaines annonces, qui ont été réalisées « à l'avance »¹⁹, et pour lesquelles les éléments de réponse étaient incomplets, ont suscité un climat d'incertitude ou d'insatisfaction chez le personnel. Ces éléments administratifs, souvent traités au début des rencontres, ont teinté la suite des échanges. Cela a créé tellement d'insatisfaction au sein de l'équipe des soins palliatifs que cette dernière a décidé de traiter les points administratifs à la fin des rencontres.

Réunions des AFS

Alors que plusieurs thèmes abordés portent sur l'activité de travail et les règles de fonctionnement (méthodes de travail, aspects de sécurité, relations avec la clientèle) d'autres thèmes abordés par la chef d'équipe concernent des aspects organisationnels qui ont un impact direct sur l'activité de travail des AFS. Par exemple, lors d'une réunion la chef informe son équipe qu'il y aura un « blitz » d'évaluation par les ergothérapeutes, ce qui permettra de réduire le nombre de soins d'hygiène prodigués au lavabo par les AFS pour prodiguer un soin sécurité au bain : cette nouvelle a été très bien accueillie! La question de la gestion des horaires et du temps de travail (ex. congés, équipe de remplacement) est une préoccupation récurrente chez les AFS. Des discussions s'amorcent aussi spontanément, et régulièrement, sur des difficultés à domicile : les AFS participent, posent des questions et partagent leurs savoirs et leurs stratégies avec les pairs. À cet égard, elles suggèrent d'implanter des discussions de cas. À chacune des réunions observées, des aspects de formation ont été abordés : ils sont discutés à la section 4.4.

Réunions des soins infirmiers

Quoique variés, les thèmes abordés touchaient principalement l'activité de travail : difficultés liées à la conciliation des routes, notamment en période de surcharge, avec le respect des protocoles de soins (ex. anticoagulothérapie). Les infirmières partagent aussi entre elles les stratégies qu'elles ont développées pour pallier des difficultés de toutes sortes. Des présentations sont faites par les pairs sur des techniques de soin ou sur de nouvelles procédures. L'assistante-infirmière joue souvent le rôle de rappeler les règles de fonctionnement du service. Beaucoup d'informations portent sur des services ou mesures à l'attention des clients (ex. création d'un nouveau dépliant, respect de la confidentialité, vérification de l'identité).

Comité d'évaluation des besoins d'aide à domicile

¹⁹ ou dont le processus d'implantation a été retardé, comme ce fut le cas pour l'équipe de remplacement.

Une seule réunion de ce comité a été observée. Les AFS ont résumé leurs observations pour les deux évaluations réalisées cette semaine-là puis elles ont discuté avec leur chef d'équipe de leurs recommandations en matière d'assistance au soin d'hygiène, d'un programme d'entraînement ou de besoins d'équipements. À ce sujet, des échanges ont eu lieu entre les AFS et leur chef sur la façon de présenter leurs recommandations à l'intervenant-pivot. Un dysfonctionnement a été observé puisqu'une demande d'évaluation était incomplète : on apprend que certains intervenants ne fournissent pas d'informations sur le profil fonctionnel et notent « voir évaluation OMC » alors que les AFS n'ont pas accès au dossier médical du client. Des échanges de savoirs et de stratégies ont eu lieu entre les AFS de façon informelle et la chef d'équipe a fait preuve de soutien organisationnel et de valorisation à l'égard des AFS.

4.5.2 La formation continue

Comme mentionnées au chapitre 3, plusieurs activités de formation continue se sont déroulées au sein du service au cours des dernières années. Lors de la collecte de données, nous avons eu l'occasion d'assister aux formations formelles suivantes, données par des formateurs externes :

- une journée sur la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti
- deux jours de formation auprès de l'équipe des soins palliatifs

Des ateliers ont aussi eu lieu dans le cadre des réunions d'équipe, animées par des membres du SAD :

- capsules PDBS (AFS)
 - formation sur un acte délégué (AFS)
 - sensibilisation à la violence faite aux personnes âgées (vidéo et animation) (AFS)
 - formation sur l'insuffisance rénale (infirmière)
- Les formations avec un formateur externe.

Formation sur la méthodologie de soins Gineste-Marescotti

Cette formation mettait l'accent sur des « règles de l'art » et tentait d'outiller les intervenants à œuvrer auprès d'une clientèle souffrant de déficits cognitifs, mais aussi de développer ou de renforcer une culture de métier. À cet égard, elle abordait la question des valeurs du métier de soignant, des normes de comportements ainsi que les représentations (de soi et des autres). Par exemple, la formatrice a insisté sur les attitudes à adopter vis-à-vis la clientèle (ex. éviter de juger leurs comportements) et sensibilisait les participants à remettre en question leur propre représentation de la personne malade, particulièrement si cette dernière est atteinte d'un déficit cognitif.

La formation consistait en la transmission de savoirs axés sur l'activité de travail (ex. comment donner un bain à une personne atteinte d'un déficit cognitif) ainsi que sur des savoirs relationnels et des savoirs liés à des principes d'intervention. Elle permettait aussi aux participants de mettre à jour leurs connaissances sur des pathologies et leur évolution. L'approche de formation, formelle, offrait aux participants des exemples concrets (parfois illustrés par un vidéo) et ces

derniers échangeaient ensuite sur le sujet. Les échanges informels étaient aussi encouragés, ce qui permettait aux participants d'échanger sur leur expérience.

Formation sur le travail en interdisciplinarité en soins palliatifs

Au cours de la dernière année, l'équipe a bénéficié d'un programme de formation « sur mesure » afin de questionner ses pratiques. Ainsi, non seulement des outils ont été conçus (ex. formulaire du plan d'intervention), mais les modalités et la structure des réunions ont été modifiées. Ceci, sans compter que les rôles et responsabilités de chacun auprès de la clientèle ont été clairement définis et fait intéressant, une réflexion collective a été réalisée sur les valeurs de l'intervention en soins palliatifs.

Selon les gestionnaires rencontrés, cette formation visait deux objectifs. Tout d'abord, optimiser le fonctionnement de l'équipe, notamment celui des réunions. Il s'agissait ensuite, dans une certaine mesure, d'« uniformiser » les pratiques afin de les transmettre aux pairs appelés à faire des remplacements au sein de ce programme. La formation découlait de la présence de difficultés au sein du programme, rapportées par des membres du personnel ainsi qu'observées par les gestionnaires. En effet, il semble que plusieurs infirmières ne voulaient pas y effectuer des remplacements. On constatait aussi, semble-t-il, une méconnaissance chez les remplaçantes concernant la médication, plus complexe (doses, types de médicaments, procédures), ce qui rendait ces dernières inconfortables, d'autant plus qu'il existait peu ou pas de procédures formelles. Finalement, plusieurs dysfonctionnements étaient vécus par l'équipe des soins palliatifs. Par exemple, il existait un problème de coordination avec l'équipe médicale. Cette dernière alléguait aussi un essoufflement relatif à la garde téléphonique et témoignait de l'insatisfaction, ce qui avait tendance à démotiver les autres membres de l'équipe, tout en constituant aussi un problème pour les infirmières qui avaient de la difficulté à les joindre. Ces dernières avaient aussi des difficultés d'accès à la médication en cas d'urgence²⁰.

De façon générale, ce qui s'est dégagé des deux journées de formation observées (et du processus global de cette formation spécifique) est l'importance du temps et du processus de réflexion dans la révision des pratiques. Ainsi, la formation a porté moins sur l'acquisition de connaissances que sur l'élaboration de processus de travail : il s'agit d'une formation « structurante ». Le mode d'organisation et d'animation de cette formation formelle par les formateurs faisait preuve de flexibilité en s'adaptant au fur et à mesure aux besoins des participants. Les savoirs abordés portaient sur l'organisation du travail ainsi que sur l'activité de travail en interdisciplinarité. Des aspects directement liés à l'intervention auprès de cette clientèle spécifique ont aussi été discutés afin de faire l'objet d'un consensus par les participants. Conséquemment, ce programme de formation a contribué à renforcer le collectif de travail interdisciplinaire par le développement et le renforcement d'une culture de métier interdisciplinaire.

D'autres objectifs ont été atteints par cette formation :

²⁰ Il y a au centre hospitalier une trousse de médicaments pour ces « urgences » mais les médecins n'y laissent pas les prescriptions conséquemment, les infirmières ne peuvent utiliser cette médication lorsqu'elles estiment en avoir besoin et qu'elles ne parviennent pas à joindre le médecin de garde.

- Optimisation du partage d'un langage commun (ex. : entente sur une liste commune de problématiques des clientèles sur le formulaire PII).
- Partage de règles de fonctionnement communes concernant les discussions de cas, les réunions, les critères de priorisation des discussions, etc.
- Partage de valeurs communes : valeurs de l'équipe elle-même (le collectif) et les valeurs de l'intervention (s'inscrire dans le contexte de travail). Les participants devaient aussi identifier, pour chacune des valeurs ciblées, les comportements attendus par l'équipe (ex : respect dans l'équipe peut signifier pour eux d'arriver à l'heure aux réunions).

Notons, finalement, que l'équipe devait rédiger une liste plastifiée de ses valeurs et les diffuser à tous les gens qui travailleront en soins palliatifs. La consignation, la formalisation et la conception d'outils papiers, tel qu'un canevas pour les discussions de cas contribuera, non seulement à optimiser le fonctionnement de l'équipe, mais aussi à faciliter la transmission aux pairs qui ont peu d'expérience auprès de cette clientèle ainsi qu'aux nouveaux venus dans le métier.

- Ateliers ou séances de formation au cours de réunions d'équipe.

Formation aux AFS sur un acte délégué

La formation, qui s'adressait au groupe des AFS, a été prodiguée par l'assistante-infirmière. Celle-ci a donné des explications très claires et très détaillées sur la réalisation du soin qui sera délégué aux AFS : grandes lignes du système digestif, explications et raisons médicales qui nécessitent un tel soin, matériel requis et procédure (étapes), éléments à surveiller, symptômes, etc. On apprend que si le soin est délégué aux AFS c'est que l'activité d'élimination est considérée comme une AVQ (activité de la vie quotidienne). Cependant, pour être délégué le soin doit d'abord faire l'objet d'une évaluation préalable par une infirmière qui juge que le client présente une « condition stable ».

Tout au long de la présentation, l'assistante-infirmière a répondu aux questions des AFS et le climat était propice pour les échanges. La chef d'équipe avait aussi tendance à poser des questions sur des éléments qui pourraient constituer une préoccupation, mais que les AFS semblaient ne pas oser aborder. L'assistante et la chef ont profité de l'occasion pour rassurer le groupe en mentionnant à plusieurs reprises que les cas délégués ne sont pas des cas « complexes », que les AFS qui vont desservir le client seront accompagnées de l'infirmière au début et que l'assistante sera toujours disponible. Une AFS est intervenue de façon très positive à la fin de la formation : « ça ne me fait pas peur, car au début on va être avec une infirmière, ça sécurise ».

Il est intéressant de constater que les savoirs transmis n'ont pas porté exclusivement sur l'activité spécifique du soin, mais aussi sur les modalités organisationnelles (conditions, accompagnement, soutien) qui entourent la délégation de cet acte. Ce type de séance de formation contribue aussi au renforcement de la collaboration interdisciplinaire.

Activité d'information aux AFS

Dans le cadre d'une réunion des AFS, deux intervenantes (intervenante sociale et infirmière) ont présenté aux AFS l'activité d'animation qu'elles réalisent auprès d'un groupe d'aidants naturels et qui s'intitule « Aider sans s'épuiser ». Elles ont mentionné que les objectifs de la présentation étaient d'informer les AFS sur le programme (clientèle cible, modalités d'inscription, etc.), car « *vous pouvez nous référer des personnes, car vous êtes des agents facilitateurs* ». Elles ont ensuite discuté avec les AFS des objectifs du groupe²¹, des modalités, des autres services et des approches utilisées auprès de cette clientèle. Des échanges informels ont aussi eu lieu sur des situations particulières dépistées par les AFS. Les types de savoirs transmis portaient tant sur l'organisation du travail (services et programmes offerts par le SAD), sur l'activité de travail en interdisciplinarité que sur le travail affectif auprès de la clientèle. L'approche des formatrices vis-à-vis les AFS contribuait aussi, en plus du transfert de ces connaissances, à valoriser le rôle de ces dernières auprès de la clientèle ainsi qu'à favoriser les échanges interdisciplinaires.

« Capsules PDSB » à la demande des AFS.

Lors de la réunion du mois de mai 2007, une nouvelle formule de formation a été proposée aux AFS. Il s'agit d'une « capsule PDSB » qui abordait un thème spécifique : la prestation de soins d'hygiène auprès d'une clientèle obèse. Ce thème a été abordé à la demande de plusieurs AFS. L'animation a été réalisée par l'ergothérapeute-formatrice, assistée parfois de la chef d'équipe. La coordonnatrice et des ergothérapeutes ont aussi assisté à la formation. La présence de ces dernières visait, selon la formatrice, à mieux leur faire connaître les exigences et les différentes situations de travail auxquelles sont exposés les AFS, afin de mieux les prendre en compte lors de leurs interventions. Ceci constitue un bel exemple de transfert de connaissances interdisciplinaire.

Plus spécifiquement, la formatrice a révisé avec les AFS les principes de transfert à l'aide d'une ceinture de transfert. Elle a ensuite révisé les différentes techniques qui peuvent être utilisées par les AFS afin d'effectuer l'hygiène au niveau du tablier graisseux de cette clientèle. Au cours de cette activité formelle de formation, on note que la formatrice a fait preuve de flexibilité en intégrant les expériences des AFS et en considérant leurs préoccupations. Il est aussi intéressant de noter que l'approche de formation préconisée par la formatrice et la chef d'équipe est très novatrice : il n'y est pas question de standardiser les pratiques comme c'est souvent le cas dans ce type de formations. Il s'agit plutôt d'une démarche qui vise à outiller les AFS à l'aide de différentes stratégies et en leur offrant du soutien. La chef affirmait d'ailleurs à son équipe : « *il y en a qui utilisent la ceinture, d'autres utilisent le lève-personne et c'est ben correct, comme le dit X, c'est dépendamment de ta grandeur...* ».

Le groupe des AFS a beaucoup participé ce qui révèle une bonne dynamique entre les AFS, qui n'ont pas peur d'être jugées par leurs pairs. Cela révèle également la présence d'une relation de confiance entre les AFS et la formatrice. À un certain moment, la conversation « dévie » vers des situations récurrentes à domicile, comme le refus du client (ou de l'aidant ou de la Résidence) à utiliser un équipement. Les AFS participent activement et posent plusieurs questions sur « quoi faire dans telle situation ». Plusieurs stratégies sont alors transmises entre la formatrice et les

²¹ Les objectifs poursuivis visent à faciliter le maintien à domicile des clients (mission du SAD) : améliorer la qualité de vie, briser l'isolement social des aidants (solitude, pas d'aide, etc.), prévenir leur épuisement physique et psychologique et leur faire connaître les ressources communautaires.

AFS ainsi qu'entre les AFS, notamment sur la gestion des relations avec la clientèle, les stratégies de prudence pour donner des limites au soin et sur des stratégies collectives (ex. en parler entre elles, importance de rapporter leur difficulté et de recourir aussi aux autres intervenants). À ce sujet, la coordonnatrice est intervenue pour rappeler aux AFS que : « *La prestation de service n'est pas obligatoire, elle est conditionnelle à certaines conditions* ». Tant la chef d'équipe que la formatrice ont abondé dans ce sens et toutes ont démontré un soutien organisationnel aux AFS face aux exigences de la clientèle. Finalement, la formatrice a aussi valorisé le rôle d'enseignant des AFS au niveau des résidences privées et des aidants : « *vous leur transmettez la bonne information.* » Depuis la collecte de données, les capsules « PDSB » sont réalisées en petits groupes afin de faciliter les échanges.

Séances d'information aux infirmières.

Une séance d'information sur une pathologie a été présentée aux infirmières par un médecin du SAD lors d'une réunion d'équipe. Il s'agit d'une formule couramment utilisée où des pairs (ou d'autres professionnels) abordent des thèmes, souvent à la demande de l'équipe, pour rafraîchir ou compléter les connaissances des infirmières, notamment du point de vue clinique. Des séances sont aussi souvent animées par une infirmière expérimentée qui s'implique beaucoup dans la formation.

La séance observée permettait la révision d'une condition souvent présente chez les personnes âgées (insuffisance rénale), qui requiert l'attention des infirmières pour en dépister les symptômes, les effets sur l'état de santé et les éléments à surveiller du point de vue médical. La séance, formelle, rappelait d'abord aux infirmières des éléments théoriques. Par la suite, des discussions se sont amorcées sur différentes situations observées à domicile : des infirmières ont beaucoup questionné les effets de certaines techniques de soin (ex. pansement compressif) sur la pathologie. Les échanges ont permis de cibler des stratégies et des actions à prendre dans diverses situations.

4.6 L'activité de transmission informelle au sein du SAD : différents contextes de transmission

Comme mentionnée au chapitre 2, l'analyse de l'activité de transmission n'a pas seulement considéré un transfert de savoirs d'un employé expérimenté à un novice, mais elle a plutôt considéré la transmission comme étant bidirectionnelle, le novice partageant aussi ses savoirs et expériences avec son collègue. Par ailleurs, la transmission n'est pas seulement le fait de deux individus, mais d'un groupe d'individus, que l'on appelle un collectif de travail.

Les observations et les analyses des SAC ont aussi montré que l'activité de travail est indissociable du contexte dans lequel se déroulent l'interaction et l'activité de travail des personnes. Dans un premier temps, l'activité de transmission est intimement associée à la nature de l'activité de travail réalisée par les personnes : un soin d'hygiène, un pansement, un échange interdisciplinaire. Dans un deuxième temps, l'activité de transmission dépend du contexte d'apprentissage. S'il agit d'un stage, de l'orientation d'une nouvelle employée, d'une réunion formelle ou d'échanges informels entre pairs sur une problématique vécue à domicile, la nature des interactions et des thèmes abordés ainsi que les activités réalisées (selon qu'on est stagiaire ou novice) seront différentes selon le contexte d'apprentissage. Ainsi, l'activité de transmission

diffère selon qu'il s'agit d'un contexte de stage en milieu de travail, de l'orientation d'une nouvelle employée ou d'activités d'échanges entre les employées.

Pour les infirmières, plusieurs activités plus « informelles » sont réalisées dans le cadre des réunions. Il peut s'agir d'un sujet amené par une infirmière, sur une expérience vécue, ou d'une mise à jour brève sur une technique de soin. Ces activités occupent une petite partie du temps de réunion, à l'opposé de formations plus structurées, comme une présentation sur un thème spécifique.

Chez les AFS, on remarque des stratégies pour s'adonner à des activités d'échanges informels, comme des « discussions de cas » qui sont amorcées spontanément par les AFS lors des réunions. Rappelons que les AFS réclament des discussions de cas pour discuter de leurs difficultés lors des réunions d'équipe. De façon générale, des échanges informels ont aussi lieu avec les collègues ou la chef d'équipe lors de la présence des AFS au CLSC pendant leur temps de bureau.

Chez les deux groupes, on note la présence d'une transmission informelle importante entre la chef d'équipe (ou l'assistante-infirmière) et le personnel, qu'il soit novice ou expérimenté. Rappelons en effet que le soutien clinique fait partie de la tâche de ces gestionnaires de proximité. Nous avons d'ailleurs constaté que ces dernières sont souvent sollicitées à leur bureau, dont la porte est « toujours ouverte » à leur équipe. Les sujets traités sont variés : certains souhaitent discuter de la marche à suivre à la suite d'une observation ou du vécu d'une situation particulière à domicile, sur le type de soin ou d'intervention à réaliser. D'autres souhaitent obtenir des conseils ou valider une démarche envisagée auprès d'un autre professionnel (ex. référence) ou même d'obtenir des précisions sur l'offre de services du SAD ou sur des aspects touchant la prestation de service ou l'organisation du travail.

4.7 L'activité de transmission : tributaire du contexte de travail.

Les observations ont révélé la diversité des modalités des formations offertes au personnel du SAD : certaines activités sont formelles, c'est-à-dire que les objectifs sont clairement définis, tandis que d'autres activités sont de nature plutôt informelle, et découlent des besoins énoncés et des interactions qui se déroulent à un moment précis. Ainsi, les « formules » sont variées : séances de formation avec un formateur externe ou interne²², séances d'informations sur des aspects spécifiques du service ou de l'activité (ex. présentation du Groupe d'aidants naturels), ateliers sur des techniques de soins spécifiques avec des séances pratiques ou des démonstrations (ex. capsule PDSB) et finalement, échanges informels lors d'une réunion de travail. Il est intéressant de noter qu'au sein de toutes ces « formules », les formateurs observés, qu'ils soient internes ou externes, ont adapté le contenu aux besoins et aux attentes des participants. Par ailleurs, le souci fréquent de recourir à des formateurs internes contribue à favoriser les échanges interdisciplinaires et croyons-nous, les habitudes de travail en interdisciplinarité.

²² Il s'agit généralement d'un membre du personnel du SAD qui œuvre dans une autre discipline. Par exemple, un médecin a présenté une séance sur une pathologie; une intervenante sociale a présenté l'activité du groupe des aidants naturels et une ergothérapeute a animé la « capsule PDSB ».

De plus, la richesse des échanges observés, qui vont au-delà des objectifs de formation, résulte selon nous d'un climat de travail ouvert et positif. En effet, l'analyse des observations et des propos recueillis montre qu'un climat de travail positif et la présence d'un collectif de travail fort constituent des conditions favorables à la tenue d'activités formelles de formation en incitant le personnel à y participer activement. Ces deux éléments favorisent aussi la transmission informelle et le soutien entre les pairs. En effet, rappelons qu'il y a quelques années, le collectif d'AFS était fragilisé par la présence d'un clivage intergénérationnel qui faisait en sorte que les formations ou les séances de résolution de problèmes s'effectuaient dans un climat de tension et d'opposition. Le contraste entre la situation antérieure et la situation observée illustre bien à quel point toutes les conditions organisationnelles qui favorisent l'émergence et le maintien d'un collectif de travail fort sont essentielles pour la transmission. À cet égard, les gestionnaires de proximité sont sensibilisées à cette réalité à un point tel qu'elles ont appréhendé à quelques reprises pendant l'étude les effets des changements organisationnels sur la cohésion des collectifs respectifs de travail.

Ainsi, les analyses révèlent que les objectifs de formation fixés par les gestionnaires sont atteints. De plus, elles ont clairement démontré qu'en plus de l'atteinte de ces objectifs (ex. maîtriser une technique de soin), il y a eu de la transmission de savoirs de métier et de prudence sur des situations de travail ou sur des « problématiques » récurrentes vécues par le personnel du SAD.

Un « bonus » est aussi observé au sein d'activités de formation ou de transmission plus « structurantes ». Par exemple, le programme de formation de l'équipe des soins palliatifs a contribué à diffuser à l'ensemble de l'équipe les rôles et responsabilités de chacun auprès de la clientèle, à élaborer des outils de travail, mais aussi à identifier des valeurs communes, appelées à former la culture du métier d'intervenants en soins palliatifs. De la même façon les discussions de cas ont touché, entre autres, la transmission de savoirs portant sur la mission du SAD, les valeurs d'intervention ou sur le recours à des stratégies individuelles ou collectives pour la mise en œuvre d'un plan d'intervention auprès d'un client.

Par contre, certains contextes de travail s'avèrent défavorables à la transmission, même informelle. Ainsi, en contexte de surcharge, la disponibilité du personnel ou des chefs d'équipe est moindre. Par exemple, l'assistante-infirmière a dû déléguer la supervision d'une stagiaire de niveau collégial à une infirmière qui n'avait jamais fait un tel encadrement. Elle n'a pas eu le temps de lui transmettre, même verbalement, des informations sur les modalités du stage.

5. ACTIVITÉ ET STRATÉGIES DE TRANSMISSION – PROCESSUS ET STRATÉGIES D'APPRENTISSAGE

5.1 Motivation et engagement des superviseuses dans la transmission.

Plusieurs éléments motivent les superviseuses à accueillir et encadrer des stagiaires et des novices au sein de leur service. La préparation d'une relève et les besoins de main d'œuvre à court terme viennent en tête de liste : « *« C'est parce que ça nous plaît bien. Moi je le fais pour avoir de la relève, parce que je veux prendre ma retraite. Il y a un but! Mais ça en prend. Si on se met tous à dire : « On ne les forme pas, on ne les oriente pas! », il n'y aura pas de relève.[...] De toute façon, on a des besoins à court terme aussi. »* La présence d'une tierce personne peut aussi devenir aidante. Cela est suivi du désir de transmettre le plaisir de travailler en soutien à domicile : « *Bien moi, ma motivation, quand je forme quelqu'un [...] Je veux que ces gens-là soient bien ... Mon but, c'est que ces gens-là, je veux qu'ils soient bien accueillis, je veux qu'ils se sentent à l'aise puis je veux qu'ils aiment ça ici. [...] Je veux leur transmettre le plaisir de travailler ici. »*

Pour d'autres, l'arrivée de nouvelles personnes dynamise l'équipe et favorise un climat de travail positif : « *Je trouve que c'est motivant aussi [...] Des fois, le travail, ça devient comme monotone, puis eux autres, elles sont toutes contentes, enjouées, fait qu'on dirait que ça nous revalorise un peu. »* Certaines superviseuses disent s'engager dans cette activité afin de remettre leur pratique en question par la présence d'une tierce personne. Pour d'autres, il s'agit aussi de « faire sa part » et de partager la charge de la supervision entre collègues. Finalement, certaines estiment qu'il y a un effet protecteur pour la santé à avoir un autre intervenant auprès de soi, car il porte attention à des éléments que les expérimentées pourraient négliger dans leur routine : « *Le tapis de l'extérieur du bain est plus glissant, il est comme séché. Toi, tu es dans ta routine et on dirait que tu ne le vois plus. Tandis qu'eux autres, ils vont faire plus attention à l'équipement. »*

Par contre, les superviseuses rencontrées rapportent des difficultés ou des éléments qui peuvent les démotiver à s'engager dans la supervision, même si elles aiment cette tâche. Premièrement, l'orientation de novices lors de périodes de surcharge de travail et lorsqu'il manque des effectifs (ex. : vacances) est vécue difficilement par les superviseuses. L'activité de transmission est alors ressentie comme une charge de travail additionnelle : « *C'est parce qu'à un moment donné, tu as l'impression que c'est « encore une autre affaire »...qui vient s'ajouter. Puis ça ne devrait pas parce qu'on le fait parce qu'on aime ça. [...] En plus, souvent ils attendent à la dernière minute pour engager du monde [...] Les autres années, le mois de mai et de juin arrivaient, on savait avant qu'on allait manquer de monde, mais là on en formait! [...] Fait que c'est exigeant pour nous de former bien du monde, parce que souvent ce sont les mêmes filles qui forment. »* Les superviseuses disent aussi que leur charge de travail est intensifiée pendant l'orientation des novices : pas de pause, temps de dîner plus court et empiètement des activités « d'accueil » sur le temps de bureau, ce qui limite le temps dédié aux tâches administratives. Lors des observations, plusieurs superviseuses ont fait du temps supplémentaire pour accomplir ces tâches.

Tout cela a des conséquences sur la transmission, selon elles. En effet, étant donné le peu de temps et de moyens alloués pour réduire leur charge de travail, les superviseuses disent tenter de transmettre le plus d'informations possible pendant l'orientation, mais ressentent souvent un sentiment d'insatisfaction face à cette tâche : « *On est deux bombardées. [...] Il doit manquer des choses. [...] Il peut avoir des coins ronds, puis moi je trouve que c'est décevant pour eux autres, puis pour nous autres aussi, parce que tu as le sentiment que n'est pas tout à fait ce que tu aurais voulu, mais bon ...* » Deuxièmement, ce qui ressort aussi de ce discours est la préoccupation liée à la responsabilité de la supervision et à l'importance de transmettre aux novices toutes les informations nécessaires à une pratique autonome : « *Puis pour nous, c'est stressant au début, parce que tu te dis « Bon c'est quoi que j'ai à lui dire. », il faut que je fasse le tour. Puis tu essaies de tout dire, tu ne sais pas par quel bout commencer, tu en as tellement à expliquer que...* » Et même après l'orientation, une préoccupation persiste quant à la qualité du travail des nouvelles employées : « *Elles partent les filles là, elles sont seules bien, on est inquiet.* ».

À cet égard, même s'il existe un plan d'orientation disponible pour les superviseuses infirmières²³, elles disent avoir peu de temps pour sa révision avec la novice, révision qui survient souvent lors de la dernière journée d'orientation. Quant aux AFS, il existerait bien un plan d'orientation, mais il n'a pas été diffusé aux superviseuses observées.

Finalement, le fait que des novices infirmières peuvent être orientées au SAD puis être ensuite appelées à travailler au sein d'un autre service du CLSC (ex. : soins courants, petite enfance, etc.) s'avère très démotivant pour les superviseuses : « *Il y en a une qu'on a formée au début de l'été passé, puis on savait qu'on la formait pour pas longtemps, parce qu'elle s'en allait après en santé maternelle [...] Je me disais : « Pourquoi je fais ça? ».*

5.2 Exigences différentes entre l'encadrement d'une stagiaire et celui d'une nouvelle employée

Toutes les superviseuses, tant infirmières qu'AFS perçoivent l'orientation d'une nouvelle employée comme étant plus exigeante, car elles :

- disposent de moins de temps soit un total de 5 (ou 7) jours contre 14 à 16 jours de stage qui sont souvent échelonnés sur période de 2 à 3 semaines (AFS) et de 4 à 6 semaines (infirmières).
- ont plus de tâches à montrer : tâches administratives, formulaires, etc.
- ressentent une « responsabilité » accrue concernant la « prestation immédiate » d'une nouvelle employée, qui doit être fonctionnelle en 5 (ou 7) jours.

À cet égard, elles se disent préoccupées : « *On a une plus grosse responsabilité quelque part. On veut qu'elle soit fonctionnelle quand on va arrêter. Mais, des fois, ils n'absorbent pas tout à la même vitesse! [...] Moi, je sens plus de pression avec une nouvelle employée.* » Plus

²³ Ce plan consiste principalement en une liste de techniques de soin que la novice doit connaître ainsi qu'en de la documentation à lui remettre.

particulièrement, les superviseuses AFS s'inquiètent aussi pour la sécurité du client : «La cliente manque d'équilibre alors tu te dis : « Va-t-elle [en parlant de la stagiaire ou novice] être assez rapide pour ... » ou le tapis n'est pas bien collé, il glisse, peu importe, des accidents qui peuvent arriver dans notre métier : « Va-t-elle être ... » De plus, la responsabilité liée à la supervision est parfois difficile à gérer c'est-à-dire de déterminer si la stagiaire réussit son stage ou si la nouvelle employée fera l'affaire.

Pour toutes les superviseuses rencontrées, il est aussi plus exigeant d'être avec une stagiaire ou une novice que de travailler seule : « *L'enseignement, j'ai trouvé ça trois fois plus fatigant, le soir j'arrivais trois fois plus fatiguée chez moi que si je travaillais seule toute la journée.* » Selon les superviseuses, la nature de l'encadrement à prodiguer dépendra du type et du niveau d'expérience des novices. Par exemple, certaines ont travaillé au sein d'un autre type d'établissement, comme une résidence privée. Alors que ces dernières maîtrisent plus facilement l'approche avec les clients, les finissantes auraient parfois un avantage sur la connaissance des équipements les plus récents.

5.3 Processus d'apprentissage : difficultés des novices et stratégies de transmission des superviseuses

5.3.1 Approche auprès de la clientèle : transmettre le cœur du métier

Les superviseuses infirmières que nous avons rencontrées confirment que l'approche auprès de la clientèle, la compréhension du rôle de l'infirmière en SAD et la philosophie d'intervention constituent les fondements du métier les plus difficiles à acquérir par les nouvelles employées et les stagiaires. Pour elles, cela représente un enjeu de transmission important, car il s'agit d'attitudes et d'activités de travail qui sont invisibles, peu tangibles et peu formalisées dans la documentation remise aux novices. L'une d'elles explicite clairement l'enjeu perçu : « *La petite pression pour rien, c'est un bien bon prétexte. Ce n'est pas menaçant. [...] Notre rôle primaire, c'est le maintien à domicile. Nous, on fait du maintien à domicile, ce n'est pas d'aller prendre une pression ou de faire une prise de sang aux trois mois, qui maintient les gens à domicile, c'est beaucoup plus autre chose. Aller évaluer ce qui se passe, c'est quoi les besoins, ça, c'est bien plus important. Si on ne le communique pas, qu'on ne le partage pas et qu'on ne le fait pas connaître aux nouveaux employés, ça, c'est l'essence même de notre rôle ici aux soins à domicile. Et ce n'est pas écrit. C'est écrit peut-être, mais tu comprends? Bien c'est difficile, c'est complexe, c'est gros à faire, à transmettre, fait que c'est pour ça qu'on a une grosse tâche parce qu'on a tout ça à faire passer.* ».

Il s'agit aussi d'un enjeu pour leurs collègues qui estiment que l'approche d'une AFS, même expérimentée et qui a exercé dans un autre milieu n'est pas la même qu'au SAD. Pour cette raison, elles abordent autant les spécificités du travail en SAD avec une nouvelle employée expérimentée qu'avec une stagiaire.

Toujours selon les superviseuses, l'une des difficultés des novices vis-à-vis la clientèle est aussi d'être personnellement affecté ou de se responsabiliser lors du refus d'un soin par un client ou lorsque l'intervention ne se déroule pas comme elle a été projetée. Une autre difficulté serait le

fait que certains clients peuvent être tentés de les « tester » c'est-à-dire de tenter d'obtenir plus d'assistance ou de service de la part d'une novice, ce qu'ils ne feraient pas avec leur intervenante régulière. Afin de prévenir ces situations, les superviseuses transmettent aux novices leurs stratégies sur la gestion des exigences des clients, en matière de « mettre ses limites », disent-elles, car il peut être plus difficile pour les novices de s'affirmer face aux clients. Les superviseuses considèrent que ces savoirs sont longs à acquérir et elles ont recours à différentes stratégies pour faciliter cet apprentissage :

- Elles insistent auprès des novices sur le fait qu'il est important de motiver les clients, de leur dire qu'ils sont bons et capables, de les encourager. De plus, cela recoupe la philosophie de l'intervention en soutien à domicile.
- Elles leur rappellent de laisser de l'autonomie aux clients, de ne pas tout faire à leur place, mais elles avouent qu'elles-mêmes ont parfois de la difficulté à respecter ce principe.

Certaines discutent ouvertement avec les novices de la manipulation par certains clients. Elles leur expliquent qu'elles sont là pour donner un soin, même si « *on veut se faire aimer, puis on veut se faire apprécier dans notre travail.* » Elles mettent les novices en garde contre cette attitude, partageant avec ces dernières ce savoir de prudence. De plus, lorsqu'elles font face à des clients qui tentent de faire du clivage, les AFS en discutent entre elles et avisent les novices sur ce qui est « acceptable » ou non.

Pour faciliter l'apprentissage d'une approche de la clientèle, toutes les superviseuses disent faire, lorsqu'elles ont la possibilité au cours d'une journée, des retours avec les novices sur les situations vécues à domicile: « *On essaie de reprendre après une visite, quand on revient, on leur dit : « Regardes, as-tu remarqué telle ou telle affaire? Il faut pousser ça un petit peu plus loin. Puis c'est de prendre le temps aussi. Je veux dire quand on dit : « Se mettre moins de patients. », on peut faire une histoire avant de rentrer à la maison, tu rentres dans la maison, après ça tu ressors. Ou tu peux aller voir dans le dossier : « Regarde ce qu'on a fait pour elle. ».* Elles estiment que l'intégration de certains modes opératoires vient avec le temps et que l'apprentissage découle aussi d'erreurs que tous peuvent commettre.

Une autre stratégie utilisée par des superviseuses afin de faciliter le contact avec les clients est de laisser la novice seule avec la cliente. Rappelons qu'une superviseuse AFS s'offrait pour laver le bain afin que la novice puisse discuter avec la cliente pendant ce temps. Tout en favorisant la mise en pratique de savoirs relationnels auprès de la clientèle, cela contribuait à réduire fatigue de la novice en réduisant ses exigences physiques, ce qui favorise aussi indirectement l'apprentissage. Finalement, plusieurs superviseuses insistent pour que les novices prennent l'information (ex. localisation du matériel) auprès du client lui-même, de l'aidant ou d'une personne-ressource plutôt que de toujours se référer à elles.

5.3.2 Apprentissage d'activités essentielles et maîtrise de la concomitance

- Dépistage et suivi

Pour les superviseuses infirmières, l'intervention est au-delà de la technique de soin et les activités de suivi et de dépistage, réalisées de façon concomitante par le personnel expérimenté, sont plus difficiles à intégrer pour des novices et s'acquièrent avec le temps. Selon elles, les novices se concentrent trop sur le soin plutôt que de développer une approche globale en observant et en collectant des informations pour faire le dépistage de situation à risque ou de besoins spécifiques : « *Parce que souvent elles s'installent, puis elles font leur technique puis on dirait qu'elles ont des œillères, elles ne voient plus rien d'autre. C'est de développer le mécanisme que tu vas faire ton traitement, mais en même temps ... Tu parles, tu observes... C'est ça qu'elles n'ont pas au début. Puis de toute façon, au début, quand elles arrivent, elles ne pensent même pas à ça : elles s'en vont faire une prise de sang et elles ne veulent donc pas la manquer!* » La difficulté résulte aussi du fait, sous-entendent-elles, que leur réalité de travail est méconnue, et ce, même chez leurs collègues qui proviennent de l'hôpital. Il est aussi question de l'importance d'établir une relation de confiance avec le client afin de travailler dans le long terme : « *Puis c'est important d'aller créer une belle relation, parce que tu ne découvriras pas tout à la première visite.* ».

Pour les superviseuses AFS, la « technique de bain » est la même c'est-à-dire qu'il s'agit des mêmes étapes (mettre le tapis, la serviette, etc.) toutefois, les novices devront apprendre à faire leur collecte de données et à poser des questions pour déterminer l'état de la personne au moment du soin : « *Mais c'est ça, quand ils seront tout seuls, ils n'auront pas le choix. Tu sais, s'ils veulent savoir si la cliente va bien, si je peux lui donner un bain, comment elle va ce matin. Est-ce qu'elle a mangé?* ».

Alors que les superviseurs pourraient, selon les situations, déléguer la totalité d'une visite à domicile aux novices, plusieurs estiment important de démontrer en quoi consiste la collecte de données même si ce mode de fonctionnement ne favorise pas la maîtrise de la concomitance : « *Elle voit ce que tu abordes, puis comment tu abordes ça, comment tu vas chercher tes informations. Ce n'est pas mauvais.* » Selon elles, cette maîtrise se développera avec le temps et la période d'orientation est, de toute façon, insuffisante. Par contre, les superviseuses infirmières n'évoquent pas comment cette acquisition pourrait être facilitée au début du parcours professionnel. À l'opposé, les superviseuses AFS estiment que le roulement des novices auprès des clients est une condition défavorable pour la maîtrise de la concomitance, alors qu'il est plus facile d'appliquer les techniques ou une routine de soins en revoyant les mêmes clients.

- Intégration de modes opératoires sécuritaires (ex. PDSB).

Pour les superviseuses AFS, les stagiaires ou nouvelles employées ne peuvent penser à tout dès le départ. Elles ont souvent tendance à se concentrer sur le soin, au détriment du PDSB. Les stagiaires auraient aussi tendance à vouloir appliquer à la lettre la séquence de soin apprise à l'école. Dans ces cas-là, les superviseuses les rassurent en leur disant que même si la « séquence » des actions n'est pas exactement la même, elles ont toutefois atteint leur objectif (ex. laver le client). Pendant les soins, elles leur rappellent souvent d'appliquer leur PDSB plutôt que d'attendre le moment de l'évaluation pour leur dire.

- Activités en interdisciplinarité

Concernant l'apprentissage d'activités interdisciplinaires, les superviseuses AFS estiment que les novices, qui ont un statut de TPO, auront peu de suivis à faire auprès des autres intervenants et

moins d'occasions de les rencontrer, sauf si elles font un long remplacement. Dans ce contexte, une superviseure dit déléguer des activités de suivi aux novices en orientation ou en stage afin de favoriser cet apprentissage.

5.3.3 Observation d'une division des tâches avec les novices

Comme mentionné au chapitre 3, nous avons constaté que les superviseures procédaient, dans certaines circonstances, à une division de tâches entre elles et une novice. Selon elles, cela s'explique en partie par le fait qu'il serait difficile d'impliquer les novices dans la réalisation de toutes les activités (soin, dépistage, suivi, soutien affectif) lors d'une visite, et ce, pour plusieurs raisons :

- Les clients ont tendance à se tourner vers leur intervenante régulière pour échanger même si cette dernière essaie de s'effacer.
- Puisque les novices ne sont pas capables de réaliser la collecte d'informations et le soin de façon concomitante, les visites à domicile prennent plus de temps. Les superviseures prennent parfois la relève lorsqu'il y a des contraintes temporelles ce jour-là : « *C'est sûr que des fois, tu ne verras peut-être pas l'heure de finir.* ».
- Il s'agit aussi d'une stratégie pour montrer aux novices en quoi consiste une visite à domicile.

Les superviseures estiment aussi que les novices sont gênées que les soins leur prennent plus de temps. À cet égard, elles partagent leurs stratégies de gestion du temps :

- Se présenter à l'arrivée et ne pas trop discuter avec le client au début de la visite : mettre son énergie sur le soin et discuter avant le départ, s'il reste du temps.
- Se garder du temps pour la route.
- Parfois, il faut être plus « directif » avec les clients qui parlent trop pendant un soin afin d'éviter d'être trop en retard. Ceci est d'autant plus important que les novices prennent plus de temps pour la visite à domicile, car elles n'effectuent pas de concomitance.

5.4 Activité de transmission réalisée par les novices et les employées expérimentées

Dans un contexte d'orientation ou de supervision, nous avons constaté que les employées expérimentées ne réalisent pas la transmission de la même façon que les novices. En effet, les travailleuses expérimentées assument la responsabilité, vis-à-vis de la novice, de lui transmettre certains savoirs et informations selon les objectifs. Conséquemment, la plupart de leurs activités de transmission sont planifiées. Par exemple, plusieurs superviseures fournissent des informations à la novice avant la visite à domicile, de façon à situer le contexte d'intervention ainsi qu'à la préparer à la tâche qu'elle devra exécuter. De plus, les superviseures effectuent presque toujours une rétroaction sur le déroulement du soin ou de la visite, posent ou répondent aux questions des novices.

La transmission s'effectue aussi de façon « opportuniste », c'est-à-dire que les superviseuses, lorsqu'elles discutent d'un événement ou d'une intervention particulière, vont souvent en profiter pour mettre les novices en contexte en leur prodiguant un complément de savoirs (ex. techniques, organisationnels, relationnels, etc.) qui peuvent être généralisables à des situations similaires²⁴. Les superviseuses ont recours à des stratégies de transmission différentes selon le contexte de l'activité de travail, selon leur expérience et celle de la novice. On note d'ailleurs que les superviseuses questionnent régulièrement les novices sur leurs expériences antérieures et leurs connaissances sur une technique de soin, par exemple, afin de s'adapter à leurs besoins d'apprentissage.

À l'opposé, les activités de transmission des novices, plutôt qu'être planifiées, sont « spontanées ». Observées moins fréquemment que celles des superviseuses, elles sont souvent le fruit d'une action réflexive sur la pratique, la novice comparant les savoirs ou les méthodes acquis antérieurement avec les pratiques de la superviseuse ou les règles du service. On a vu aussi que les stratégies d'apprentissage varient selon l'expérience des novices : poser des questions, prendre des notes, comparer des situations observées, comparer des modes opératoires. La répétition des informations et des gestes, le « mimétisme » sont des stratégies auxquelles recourent aussi les novices.

En conclusion, cela révèle que la transmission se passe « dans l'action » et que celle-ci devient l'occasion d'accompagner la novice dans une situation d'action caractéristique au fur et à mesure que se manifestent des opportunités d'apprentissage.

²⁴ Il s'agit, par exemple, d'expliquer les objectifs ou modalités d'un programme auquel un client est inscrit. Ces informations sont valables pour d'autres clients.

6. SAVOIRS DE MÉTIER ET DE PRUDENCE MANIFESTÉS EN CONTEXTE

6.1 Typologie : transmission de savoirs riches et variés

Les savoirs de métier et de prudence qui ont été observés pendant cette étude sont tous reliés à différents contextes de travail spécifiques. Les analyses présentées au chapitre 4 ont toutefois démontré qu'il est possible de « formaliser » ces contextes de travail. En effet, en dégagant des situations d'action caractéristiques auxquelles le personnel AFS et infirmier est souvent confronté, cela permet de mettre en évidence des pistes pour la formation du personnel.

Il ressort des analyses que les savoirs transmis sont très riches et très variés. Et quoique plusieurs savoirs portent directement sur l'activité de travail (ex. technique de soin), des savoirs moins tangibles comme ceux qui abordent les aspects liés aux interactions avec des personnes (travail affectif auprès de la clientèle, travail en intra et en interdisciplinarité) sont très présents dans le discours adressé aux novices. Bien sûr, une partie des savoirs transmis portent aussi sur des aspects formels du travail (organisation du travail au sein du SAD, structure organisationnelle du secteur d'activités, gestion du temps de travail) qui constituent des aspects qui circonscrivent l'activité de travail au sein du service. Il est aussi intéressant de souligner qu'une partie significative des savoirs transmis sont axés sur la culture de métier au SAD : il s'agit de la culture de l'intervention en soutien à domicile (valeurs du SAD, philosophie d'intervention), mais aussi de la culture de métiers spécifiques (AFS, infirmière) qui est toutefois ancrée dans le contexte de travail au SAD.

L'analyse révèle aussi que les savoirs de prudence sont imbriqués dans les autres types de savoir qui touchent la qualité, l'efficacité ou la sécurité pour soi, mais aussi pour la clientèle. À cet égard, le personnel expérimenté développe des stratégies pour s'économiser dans la réalisation du travail (temps et énergie). Par exemple, des AFS vont préparer le matériel de façon à prévenir l'écoulement de l'eau hors de la baignoire, ce qui leur évite la tâche supplémentaire d'essuyer le sol tout en prévenant un risque de chute pour le client et pour elles-mêmes. Par ailleurs, le personnel soignant va généralement consulter le dossier, l'horaire ou le cardex afin d'obtenir des informations sur l'activité à réaliser. Cela permet de s'assurer d'avoir avec soi le matériel adéquat, le cas échéant, ce qui prévient les pertes de temps et contribue à l'efficacité du service, mais cela permet aussi d'anticiper les actions à réaliser ou les difficultés potentielles.

L'analyse des observations a révélé que les savoirs manifestés et présentés dans ce chapitre sont transmis autant de façon informelle au cours de l'activité de travail que de façon formelle, dans le cadre d'ateliers ou de séances de formation.

Elle a aussi montré que le processus d'acquisition de ces savoirs est plus long pour certains types d'activités. Comme mentionné, le personnel élabore des méthodes de travail afin de réaliser l'activité de manière à atteindre différents objectifs (qualité, efficacité et SST). Plusieurs personnes observées réalisent des activités en concomitance, comme faire le suivi de l'état du client tout en exécutant le soin, afin de gagner du temps. Cette stratégie est toutefois difficile à maîtriser pour les novices comme l'ont d'ailleurs rapporté les superviseuses.

Une typologie, qui a pour but de tracer un portrait de la richesse des savoirs transmis et non d'être exhaustive, est présentée au tableau 3. Des exemples sont présentés selon les grandes catégories retenues et en fonction de l'activité de travail, qui est différente pour les AFS et pour les infirmières.

Tableau 3 : Typologie des différents savoirs élaborés par le personnel infirmier et AFS du service de Soutien à domicile

	Description
Savoirs axés sur l'activité de travail (ex. technique de soin).	
Maîtriser les outils, matériaux, équipements et les techniques de travail.	<p><i>Savoir utiliser de façon optimale les outils ou équipements mis à sa disposition.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Maîtriser les connaissances théoriques du métier; connaître le langage du métier. • Maîtriser les « tâches » de base de son métier. • Maîtriser l'utilisation des outils (ex. d'évaluation, administratifs) et celle des équipements. • Maîtriser les techniques « spécialisées » pour les situations particulières de soin. • Développer des habiletés proprioceptives pour utiliser son corps comme « outil ». <p><i>Savoirs de prudence imbriqués dans la maîtrise des outils, matériaux, équipements et techniques de travail:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Savoir où retrouver l'information pertinente pour exécuter un soin (ex. lire les remarques sur l'horaire, mais aussi consulter les dossiers des clients pour pouvoir anticiper la tâche). • Savoir utiliser les équipements et l'environnement de façon à réduire ses efforts et à se protéger.
Élaborer les méthodes de travail	<p><i>Planifier et opérationnaliser la demande de service en considérant différents critères. Remettre en question ses façons de faire en fonction de l'atteinte des objectifs.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Concevoir un plan de traitement en fonction des besoins et des multiples objectifs (ex. enseignement ou non, dépistage, etc.) • Ajuster/corriger en cours de processus en fonction de différents objectifs (qualité, efficacité, SST). • Élaborer une routine de soin. • Adapter son intervention aux besoins spécifiques du client (son état), à la spécificité de la tâche ou de l'environnement. • Faire le suivi des symptômes (ex. état de la peau, plaies) vs les dernières visites. • Savoir engager les clients dans l'activité (soin = activité de coopération). • Intégrer des éléments de prévention à domicile (pour soi et pour les clients) dans les méthodes de travail. <p><i>Savoirs de prudence qui sont imbriqués dans l'élaboration de méthodes de travail.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réaliser des activités en concomitance. • Faire preuve d'adaptabilité face à la variabilité des soins à domicile. • S'économiser dans la réalisation du travail (temps et énergie).
Anticiper les possibles	<i>Appréhender la situation, être constamment à l'affût, faire preuve de créativité et d'adaptabilité.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir les conditions « techniques » du soin à réaliser.* • Être capable de faire face aux imprévus (fréquents).* • Être à l'affût des changements qui surviennent à domicile. • Savoir faire des liens entre l'observation des symptômes, le traitement et l'évolution (comparaison avec les résultats ou observations antérieures = jugement clinique). Permet d'anticiper les actions à venir, de planifier les suivis. • S'adapter à la variabilité du travail induite par : le client, l'aidant, les situations de soins, l'aménagement, etc. • Prévention et enseignement auprès des clients <p>* L'obtention d'informations sur l'activité à réaliser constitue une stratégie de prudence, car elle permet d'anticiper les actions à réaliser ou les difficultés potentielles.</p>
Savoirs axés sur le travail affectif auprès de la clientèle	
Approche auprès du client	<ul style="list-style-type: none"> • Empathie * • Respect des choix du client * • Encourager le client, notamment sur ses capacités résiduelles * • Souci du confort du client pendant un soin * • S'adapter au mode de communication du client (ex. humour, établir un contact visuel avec une personne sourde, etc.) • Ne pas surprendre la personne pendant un soin. • Favoriser le contact entre le client et les collègues en transmettant l'information : permet la création d'un lien de confiance. • Respecter les habitudes de vie. • Savoir poser les « bonnes » questions pour faire du dépistage <p>*ces éléments se retrouvent aussi dans la culture de métier en SAD.</p>
Gestion des relations avec les clients	<ul style="list-style-type: none"> • Faire preuve d'une attitude respectueuse, mais parfois ferme pour faire respecter l'entente de service et/ou des règles (ex. de sécurité) pendant un soin *. • Faire preuve d'habiletés relationnelles pour faire du dépistage (« poser les bonnes questions ») ou pour « mettre des limites au soin »* auprès d'une clientèle réticente ou peu collaborative. • Utiliser le collectif de travail pour gérer les situations difficiles ou conflictuelles à domicile. <p>* Il s'agit aussi d'un savoir de prudence.</p>
Savoirs axés sur le travail en intra et interdisciplinarité (incluant les aidants naturels).	
Participer et transformer le collectif de	<i>Coopérer et travailler en équipe.</i>

travail intradisciplinaire.	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir collaborer avec ses collègues; être à leur écoute et leur proposer de l'aide au besoin. • Reconnaître le travail et les compétences de ses collègues. • Partager les règles implicites de fonctionnement.* • Partager avec les collègues l'information particulière sur les clients et sur les prestations de services afin de les préserver. • Reconnaître l'importance des mises à jour de l'information sur l'état du client, pour le suivi par les remplaçantes (facilite le travail collectif mais favorise aussi le contact entre les collègues et les clients). • Création de règles de fonctionnement pour pallier le manque d'effectifs (entraide, échanges de VAD) quand il n'y a pas de surplus. • Stratégie collective pour faciliter les remplacements au niveau de la conception des horaires.
Participer et transformer le collectif de travail interdisciplinaire.	<p><i>Coopérer et travailler avec l'équipe interdisciplinaire.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Apprendre le rôle et les responsabilités des membres de l'équipe inter (qui fait quoi, quand, pourquoi). • Faire des démarches auprès de collègues pour coordonner ou faire le suivi a/n besoins vs services. • Prendre le temps de lire les informations aux dossiers (ex. demande d'aide au bain transmise par les pivots). • Savoir coordonner les services avec les médecins, l'infirmière de liaison ou la coordonnatrice de l'urgence lorsque nécessaire. • Élaborer un PII avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire. • Consulter un autre intervenant au besoin; initier des discussions de cas.
Effectuer le suivi des interventions ou de la situation psychosociale avec les aidants naturels.	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer des évaluations ou suivis auprès de la famille; être à l'écoute des besoins, faire preuve d'empathie. • Coordonner des services avec les aidants naturels ou les responsables des R. privées. • Évaluer la situation psychosociale à domicile et dépister les facteurs qui peuvent menacer le MAD afin de proposer des pistes de solutions.
Savoirs axés sur la gestion du temps de travail (la réalité des AFS est différente de celle des infirmières)	
Règles administratives concernant le temps de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les procédures liées au temps de travail : date de remise de la feuille de temps, règles gérant la liste de rappel et les remplacements, les demandes d'absences, congés, etc.
Règles et procédures liées à la gestion des horaires	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les règles et les procédures de fonctionnement du service. <p><i>Savoir de prudence :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réclamer, lorsqu'on a un statut de TPO (AFS), du temps de bureau pour répondre aux exigences administratives de gestion de dossiers (ex. statistiques, notes au dossier, feuille de temps, etc.).
Gestion de la route quotidienne (les VAD).	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter la route quotidienne en fonction des imprévus et des impératifs. • Apprendre à prioriser les VAD en fonction de la disponibilité du personnel.

	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion de l'horaire quotidien en fonction des exigences physiques et de son état de fatigue.* <p>* Il s'agit aussi d'un savoir de prudence, car il implique la régulation de la charge de travail quotidienne.</p>
Gestion du « case-load » et préparation des routes (inf.)	<ul style="list-style-type: none"> • Planifier les visites de suivis selon différents critères (ex. coordination avec le médecin -Tandem). • Préparer la route du lendemain (et du surlendemain) selon différents critères de priorisation.
Savoirs axés sur l'organisation du travail.	
Inscrire son action dans le contexte organisationnel de travail.	<p><i>Savoir liés à la connaissance du contexte de travail, aux modalités de fonctionnement au sein du service et à la prestation de services.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaître les rôles et responsabilités de chacun (au sein de son équipe mais aussi du service). • Apprendre le fonctionnement : <ul style="list-style-type: none"> ○ de l'équipe intradisciplinaire ○ de l'équipe interdisciplinaire ○ des autres services (ex. soins infirmiers, réadaptation, soins palliatifs, aide à domicile, progr. Tandem) ○ de la gestion de cas • Apprendre les règles de fonctionnement du service. • Connaître les règles qui régissent la prestation de services (ex. critères d'allocation et conditions de la prestation de services). • Comprendre la différence entre le CH et le SAD quant à la prestation de certains services. • Connaître les exigences liées à la tenue de dossiers (ex. statistiques, dossiers des clients). • Connaître les procédures en cas de manque d'effectifs (garde, mise en obligation). • Connaître les particularités du travail au sein d'autres équipes (ex. quart de soir; soins palliatifs). • Connaître les règles qui régissent : la route, la pagette, la garde téléphonique, la rotation de fin de semaine. • Connaître les équipements et le matériel mis à sa disposition (ex. petit banc, genouillère, sac de transport, etc.)
Connaître les structures organisationnelles du secteur d'activités.	<ul style="list-style-type: none"> • Apprendre à communiquer et à collaborer avec les différents partenaires externes et connaître certaines contraintes s'y rattachant, le cas échéant (ex. heure de dépôt, date à respecter, etc.) • Connaître les ressources communautaires du territoire desservi. • Connaître les services offerts à la clientèle par le SAD ou le réseau de santé publique. • Connaître les aspects liés à / aux : <ul style="list-style-type: none"> ○ Processus d'embauche (exigences, modalités, liste de rappel, etc.) ○ ententes collectives (statuts, mode de rémunération, etc.) • Connaître les procédures de déclaration des accidents. • Connaître sa responsabilité en SST et celle des différents acteurs du milieu.
Savoirs axés sur la culture de métier au SAD	
Culture de l'intervention en soutien à domicile (générale) :	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir favoriser le développement ou le maintien de l'autonomie à domicile des clients (mission du SAD).

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Valeurs du SAD ♦ Philosophie d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir témoigner du respect envers : <ul style="list-style-type: none"> • Les choix du client (inclus l'importance de laisser place à la décision). • Les capacités du client (ex. exécuter le soin en respectant son rythme, stimuler ses capacités). • Les habitudes de vie du client et de la famille (aussi un savoir relationnel). • Savoir faire preuve d'empathie. • Savoir dissocier ses valeurs personnelles des valeurs du client et de celles de l'intervention. • Savoir respecter les règles d'éthique édictées par le SAD. • Savoir offrir un service équitable pour tous les clients du SAD. • Inscrire la prestation de service aussi dans une optique de prévention chez les PAPA. • Savoir orienter son intervention de façon à poursuivre la mission du SAD qui est de répondre le plus possible à domicile aux besoins des clients.
<p>Culture de métier spécifique c.-à-d.</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ pour les AFS ♦ pour les infirmières <p>(mais toujours dans le contexte du SAD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des règles implicites pour se doter d'un mode de fonctionnement / de gestion des relations avec les clients. • Savoir respecter les règles liées à l'éthique et à la responsabilité professionnelle. • Respecter le code de déontologie de sa profession. • Respecter les règles liées à la tenue de dossier.

6.2 Exemples de savoirs manifestés en contexte d'activité

Voici quelques exemples, le plus souvent tirés d'observations, des savoirs manifestés en contexte d'activité et transmis, la plupart du temps, aux novices.

6.2.1 Savoirs axés sur l'activité de travail (technique de soin)

Maîtriser les outils, matériaux, équipements et les techniques de travail.

- Maîtriser les techniques « spécialisées » :

Pendant une orientation, une superviseuse AFS a montré et expliqué à une novice comment faire un transfert du lit à un fauteuil gériatrique à l'aide d'un lève-personne. Une superviseuse infirmière a expliqué à une stagiaire comment utiliser une pompe « VAC » tandis qu'elle récupérait du matériel dans la salle des équipements.

- Développer des habiletés proprioceptives afin d'utiliser son corps comme « outil » :

Dans certaines situations, le personnel soignant apprend à utiliser son corps comme d'un contrepoids dans des techniques de transfert ou à prendre des points d'appui pour réduire la sollicitation au dos lors d'un soin au lit ou à un fauteuil.

- Savoir où retrouver l'information pertinente pour exécuter un soin :

Le personnel expérimenté insiste auprès des novices sur l'importance de lire minimalement les remarques sur l'horaire ou sur le cardex avant la visite, mais aussi, lorsque possible, de consulter les dossiers des clients afin de pouvoir anticiper la tâche. En plus de faciliter l'exécution du soin auprès de la personne, l'anticipation constitue un savoir de prudence.

Élaborer les méthodes de travail

- Adapter son intervention (au client, à la tâche ou à l'environnement) :

Il s'agit, par exemple, d'apprendre à moduler son assistance ou le rythme du soin en fonction du niveau d'autonomie générale du client, mais aussi de sa fatigabilité ou de son essoufflement au moment du soin.

- Savoir engager les clients dans l'activité :

Le personnel expérimenté fait part aux novices de ses stratégies pour convaincre les clients à participer au soin en sollicitant sa participation selon ses capacités résiduelles (« êtes-vous capable? »). Certaines superviseuses ont aussi expliqué l'importance de l'anticipation pour les clients : a-t-il compris ma directive? Lui ai-je donné assez de temps pour y réagir? Est-il d'accord?

Il s'agit aussi de solliciter la participation du client à une action (ex. remonter son ventre pendant l'essuyage) pour réduire ses propres efforts, mais aussi pour valoriser la personne sur ses capacités et favoriser le maintien de son autonomie.

- Intégrer des éléments de prévention à domicile (pour les clients) :

Le personnel expérimenté insiste pour que la personne utilise son équipement, qu'elle ne circule pas sur un plancher glissant par exemple, et fait part de ces éléments aux novices.

Savoirs de prudence liés à l'élaboration de méthodes de travail.

- S'économiser dans la réalisation du travail :

Il peut s'agir, comme mentionné précédemment, d'éviter l'écoulement de l'eau hors du bain pour prévenir une chute, mais aussi pour s'éviter une tâche additionnelle.

- Réaliser des activités en concomitance.

Le personnel expérimenté, tant AFS qu'infirmier, pose souvent des questions au client pour faire le suivi, en exécutant simultanément le soin : cela vise à gagner du temps. Cette stratégie augmente toutefois la charge cognitive et constitue un élément difficile à maîtriser par les novices. La réalisation d'activités concomitantes ainsi que la participation active des clients au soin constituent des savoirs de prudence, car ils permettent d'économiser du temps ou de réduire ses efforts.

Anticiper les possibles

- Être à l'affût des changements qui surviennent à domicile :

Le personnel expérimenté observé s'informe de l'évolution du client. Il fait ainsi le suivi de son état de santé, mais aussi de sa situation psychosociale et de son autonomie dans ses AVQ. Cela lui permet de dépister les nouvelles difficultés et les besoins futurs pour ainsi adapter l'intervention. Cela contribue aussi à la sécurité du soin immédiat. Par exemple, il observe les pertes d'équilibre ou la présence de fatigue ou d'essoufflement afin de valider avec la personne si elle est en mesure de recevoir le soin ce jour-là.

6.2.2 Savoirs axés sur le travail affectif auprès de la clientèle

Approche auprès du client

- S'adapter au mode de communication du client :

Le personnel expérimenté développe diverses stratégies pour établir une relation de confiance avec le client, notamment en s'adaptant à son mode de communication. Il peut s'agir, par exemple, de s'assurer d'établir un contact visuel lorsqu'on discute avec une personne atteinte de surdité ou de taquiner une personne qui aime faire de l'humour.

Gestion des relations avec les clients

Dans certains cas, nous avons vu que le personnel fait preuve d'une attitude ferme auprès d'un client, pour faire respecter des règles de sécurité, par exemple.   cet égard, les superviseures rencontrées estiment qu'il peut être plus difficile pour une novice, ou pour une intervenante qui connaît peu ou pas le client, d'adopter une telle attitude et de « mettre leurs limites ».

6.2.3 Savoirs axés sur le travail en intra et interdisciplinaire.

Participer et transformer le collectif de travail intradisciplinaire

- Partager les règles implicites de fonctionnement :

Les membres du personnel infirmier ou AFS établissent entre eux des règles de fonctionnement de manière implicite, afin d'adapter leur intervention à certaines circonstances particulières. Par exemple, il est implicitement admis de desservir à domicile un client qui pourrait se déplacer (difficilement) au CLSC, mais qui présente des risques de désorganisation et qui nécessite plusieurs services (infirmier, aide à domicile, intervention sociale). Des AFS expérimentées ont aussi expliqué à une novice qu'il peut arriver de « dépasser le PI » si elles jugent que le besoin est légitime, mais qu'elles le noteront au dossier pour aviser les collègues de cette mesure exceptionnelle. Lors de manque d'effectifs, il peut s'agir aussi de ne pas surcharger la route d'une infirmière en surplus ou de ne pas lui attribuer des visites éloignées pour lui éviter des contraintes temporelles afin de la préserver.

Participer et transformer le collectif de travail interdisciplinaire

- Faire des démarches auprès des intervenants de l'équipe interdisciplinaire :

Nous avons vu à quelques reprises des AFS signaler leurs observations aux intervenants concernés, comme la présence d'une plaie ou de rougeurs suspectes. À l'inverse, des intervenants sollicitent les AFS ou d'autres membres de l'équipe, notamment lors de discussions de cas, pour faire des observations spécifiques.

Effectuer le suivi des interventions ou de la situation psychosociale avec les aidants naturels.

- Évaluer la situation psychosociale à domicile et dépister les facteurs qui peuvent menacer le MAD :

Les intervenants sont à l'affût des changements et signalent rapidement l'épuisement d'un aidant à l'intervenante sociale, par exemple. Cela peut même aller, comme dans ce dernier cas, à demander la tenue d'une discussion de secteur afin que l'équipe interdisciplinaire élabore des pistes d'actions.

6.2.4 Savoirs axés sur la gestion du temps de travail

Règles et procédures liées à la gestion

- Connaître les règles et les procédures de fonctionnement du service :

Par exemple, les superviseuses AFS ont expliqué aux stagiaires et aux novices ce qu'elles doivent faire lorsqu'il y a des activités non prévues à l'horaire, telles qu'une annulation, qui survient au cours d'une journée : « *Quand tu peux, tu remontes tes cas.* ».

Gestion de la route quotidienne

- Adapter la route quotidienne en fonction des imprévus et des impératifs :

Le personnel infirmier, qui doit se conformer aux horaires des laboratoires, doit souvent se déplacer à un autre lieu de dépôt ou effectuer deux dépôts lors d'une même route, quand survient un retard ou un imprévu et que l'heure de dépôt au point de service est dépassée. Il doit aussi apprendre à prioriser « dans l'action » les visites à domicile, comme de reporter un cas au lendemain, quand il reçoit la demande de faire une visite imprévue, mais urgente sur la route.

Savoir de prudence imbriqué dans la gestion quotidienne : la régulation de la charge de travail.

Le personnel, particulièrement AFS, a développé des stratégies afin de gérer son l'horaire quotidien en fonction des exigences physiques des soins à réaliser et de son état de fatigue. Par exemple, une superviseure a expliqué à une novice qu'elle prend une pause entre deux soins d'hygiène lorsqu'il fait très chaud afin de prévenir la fatigue à la fin de la journée.

Gestion du « case-load » et préparation des routes (infirmières)

- Préparation de la route du lendemain (et du surlendemain) :

Les infirmières développent des stratégies pour planifier la route du lendemain en considérant différents critères de priorisation : les clients du jour à revoir le lendemain, les demandes « stats » et les INR à date fixe (exigence des labos), les nouvelles admissions. Les superviseures expliquent aussi aux novices quels types de soins elles peuvent reporter au lendemain ou déléguer, lorsque possible, à des collègues.

6.2.5 Savoirs axés sur l'organisation du travail

Inscrire son action dans le contexte organisationnel de travail.

Le personnel doit apprendre les règles de fonctionnement du service, comme le respect du PI, de la confidentialité, etc. Il est aussi important de connaître, comme l'a souligné une superviseure AFS, les règles qui régissent la prestation de service : quelles sont les activités exclues de l'offre de service (ex. pas d'application de gouttes oculaires, pas de mise de bas supports aux clients de résidences privées). Il s'agit aussi de connaître la marge de manœuvre possible au niveau de ces règles, c'est-à-dire de savoir les actions qu'il est possible de poser afin de répondre à une situation exceptionnelle, sans remettre en question l'organisation du travail. Dans ce contexte, rappelons que les AFS expérimentés ont expliqué aux novices l'importance de justifier ses actions et de les noter au dossier quand le PI n'a pu être respecté (ex. « laver pieds seulement car client a refusé le bain »). Les gestionnaires ont aussi réitéré auprès du personnel AFS la règle de prestation de service « conditionnelle » par exemple, à la présence des équipements recommandés. Il faut aussi connaître les procédures en cas de manques d'effectifs. Ainsi, le personnel infirmier a développé des stratégies collectives pour assurer le service tout en évitant le temps supplémentaire ou la mise en obligation, stratégies qui sont partagées avec les novices.

Connaître les structures organisationnelles du secteur d'activités.

Le personnel infirmier doit particulièrement apprendre à communiquer et à collaborer avec les différents partenaires externes et connaître certaines contraintes s'y rattachant, comme les heures de dépôt des prélèvements, les dates à respecter, etc. Par ailleurs, le personnel AFS et infirmier doit connaître les ressources communautaires du territoire desservi (ex. Coop, Popotte roulante,

équipes de bénévoles) et les services offerts par le SAD à sa clientèle (ex. prêt d'équipements, Groupe d'aidants naturels, gardiennage), afin de dépister et répondre aux besoins des clients pour favoriser leur maintien à domicile.

6.2.6 Savoirs axés sur la culture du métier au SAD

Culture de l'intervention en soutien à domicile.

De multiples savoirs liés à l'intervention à domicile sont transmis par le personnel expérimenté aux novices. Par exemple, les AFS expliquent qu'il faut stimuler le client à participer au soin, à recourir à ses capacités résiduelles pendant le soin, mais aussi dans la réalisation de ses AVQ, pour favoriser son maintien à domicile, qui constitue la mission du SAD. Le personnel expérimenté démontre aussi qu'il inscrit la prestation de service dans une optique de prévention chez les PAPA par exemple, en desservant un client à domicile même s'il ne répond pas à tous les critères, afin de prévenir une détérioration de son état ou de sa situation (ex. désorganisation). Il s'agit aussi, lors de discussions de cas, d'apprendre à dissocier les valeurs du client de ses propres valeurs et de celles de l'intervention. Il faut savoir orienter son intervention de façon à poursuivre la mission première du SAD tout en comprenant, comme l'a souligné une superviseuse infirmière à une novice, qu'il y a parfois des dysfonctionnements qui les empêchent de réaliser cette mission, comme lorsque l'hospitalisation d'un client s'avère incontournable.

Culture de métier spécifique.

Comme mentionné dans la section portant sur l'intradisciplinarité, le personnel AFS ou infirmier se dote de règles implicites de fonctionnement afin de gérer notamment les relations avec les clients. D'autres aspects liés à la culture de métier spécifique sont de respecter les règles liées à l'éthique et à la responsabilité professionnelle de son métier. Il peut s'agir, comme l'a expliqué une superviseuse à une novice, de respecter les règles de la tenue de dossier pour se conformer à son Ordre professionnel ce qui permet aussi de se protéger lorsque, par exemple, il survient un conflit avec un client ou son répondant.

Nous pouvons conclure que les savoirs transmis sont très riches et très variés. En effet, ils « couvrent » différents aspects de l'activité de travail mais aussi du métier d'intervenant en SAD. Ces savoirs, construits avec l'expérience, visent l'atteinte de différents objectifs de l'activité de travail : qualité et efficacité du service (soin) et de l'intervention globale auprès de la clientèle, ainsi que des aspects de sécurité pour cette dernière et pour le personnel. Les observations en situation de travail réelles ont aussi révélé que la mission et les valeurs de l'organisation sont aussi portées et transmis par les individus.

7. CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES À L'INTÉGRATION PROFESSIONNEL ET À LA TRANSMISSION

Les facteurs qui influencent favorablement ou non l'intégration professionnelle des novices et la transmission des savoirs de métier et de prudence au sein des personnels AFS et infirmier sont regroupés ici selon qu'ils relèvent de différents niveaux de l'organisation du travail ou de l'activité de travail. Rappelons que ces résultats sont issus de l'analyse des différentes sources de données : entretiens individuels et collectifs, observations de l'activité de travail (incluant les réunions et les formations) ainsi que de l'encadrement de stagiaires et de nouvelles employées et, finalement, entretiens informels réalisés auprès de personnes novices ou expérimentées.

7.1 Niveau macro-organisationnel

7.1.1 *Rareté de la main-d'œuvre*

- Difficultés importantes de recrutement chez les infirmières depuis plusieurs années (-).

Selon les questionnaires du service, le recrutement des infirmières est une problématique récurrente depuis plusieurs années, comme dans la majorité des établissements de santé. Notons toutefois que le SAD ne recourt pas à du personnel infirmier provenant d'agences privées. Il réussit à maintenir la prestation de services avec les effectifs actuels toutefois, l'équilibre est précaire. En effet, lors de certaines périodes intenses de travail (ex. vaccination antigrippale) les réunions d'équipe sont annulées, faute de surplus disponibles pour alléger les routes des infirmières. Dans ce contexte, il peut être aussi difficile de planifier des activités de formation qui nécessite la présence d'effectifs supplémentaires pour maintenir les services. La transmission informelle, l'orientation du nouveau personnel ou la supervision des stagiaires constitue alors une intensification de la charge de travail pour la superviseure ou pour les pairs. Finalement, les contraintes de temps, qui résultent du manque d'effectifs, conduisent parfois les superviseures à réduire la participation des novices au soin, qui deviennent alors des observatrices. Tout cela ne favorise pas la transmission.

- Problématique émergente chez les AFS (-).

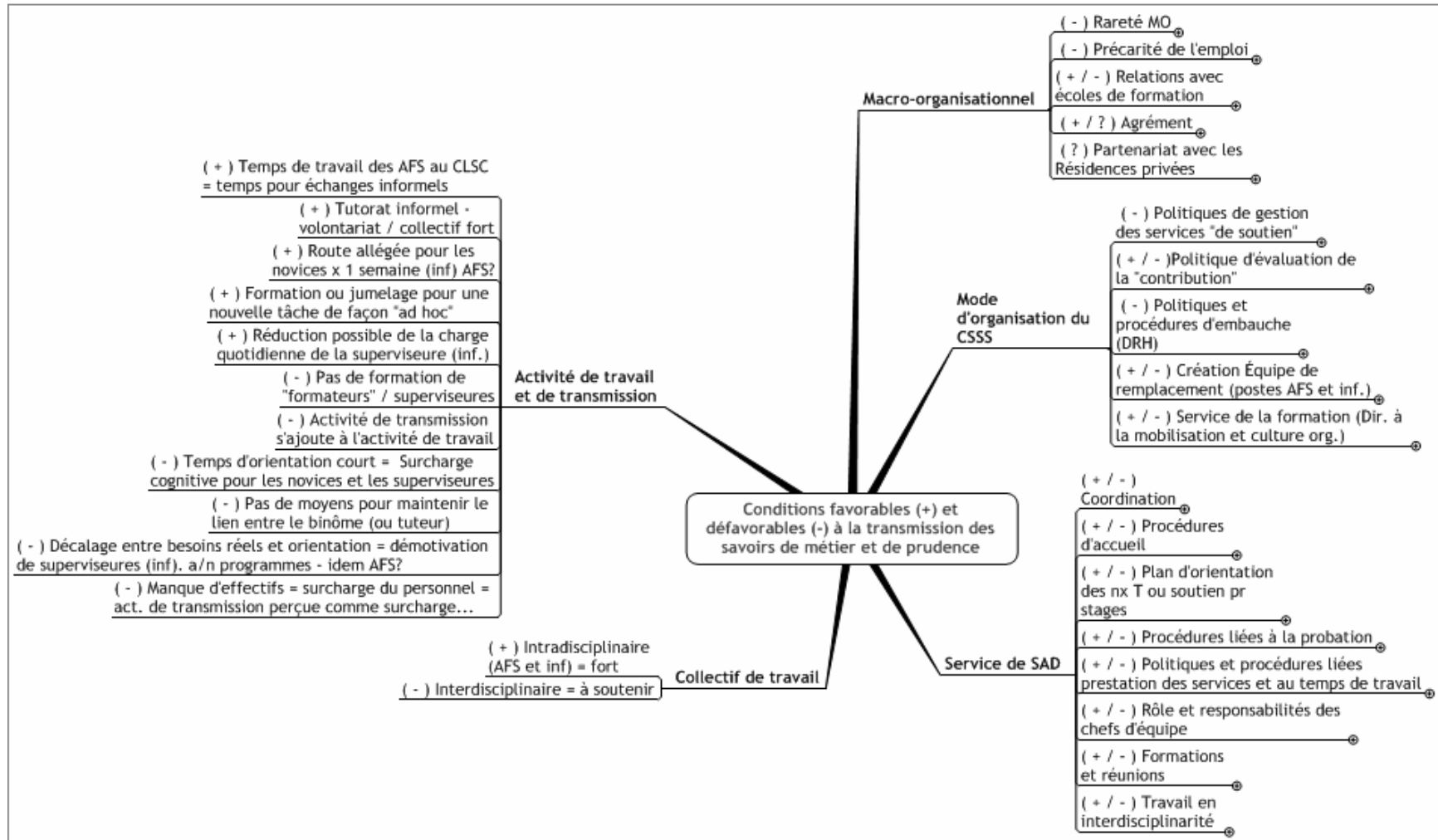
Il semble que la rareté de la main-d'œuvre AFS soit une problématique en émergence au SAD. Afin de contrer ses effets, la chef d'équipe collabore activement avec l'unique école de formation de la région pour d'offrir des stages aux étudiantes. Il s'agit d'une stratégie de recrutement éprouvée puisque le SAD embauche chaque année des finissantes, dont la fin de la formation coïncide avec les vacances estivales.

7.1.2 *Précarité de l'emploi (-)*

Tant chez les infirmières que chez les AFS, il y a peu de création de postes permanents, à l'exception des postes de l'équipe volante qui ont été créés au printemps 2008. Il y aurait aussi la création d'un ou de deux postes par année chez les AFS. Malgré les besoins en soins infirmiers, il y a peu de moyens financiers pour engager des novices à temps plein au SAD. Conséquemment, ces dernières offrent leur disponibilité à d'autres services du CLSC (ex. soins courants, programme enfance-famille). Les différents services du CLSC se retrouvent donc en compétition. Cette situation est démotivante pour les superviseures qui ont consacré du temps à

former une novice qui part ensuite travailler dans un autre service. Par ailleurs, il y a beaucoup de roulement de personnels occasionnels au sein des équipes de secteurs, tant pour les AFS que pour les infirmières. Cela entraîne une diminution de la stabilité des équipes vis-à-vis de la clientèle, ce qui a aussi des répercussions sur la qualité des services (Cloutier et coll. 2005).

Figure 2 : Schéma des conditions favorables et défavorables à la transmission au sein du SAD



- Moyens financiers vs titularisation.

Il semble que dans le réseau de la santé, une tendance se développe pour créer à nouveau des postes afin de retenir la main-d'œuvre et de stabiliser les effectifs. Certains services ont pris cette décision après avoir eu recours de façon plus ou moins massive à des effectifs d'agences privées afin de combler leurs besoins de main-d'œuvre; ces argents ont été récupérés pour la création de postes. Même si le SAD à l'étude n'a jamais eu recours à des effectifs d'agences privées, tant pour les soins à domicile (AFS) que les soins infirmiers, il semble qu'ici aussi, la philosophie de gestion prône la titularisation des effectifs. Nous ne savons pas, dans le contexte actuel, quels sont les moyens à leur portée pour agir en cette matière.

7.1.3 Relations avec écoles de formation

- Séances d'informations sur le SAD dans les C.É.G.E.P (+)

Selon l'assistante-infirmière, les stagiaires et finissantes de tous les programmes de formation (collégiale et universitaire) ne sont pas préparées à la réalité des soins à domicile. Pour cette raison, elle va rencontrer les étudiantes du collégial afin de leur parler du SAD. Ce contact privilégié peut contribuer à l'attraction, mais aussi à l'intégration de futures employées en leur traçant un portrait réaliste du travail.

- Négociation de stages pour les AFS au SAD (+)

La chef AFS rencontre aussi les étudiantes pour leur présenter le travail d'AFS au SAD. Afin de faciliter l'apprentissage des stagiaires, mais aussi d'augmenter la rétention de ces futures employées, elle a négocié avec l'école de formation que les stagiaires réalisent leurs 2e et 3e stages (deux et trois semaines respectivement) au SAD. Elle a aussi négocié un entretien de sélection des stagiaires intéressées par le SAD, car elles constituent des candidates potentielles à l'embauche à la fin de leur formation.

- Stages en soin infirmier = mauvais « timing » (-)

Selon les superviseuses rencontrées, les périodes de stages, tant au niveau collégial qu'universitaire, coïncident avec les périodes de vacances (ex. fin août) ou avec les périodes plus intenses de travail alors qu'il y a moins d'infirmières disponibles pour la supervision des étudiantes. Ceci crée des contraintes de temps pour les superviseuses, qui doivent compenser pour l'absence des collègues, et intensifie leur travail.

- Unique École AFS (-)

Il n'existe qu'une seule école qui dispense une formation professionnelle pour les AFS dans la région. Selon les propos recueillis auprès de diverses personnes, il semble qu'un membre du personnel enseignant dépeint un tableau plutôt négatif du travail en service d'aide à domicile. La situation de travail serait décrite comme du travail individuel et isolé à domicile, sans aide. Cela peut contribuer à limiter l'intérêt de futures AFS pour la pratique à domicile, en les incitant à s'orienter vers des milieux plus institutionnels.

7.1.4 Agrément

- Participation des membres du personnel de SAD au processus (+).

Comme mentionné au chapitre 3, un processus d'agrément est en cours au CLSC. Des membres des équipes (AFS, soins inf., réadaptation) ont participé aux réunions du comité afin de définir des objectifs pour améliorer les processus : cette démarche participative peut contribuer à un climat de travail positif. De plus, une AFS a présenté sommairement les travaux auxquels elle a participé au cours d'une réunion d'équipe. Il s'agit aussi d'une approche intéressante puisque la transmission d'informations administratives est, cette fois, réalisée par une paire et non une supérieure.

- Lien entre l'agrément et l'évaluation de la contribution. (+)

Au printemps 2008, les thèmes choisis pour procéder à l'évaluation de la contribution du personnel ont été sélectionnés à partir du processus d'agrément. Ceci révèle une cohérence du point de vue organisationnel. Rappelons que les objectifs généraux pour l'évaluation de la contribution sont de favoriser l'autonomie ou le maintien des capacités résiduelles ainsi que de favoriser la collaboration inter-équipe. Ils découlent des priorités identifiées par l'organisation pour l'année 2007-2008 (approche client/service et respect).

7.1.5 Effets du processus d'accréditation des résidences pour personnes âgées (+ ou -)

Rappelons qu'un processus d'accréditation des résidences pour les personnes âgées est en cours. Les chefs des équipes de soins infirmiers et d'aide à domicile estiment que ce processus relance le partenariat entre le réseau public et ces résidences. Selon elles, cela peut aussi modifier le rôle que le personnel du SAD jouera auprès de la clientèle et conséquemment, l'activité de travail de ce dernier. À titre d'exemple, le personnel de résidences privées devra être formé pour réaliser certains soins auprès de leur clientèle. Des infirmières ou des AFS pourront être amenés à effectuer de l'enseignement. Ce n'est peut-être pas tout le personnel qui est outillé ou qui se sent à l'aise avec cette nouvelle tâche. On ne sait pas si des moyens de formation sont prévus pour les soutenir en cette matière.

7.2 Mode d'organisation du CSSS

7.2.1 Politique d'évaluation de la contribution

- Moyens pour soutenir la transmission et l'intégration professionnelle (+)

La mise en oeuvre de ce processus d'évaluation n'a pas été observée. Toutefois, si des moyens sont mis en place pour permettre à l'employée de développer ses habiletés professionnelles, ce processus peut contribuer notamment à faciliter l'intégration d'une novice dans le métier.

- Absence de moyens (-)

À l'opposé, si ce processus n'est pas accompagné de moyens pour soutenir les employées dans leur perfectionnement professionnel, cela nuit à l'intégration ainsi qu'à la transmission. Soulignons, par exemple, des difficultés liées à la mise en oeuvre de l'évaluation. En effet, même si la rencontre avec la chef de programme par intérim devait avoir lieu pendant les heures de travail du personnel, il est plus difficile pour les AFS de la rencontrer, car contrairement aux autres intervenants, elles ne travaillent pas au CLSC sur une base quotidienne. Par ailleurs, alors

qu'on demande au personnel de prendre un rendez-vous pendant leur temps de bureau, ce dernier est dédié à la réalisation des suivis ou gestions de dossiers (infirmières) et aux tâches administratives (AFS) : la tâche quotidienne n'est pas allégée. De plus, les AFS occasionnelles n'ont pas de temps de bureau prévu à leur horaire : le temps qu'on leur allouera pour l'évaluation ne pourra pas être consacré aux tâches administratives, qu'elles doivent souvent reporter.

7.2.2 Politiques et procédures d'embauche de la DRH

- Sélection et dotation (+ / -)

Les chefs d'équipe ne sont pas mises à contribution dans le processus de sélection des nouvelles employées cependant, la chef AFS a obtenu la permission d'assister aux entretiens d'embauche. Rappelons qu'elle réalise une entrevue de sélection avec les étudiantes qui désirent réaliser un stage au SAD : il s'agit d'un moyen « détourné » de sélection puisque les stagiaires sont souvent embauchées après leur formation. Concernant les soins infirmiers, rappelons qu'après son orientation au SAD, une infirmière peut offrir sa disponibilité et être ainsi appelée à travailler au sein d'autres services du CLSC.

- Manque d'informations aux novices sur les démarches d'embauche (-)

Lors d'une observation de l'orientation d'une novice, cette dernière n'a pas reçu toutes les informations nécessaires sur les démarches d'embauche ainsi que sur les procédures liées au temps de travail du personnel occasionnel. Ceci a complexifié son arrivée au SAD en plus de lui générer un stress additionnel.

- Manque de coordination entre la DRH et le SAD pour l'embauche (-)

À deux reprises, des manques de coordination entre la DRH et le SAD ont été observés relativement à l'embauche de nouvelles employées. Par exemple, au service de soins infirmiers, des besoins avaient été exprimés pour l'embauche d'une infirmière occasionnelle à l'automne 2007, en prévision de la période des fêtes, toujours critique. L'embauche a été retardée par la DRH, qui a ensuite proposé aux soins infirmiers de procéder à l'orientation quelques jours avant Noël. L'assistante-infirmière a dû la reporter à la mi-janvier 2008, n'ayant pas les effectifs requis pour procéder, en plus, à une l'orientation, malgré les besoins. Il s'agit d'une situation prévisible dont une meilleure planification aurait facilité le travail de tous les intervenants.

Une telle situation a aussi été vécue au sein du service d'aide à domicile. Le processus de sélection de deux AFS devait être complété au mois de mai 2008 afin d'avoir le temps nécessaire pour compléter les procédures administratives et l'orientation avant le début des vacances estivales. Dans les faits, une nouvelle AFS a été orientée au début juin alors que les besoins de remplacements, criants, avaient encore une fois, été exprimés par la chef de service. Une situation similaire aurait aussi été vécue à l'été 2007, où le personnel infirmier a dû orienter "en catastrophe" six novices avant le début des vacances. Les superviseures impliquées se sont dites épuisées après cela. De telles situations ont des effets négatifs sur l'attraction des superviseures pour la tâche d'orientation, car cette dernière n'est pas réalisée dans des conditions optimales. Des effets négatifs sont aussi ressentis par le personnel novice, qui est bousculé lors de l'entrée en emploi.

7.2.3 Création d'une équipe de remplacement au sein des deux services (+ / -)

La création d'une équipe de remplacement (ou équipe volante) au sein des deux équipes étudiées peut avoir plusieurs effets bénéfiques sur l'activité de travail et par ricochet, sur l'activité de transmission en facilitant la gestion des équipes. Par exemple, cela contribuera à augmenter la stabilité des équipes de secteur, ce qui peut faciliter l'encadrement des novices au sein de ces dernières.

D'un point de vue général, cela créera un accès plus rapide à des postes par le personnel occasionnel « plus ancien » et l'ensemble du personnel recevra une réponse plus rapide à ses demandes de congés, ce qui éliminera un irritant et contribuera à un climat de travail positif.

Quelques effets négatifs peuvent se faire sentir sur l'intégration des nouvelles employées et sur la transmission ainsi, il peut y avoir à court terme moins de travail pour le personnel occasionnel « moins ancien ». De plus, la tâche de gestion des remplacements est maintenant déléguée aux chefs d'équipe, ce qui augmente leurs tâches administratives au détriment du soutien clinique. Finalement, ces équipes servent exclusivement à remplacer les congés et non à libérer, par exemple, une superviseuse lors de l'orientation d'une novice. Pour libérer une superviseuse, le gestionnaire devra toujours recourir à une employée en « surplus » ce qui constitue un coût supplémentaire.

7.2.4 Politiques de gestion des services de soutien (« externes »)

- Politique de gestion des banques de congés (-)

L'abolition, à l'hiver 2007, de la banque de congés (temps cumulé qui a été payé) est une mesure qui a détérioré le climat de travail au sein des équipes et diminué la motivation au travail. La détérioration du climat de travail peut avoir un effet négatif sur la transmission : le personnel peut être moins intéressé ou moins motivé à transmettre ses savoirs s'il est insatisfait au travail. Soulignons qu'au sein de l'équipe des AFS, une entente tacite existait entre la chef d'équipe et son personnel : des congés pouvaient être accordés, mais le personnel était toujours disponible lorsqu'il y avait des besoins. La possibilité de prendre un jour de congé au besoin constituait une marge de manœuvre qui permettait au personnel soignant de se préserver en gérant leur charge de travail en fonction de leur état de fatigue. L'implantation de l'équipe volante assure maintenant que les besoins d'effectifs sont comblés tout en permettant, dans une certaine mesure, au personnel d'avoir les congés demandés. Cela vient un peu contrebalancer l'effet négatif de cette politique.

- Implantation de nouvelles politiques et de nouveaux outils de gestion du temps (-)

L'implantation de quelques outils de gestion a eu notamment un effet sur l'activité de travail des chefs d'équipe, particulièrement celle d'un nouveau logiciel d'horaire et de l'attribution de la gestion des horaires des AFS (remplacements) à la chef d'équipe. Rappelons que la seule gestion des routes (ex. rendez-vous chez les clients) est une déjà une tâche complexe, qui est réalisée par la chef d'équipe et une technicienne en administration. Il semble que cette politique soit une « réponse » à l'insatisfaction créée par la réalisation d'erreurs récurrentes par la liste de rappel sur l'affectation du personnel occasionnel. La gestion des horaires du personnel, combiné à

l'implantation d'un nouveau logiciel, a complexifié la tâche de la chef d'équipe, en plus de ses relations les AFS. Cela a aussi limité sa disponibilité pour offrir du soutien clinique à son personnel. De plus, l'implantation du logiciel coïncidait avec le départ de la technicienne expérimentée.

7.2.5 Service de la formation du CSSS (Direction à la mobilisation et culture organisationnelle)

- Volet centralisé :

Rappelons que ce volet est dédié à la poursuite des objectifs de formation établis par la direction du CSSS et qu'il détermine des orientations générales de formation continue. Ce volet comprend l'accueil et orientation du personnel au sein du CSSS, mais non l'orientation au sein du service.

- Accueil du nouveau personnel (+)

En théorie, une journée est prévue pour procéder à l'accueil d'une nouvelle employée par les ressources humaines. Dans les faits, cela ne prendrait que quelques heures. Tous les employés du SAD bénéficient d'un accueil au sein du CSSS, sauf s'ils ont déjà travaillé dans un autre service.

- Absence d'orientation des novices du SAD au sein du CSSS (-) .

Il semble que selon la politique en vigueur au CSSS, tout le nouveau personnel reçoit une orientation minimale au sein du CSSS. Cette politique concerne les infirmières du SAD et non les AFS car ces dernières ne sont pas appelées à travailler au sein d'autres services, puisqu'il n'y a qu'au SAD qu'on embauche ce personnel.

Selon nos observations, les nouvelles infirmières embauchées au SAD n'ont pas bénéficié d'une telle mesure alors que les seules activités réalisées étaient liées à l'accueil qui est plus de nature administrative (ex. numéro et carte d'employée et photo, examens et tests médicaux, procédures liées à la liste de rappel). Il semble donc que l'orientation au sein du CSSS ne concerne que le personnel hospitalier. Même si les infirmières embauchées au SAD proviennent souvent d'autres services²⁵ et qu'elles ont donc bénéficié de cette orientation auparavant, plusieurs proviendraient, depuis 2008, d'autres CSSS.

- Budget pour perfectionnement pédagogique (+)

À la demande et selon les moyens, le CSSS peut rembourser une partie des frais d'inscription à un cours offert par un établissement d'enseignement. Il s'agit d'une mesure qui favorise le perfectionnement individuel et qui est surtout utilisée par les infirmières. Les observations ont montré que ces dernières partagent leurs savoirs lors des réunions d'équipe, sur une base volontaire et informelle.

- Volet décentralisé (+)

Le volet décentralisé, qui permet aux différentes directions du CSSS de développer des projets de formation basés sur les besoins réels de leur personnel constitue une condition favorable à la

²⁵ rappel : critère de sélection est d'un an d'expérience en CH

transmission. Les effets bénéfiques des projets de formation au SAD sont présentés à la section 7.3.7.

- Coût de l'orientation des novices (-)

Rappelons que le coût de l'orientation du personnel au sein du service de SAD est assumé par le service puisque cette dernière relève du volet « décentralisé ». Cette situation entraîne plusieurs dysfonctionnements qui peuvent nuire à la transmission : il a été montré que les superviseuses, qui ne sont pas libérées de leur charge de travail, n'ont pas le temps d'aborder toutes les tâches et tous les aspects du travail. L'orientation du nouveau personnel s'effectue donc « sur le dos des superviseuses » dont la charge de travail est intensifiée, ainsi que celle des équipes.

7.3 Organisation du service de SAD

7.3.1 Coordination

- Soutien aux besoins de formation formelle et aux formations d'appoint (+)

La coordonnatrice travaille en collaboration avec les chefs d'équipe pour développer des demandes de financement pour des projets de formation basés sur les besoins réels du personnel du SAD (volet décentralisé). Il existe aussi une ouverture à expérimenter des modalités de formation variées et novatrices telles qu'un encadrement d'appoint (jumelage), une séance formelle ou un atelier en petits groupes.

- Gestion « participative » : chefs d'équipe/comité de gestion (+)

Il existe au sein du service une reconnaissance du rôle-clé des chefs d'équipe concernant l'encadrement du personnel, notamment des novices. Il faut que ça se poursuive au niveau des moyens donnés aux chefs.

- Poids du SAD vis-à-vis du CSSS en termes spécificité vs standardisation des pratiques (-)

La réalité du travail en SAD est différente du contexte institutionnel. Conséquemment, la tendance à uniformiser les pratiques de gestion n'est pas toujours applicable, compte tenu du contexte à domicile. Par exemple, les AFS doivent se présenter au CLSC tous les vendredis après-midi, qu'elles travaillent ou non, afin de récupérer leur horaire hebdomadaire. De plus, les AFS occasionnelles doivent aussi s'y déplacer sur une base régulière pendant la semaine pour vérifier si un quart de travail a été ajouté à leur horaire. À l'opposé, les TPO du centre hospitalier peuvent consulter sur place le « cartable » de la liste de travail.

- Soutien aux AFS sur la politique de prestation de service « conditionnelle » (+)

À plusieurs reprises lors de réunions ou de formations, la coordonnatrice du SAD est intervenue pour rappeler au personnel que la prestation de service de soins à domicile est conditionnelle à certaines exigences du SAD. Il est clairement établi que le personnel du SAD n'a pas à assumer les conséquences du choix d'un client. L'application de cette politique de soin ainsi que le soutien organisationnel offert (et réitéré) au personnel s'avère très protectrice pour sa SST. Il s'agit aussi d'un facteur positif pour la transmission, car ce message est tellement martelé qu'il est intégré par le personnel, qui le transmet aux novices.

7.3.2 Procédures d'accueil (-)

Auparavant, les chefs des trois équipes accueillaient les novices et leur présentaient le fonctionnement de leur service. Maintenant, aucune procédure d'accueil au sein du SAD n'est réalisée, faute de temps. Les novices ne reçoivent pas ou peu d'informations sur le fonctionnement de leur propre service, sur les autres services (ex. réadaptation, secrétariat, accueil) et sur le rôle (et les membres) de l'équipe interdisciplinaire, alors que le travail en interdisciplinarité constitue une approche d'intervention et une valeur du SAD, comme discuté au chapitre 3.

7.3.3 Plan d'orientation des nouveaux employés et soutien aux superviseuses (+ / -)

- Soutien aux superviseuses AFS lors de stages (+)

Concernant la supervision des stagiaires AFS, la chef d'équipe assiste les superviseuses en les rencontrant et en rédigeant elle-même le bilan de stage à l'attention de l'école de formation. De plus, elle partage la supervision entre deux AFS expérimentées de façon à ne pas les surcharger et à partager la responsabilité de l'évaluation. Ces mesures de soutien sont appréciées des superviseuses. Cela favorise l'attraction pour cette tâche qui est réalisée sur une base volontaire.

- Plan d'orientation mal adapté aux besoins – aucun suivi (-)

Concernant l'orientation du nouveau personnel AFS, il existerait un plan d'orientation, non utilisé lors des observations, tandis que celui qui existe pour le personnel infirmier est mal adapté aux besoins. Dans les deux cas, on remet de la documentation ou l'on révisé souvent la liste des techniques à connaître (infirmières) lors de la dernière journée d'orientation. Ceci ne permet pas à la novice de réagir en exprimant ses besoins ou en posant ses questions. Le plan actuel stipule d'ailleurs d'orienter les novices infirmières à la clinique ambulatoire et non en soins palliatifs alors que la probabilité est plus forte de desservir ce type de clientèle. De plus, tous s'entendent pour dire que l'approche et les soins diffèrent auprès de cette clientèle. Finalement, pour les deux groupes professionnels, on note qu'il n'y a pas de suivi formel après l'orientation et que la transmission des savoirs liés aux tâches administratives est sous-estimée, ce qui ne favorise pas l'intégration des novices.

7.3.4 Procédures liées à la probation (+/-)

Il est possible d'augmenter la durée de la probation et d'offrir une formation d'appoint ce qui favorise l'intégration des novices. Toutefois, tant au service d'aide à domicile qu'à celui des soins infirmiers, l'évaluation de la probation a été négligée au cours de la dernière année, à la suite de la surcharge des gestionnaires et des superviseuses. L'évaluation à la moitié de la probation est aussi négligée, sauf lorsque le personnel « a des doutes » ce qui ne permet pas à la novice de s'améliorer.

7.3.5 Politiques et procédures liées à la prestation des services et au temps de travail (+/-)

- Affectation et orientation en soins palliatifs (-)

Rappelons que le personnel occasionnel est appelé à desservir une clientèle en soins palliatifs lors de remplacements ou d'affectation de soir et de fin de semaine, sans bénéficier d'une orientation.

- Affectation et orientation au quart de soir pour les infirmières (+)

Les infirmières novices ne seront pas assignées de soir tant qu'elles n'y auront pas été orientées. Cela a toutefois soulevé un problème quand le SAD a manqué d'effectifs pour orienter une novice de soir : l'orientation n'a pas eu lieu malgré les besoins et pendant ce temps, la novice a été assignée de jour seulement. Depuis quelques mois, il y a deux infirmières assignées au quart de soir, ce qui favorise le soutien et la transmission entre elles et facilitera l'orientation de futures employées.

Les AFS ne sont pas orientées de soir lors de l'embauche cependant, les AFS novices qui ont réalisé un stage auront été supervisées de soir : il faudrait toutefois prévoir un mécanisme pour celles pour qui cela n'a pas été le cas.

- Mesures de gestion des horaires qui facilitent l'intégration et les échanges avec les pairs (+)

Les infirmières novices voient leur route allégée (moins de clients) lors de la semaine de travail qui suit l'orientation. Cela leur permet de prendre le temps nécessaire pour les visites et pour poser des questions aux collègues à leur retour au CLSC, car la charge administrative est aussi moins lourde.

On note que la gestion des horaires des AFS permet les échanges informels lors du travail au CLSC. En effet, les AFS sont incitées à venir au CLSC récupérer leur horaire (TPO) ou à lire les dossiers des clients le matin. Elles bénéficient aussi de « temps de bureau » ou elles peuvent en demander au besoin (TPO). Il a été observé qu'une partie de ce temps de travail est utilisée pour des échanges informels entre AFS.

- Roulement du personnel infirmier à l'équipe des soins palliatifs (-)

Le roulement du personnel infirmier, à la suite de l'absence pour maladie de l'intervenant principal, a contribué à démotiver l'équipe de soins palliatifs, car les remplaçants n'étaient pas à l'aise avec l'approche ou avec les types de soins à prodiguer. Cette situation a aussi été difficilement vécue par le personnel infirmier remplaçant. Il faudrait prévoir, dans le cas de programmes ou de besoins spécifiques, à former un ou plusieurs remplaçants. La formation qui s'adressera à l'équipe des soins infirmiers palliera cette lacune.

7.3.6 Rôle et responsabilités des chefs d'équipe

- Soutien clinique (+) et intensification de la charge administrative des chefs d'équipe (-)

Rappelons que les chefs d'équipe jouent un rôle crucial dans l'intégration des novices et dans l'encadrement du personnel et que, malgré leur charge administrative élevée, elles continuent d'offrir du soutien clinique sur une base quotidienne en répondant aux questions du personnel. L'importance de ce soutien clinique est d'ailleurs reconnue par la coordonnatrice cependant, cela s'ajoute aux autres activités et nuit à la transmission. Par exemple, les chefs d'équipe disent

qu'elles ne sont plus en mesure de réaliser l'accueil du nouveau personnel et de leur transmettre des informations « plus large » sur l'organisation du travail, sur le fonctionnement du service ou sur la mission et la philosophie d'intervention.

Les observations ont en effet démontré que les chefs d'équipe (AFS et assistante-infirmière) ont vu, au cours de l'année 2007-2008, leur charge administrative augmenter par l'attribution de plusieurs activités : gestion de l'équipe de remplacements, gestion des horaires du personnel, implantation d'outils de gestion variés. Elles vivent une surcharge de travail et, pour répondre aux besoins du personnel, elles effectuent régulièrement du temps supplémentaire afin d'accomplir leurs tâches administratives. Des pistes organisationnelles ont été évoquées lors de la présentation des résultats au comité de gestion et elles sont reprises au chapitre 9.

- Peu de soutien aux nouvelles superviseuses infirmières (-)

En contexte de surcharge, l'assistante-infirmière a dû déléguer, sans information préalable, la supervision d'une stagiaire de niveau collégial à une infirmière qui n'avait jamais fait un tel encadrement, ce qui ne favorise pas la transmission ni l'intégration professionnelle.

7.3.7 Formations et réunions (+/ -)

De façon générale, les formations observées:

- répondent à des besoins réels de travail (celles issues du volet décentralisé). Par exemple, en plus d'aborder des techniques de soin, le personnel peut aborder d'autres thèmes qui sont liés à des préoccupations récurrentes.
- deviennent des lieux d'échanges et d'enrichissement du travail dans la forme où elles sont dispensées.

Dans toutes les formations observées, il y a des échanges informels entre les participants : l'activité de formation leur permet de discuter de leurs pratiques et de partager leurs stratégies. Ces espaces et lieux d'échanges sont très favorables à la transmission, surtout pour les novices, si elles y sont conviées.

De façon spécifique, plusieurs contextes de formation ont été analysés et révèlent des éléments favorables pour la transmission des savoirs de métier et de prudence. Par exemple, le programme « PDSB » à l'attention des AFS a été développé à partir des besoins réels des AFS. Il favorise la SST des AFS en leur inculquant, bien sûr, les principes de PDBS, mais aussi des éléments de prévention de leur santé globale (ex. santé psychologique, nutrition, etc.). Il augmente la qualification des AFS et améliore leurs habiletés de travail en interdisciplinarité. De plus, il contribue au partage des acquis d'expérience entre elles ainsi qu'à la reconstruction d'un collectif de travail fort et d'un climat de travail sain. Il y a quelques années, les AFS ont aussi bénéficié d'une formation sur le plan d'entraînement à l'autonomie qui présentait une approche novatrice pour faciliter l'enseignement d'une tâche. D'autres formations, comme celle réalisée auprès de l'équipe des soins palliatifs, favorisent la transmission et l'intégration des novices par le partage de règles communes de fonctionnement et de savoirs. Ce sont des situations qui démontrent que le plan de formation est adapté aux besoins spécifiques du personnel car il tient compte de leur activité réelle de travail.

La possibilité d'offrir des formations d'appoint selon les besoins est un élément favorable à la transmission et à l'intégration professionnelle des novices. Des moyens peuvent aussi être définis pour faciliter l'apprentissage tel qu'un jumelage à domicile avec une collègue lors de la réalisation d'une nouvelle technique ou d'un nouvel acte délégué : dans ce dernier cas, l'AFS sera accompagnée d'une infirmière. La mise sur pied d'un programme de formation structuré pour les infirmières s'avère positive, car les thèmes qui seront abordés résultent d'un sondage fait auprès des infirmières et se basent donc sur leurs besoins.

- Fréquence et contenu des réunions (-)

Les réunions des infirmières sont souvent annulées, faute d'effectifs²⁶ pour alléger la charge quotidienne des équipes, ce qui nuit à la transmission. Rappelons que les AFS occasionnelles sont invitées à toutes les réunions d'équipe, même si elles ne travaillent pas ces jours-là. Depuis la collecte de données, les infirmières occasionnelles sont aussi conviées aux réunions, lorsqu'elles sont présentes au CLSC. Les infirmières ont la directive d'alléger leur route pour réduire la gestion de leurs dossiers en après-midi. Parfois, certaines d'entre elles n'assistent, malgré cela, qu'à une partie de la réunion, car elles doivent régler des urgences.

Par ailleurs, tant les infirmières, les AFS et les membres de l'équipe interdisciplinaire des soins palliatifs se plaignent que le contenu administratif occupe la majorité du temps des réunions, au détriment du contenu clinique ou des échanges sur leurs expériences.

7.3.8 Travail en interdisciplinarité (+ / -)

Il apparaît que la culture interdisciplinaire, à l'exception de l'équipe des soins palliatifs, n'est pas totalement intégrée par le personnel, car ce dernier :

- n'a pas reçue l'information sur le rôle et les responsabilités des autres intervenants (ex. pas de mention / description formelle lors de l'orientation; on ne leur présente pas les gens)
- ne participe pas à des rencontres interdisciplinaires sur une base régulière²⁷. De plus, ce n'est pas la majorité du personnel qui fait l'exercice quotidien ou hebdomadaire d'un travail en équipe. Cela repose beaucoup sur la bonne volonté des gens.

Comme mentionné, le travail en interdisciplinarité constitue une approche et une valeur préconisées par la direction des PPA et par le SAD. Certains moyens et modes de fonctionnement implantés au SAD contribuent à le favoriser, surtout en ce qui a trait au programme des soins palliatifs. Alors que ces valeurs sont présentes dans le discours des superviseuses, le plan d'orientation des novices au SAD n'en tient pas compte et l'on n'apprenait pas ou peu aux employés à travailler en interdisciplinarité, à animer ou réaliser une discussion de cas. L'analyse de ces discussions a d'ailleurs montré la richesse des savoirs transmis et des stratégies élaborées collectivement pour mieux coordonner les interventions et optimiser les services offerts. Ces réunions constituent aussi des lieux d'apprentissage, particulièrement pour le nouveau personnel.

²⁶ Le service recourt à des infirmières occasionnelles en « surplus ».

²⁷ Les discussions de secteur, lors de la collecte de données, n'avaient lieu qu'à la demande; il s'agissait alors de situations complexes ou urgentes à discuter.

Depuis la collecte de données, cette situation a changé. En effet, il y a eu l'implantation de discussions de cas obligatoires pour les demandes d'augmentation de services en aide à domicile. Cela est accompagné d'une formation aux intervenants sur la préparation et le déroulement d'une discussion de cas. Soulignons que même le personnel occasionnel reçoit cette nouvelle formation.

Finalement, d'autres moyens ont été mis en place pour ancrer l'interdisciplinarité :

- La création, il y a plusieurs années, d'un comité d'évaluation de l'assistance de l'aide au soin d'hygiène, composé de deux AFS, de la chef AFS et d'une ergothérapeute. La transmission au sein de l'équipe des AFS est favorisée puisque deux AFS y sont formées chaque année, à tour de rôle. Ces évaluatrices bénéficient aussi de l'encadrement de la chef d'équipe, qui veille à les outiller pour les échanges avec les intervenants pivots.
- Les ergothérapeutes ont été invitées par la formatrice et la chef d'équipe à la première "capsule PDSB" qui se déroulait dans le cadre d'une réunion des AFS afin qu'elles développent leurs connaissances sur l'activité de travail de ces dernières.
- L'équipe de soins palliatifs partage le même environnement physique ainsi tous les intervenants sont à proximité ce qui facilite les échanges entre eux.
- Pour chaque secteur, les infirmières partagent leur bureau avec une intervenante sociale. On souhaite ainsi que la proximité physique favorise les échanges, mais les infirmières allèguent qu'elles ont maintenant moins d'échanges avec leurs pairs, surtout les novices.

7.4 Le collectif de travail

- Intradisciplinaire (AFS et infirmières)

La présence de collectifs de travail fort au sein des équipes d'AFS et d'infirmières constitue une condition favorable à la transmission des savoirs de métier et de prudence. En effet, l'entraide et le partage de valeurs et règles de métier communes, qui révèlent la présence d'un collectif, ont été fréquemment observés au sein de ces équipes.

- Interdisciplinaire

Un collectif interdisciplinaire fort est présent au sein de l'équipe des soins palliatifs, dont les membres partagent une culture de métier. Toutefois, on ne peut dire qu'il existe, excepté cette équipe, un collectif interdisciplinaire fort entre les membres des différents services ceci, pour les raisons évoquées précédemment.

7.5 L'activité de travail et l'activité de transmission

Plusieurs éléments liés directement à l'organisation de l'activité de travail au sein du service ont des effets sur l'activité de transmission observée. Quelques éléments sont favorables à la transmission tels que :

- Temps de travail des AFS au CLSC (+)

Contrairement à d'autres services de SAD, les AFS sont encouragées à travailler au CLSC pendant le temps de bureau ou à y passer le matin pour récupérer leur horaire. Comme mentionné, les AFS échangent alors entre elles dans leur salle de travail sur différents sujets qui touchent l'activité de travail. Les novices qui ont assisté à ces échanges les ont trouvés très formateurs. En effet, il s'agit souvent de partager des informations sur un client ou sur une situation particulière à domicile ou de solliciter l'avis de collègues quant à des nouveautés ou des difficultés. L'un des objectifs de la chef d'équipe est d'ailleurs de préserver les lieux et les structures qui favorisent la transmission informelle entre les membres de son personnel.

- Tutorat informel (+)

Lors du passage de novices, on note que les AFS, autres que les superviseuses, discutent avec elles et offrent leur aide au besoin. Il semble exister une forme de tutorat informel sur une base volontaire, qui découle de la présence d'un collectif fort : les AFS se mobilisent pour intégrer les recrues. Encore une fois, ceci est permis par le fait que les AFS peuvent se rendre au CLSC y travailler. La même situation est observée chez le groupe d'infirmières quoique les échanges s'effectuent plutôt un à un (bureau individuel) et non en groupe.

- Formation d'appoint ou jumelage pour une nouvelle tâche (+)

Comme mentionnée, toute personne, même expérimentée, peut bénéficier d'une formation d'appoint ou d'un jumelage avant d'exécuter un nouveau type de soin. Cette mesure favorise la transmission d'expertise entre les pairs.

- Route allégée pour les novices infirmières (+)

Les novices infirmières voient leur charge de travail quotidienne (route) allégée lors de la première semaine suivant l'orientation. Ceci leur permet de prendre le temps nécessaire pour les soins et réduit leur stress. Cette mesure n'est pas appliquée, pour le moment, aux novices AFS.

- Réduction possible de la charge quotidienne de la superviseuse infirmière (+)

En théorie, les superviseuses infirmières peuvent réduire leur charge quotidienne afin de se dégager plus de temps pour encadrer une stagiaire ou une nouvelle employée. Dans les faits, cela n'est pas toujours possible ou cela leur occasionne une surcharge les jours suivants. Depuis la collecte de données, une superviseuse infirmière est libérée la première journée pour accueillir et orienter une novice. Parfois, le 2e jour, elle est libérée de sa charge de cas et effectue une route de « surplus » ce qui lui permet de prendre plus de temps avec la novice l'après-midi car la gestion des dossiers est moins lourde. De telles mesures ne sont pas, pour le moment, appliquées pour les superviseuses AFS. Ces dernières sont libérées une heure pour l'accueil de la novice puis elles mettent à profit leur propre heure de bureau pour montrer les tâches administratives.

Quelques éléments de l'activité de travail sont toutefois défavorables à la transmission tels que :

- Pas de formation de "formateurs" / superviseuses (-)

À l'exception de quelques superviseuses infirmières qui ont reçu une formation de préceptrice par un établissement d'enseignement, aucune autre superviseuse n'a bénéficié d'une formation ou même d'information sur la façon d'encadrer une stagiaire ou d'orienter une novice. Certaines superviseuses avouaient d'ailleurs éprouver un certain stress lié aux attentes à leur égard lors de

l'orientation d'une novice : doit-on tout « montrer »? Et si on n'a pas le temps, que doit-on prioriser? Sans compter les aspects liés aux modalités de transmission : comment s'y prendre? Doit-on tout démontrer ou l'impliquer d'emblée dans la tâche, etc. Une formation à l'attention des superviseuses AFS a été demandée par le SAD à l'école de formation afin de mieux les outiller. Cette mesure devrait être appliquée sous peu.

- Activité de transmission s'ajoute à l'activité de travail (-) et temps d'orientation court (-)

Pour toutes les superviseuses rencontrées, l'activité de transmission, même si elle est réalisée sur une base volontaire et qu'elles aiment s'y impliquer, s'ajoute à l'activité de travail. Les journées passées en compagnie d'une novice sont rapportées comme étant plus exigeantes, surtout au niveau cognitif. Les superviseuses infirmières rapportent qu'avec les manques d'effectifs, ce sont souvent les mêmes qui assument la supervision, et ce, alors qu'elles sont déjà en surcharge de travail. Les superviseuses rencontrées, surtout infirmières, estiment aussi que le temps dédié à l'orientation des novices est trop court et que ces dernières vivent une surcharge cognitive. Selon les membres du comité de gestion qui ont assisté à la présentation des résultats, les superviseuses axent, en contexte de surcharge, la transmission sur l'essentiel, c'est-à-dire sur les techniques de soin au détriment de savoirs plus « larges ».

- Décalage entre besoins réels et orientation (-)

Dans ce contexte, certaines superviseuses infirmières se disent encore plus démotivées lorsqu'elles orientent des novices qui ne viendront pas les remplacer dans leur secteur ou qui s'en iront ensuite travailler au sein d'un autre service du CLSC.

- Pas de moyens pour maintenir le lien entre le binôme ou avec un collectif de tuteurs (-)

Aucun moyen concret n'a été observé afin de maintenir le lien entre la superviseuse et la novice. Les actions observées constituent des initiatives personnelles toutefois, il semble que malgré leur insistance, les novices (surtout infirmières) ne tendent pas à consulter leur ancienne superviseuse. Elles préféreraient consulter l'assistante-infirmière ou échanger entre novices. L'assistante-infirmière souhaiterait plutôt qu'elles consultent une infirmière expérimentée afin de s'assurer que la « bonne information » circule. Lors de la présentation des résultats, il a été mentionné qu'un système de mentorat, basé sur une période d'un an, sera mis sur pied pour les novices infirmières.

- Poste de formatrice (+) et de soutien (+)

L'équipe des soins infirmiers envisage actuellement la création d'un poste de « formatrice » afin de planifier l'encadrement des stagiaires et des nouvelles employées mais surtout de mettre sur pied les contenus de formation. La création d'un poste de commis est aussi envisagée pour libérer les infirmières d'activités connexes (ex. saisie de données), ce qui réduirait leur charge de travail et par ricochet, pourrait libérer du temps pour l'encadrement des novices. Toutefois, l'équilibre est difficile à atteindre puisqu'il faut d'abord prioriser les services à la clientèle.

8. DISCUSSION

Cette étude visait à identifier les conditions qui soutiennent la transmission des savoirs de métier et de prudence dans les milieux de travail ainsi qu'à en identifier les obstacles afin de prévenir une perte d'expertise et l'exposition aux risques pour la SST des travailleurs de tous âges. Dans ce contexte, il s'agissait aussi de favoriser le maintien en emploi des travailleurs vieillissants, et expérimentés, en leur proposant de nouveaux rôles.

Des activités de collecte de données de nature diverse ont été effectuées au sein du service de SAD pour documenter l'activité de travail et l'activité de transmission réalisées par les infirmières et les AFS. Elles ont consisté en des observations de situations réelles de travail auprès du personnel (ex. réunions, formation) ainsi qu'en l'observation de situations de transmission entre des superviseuses, des nouvelles employées ou des stagiaires. L'analyse des données recueillies a permis de situer la transmission dans le contexte particulier du soutien à domicile et de son organisation (CSSS) ainsi que de documenter l'activité de travail réalisée par le personnel infirmier et AFS. À cet égard, l'activité de travail du personnel étudié, quoique complexe et variée, présente des constantes qui permettent de classer les activités de travail les plus fréquentes en cinq catégories distinctes, dont l'avantage sera discuté ici. De plus, les analyses ont montré qu'il existe, au sein du SAD, différentes formes et différents moyens de transmission et que cette dernière se situe bien au-delà de la relation novice/expérimentée, tout en révélant que l'activité de transmission est indissociable de l'activité de travail. Finalement, les analyses ont aussi mis en lumière que, même si la transmission repose beaucoup sur les individus, elle dépend aussi des conditions que l'on retrouve à différents niveaux organisationnels.

8.1 Identification de situations d'action caractéristiques issues de l'activité de travail des infirmières et des AFS : des cibles pour la transmission

Tout d'abord, les observations révèlent que les savoirs transmis sont directement liés à l'activité de travail réalisée à un moment précis. Ces savoirs sont indissociables du contexte de l'activité et il apparaît difficile de les généraliser. Toutefois, il est possible de généraliser certains contextes de travail auxquels sont exposées les employées. Ainsi, le premier résultat probant de cette étude s'avère l'identification de situations « types » qui caractérisent l'activité de travail du personnel infirmier et AFS. En effet, il existe, malgré la grande variabilité des activités de travail, des constantes dans le métier d'intervenants à domicile.

Ces situations s'avèrent riches en savoirs de métiers et de prudence. Elles sont dites « caractéristiques », car elles constituent des activités de travail fréquemment réalisées par le personnel. Ce sont aussi des situations qui tiennent compte de la variabilité observée (client, environnement, tâche) et au sein desquelles le personnel a développé des stratégies afin d'accomplir ses tâches. Ces situations ont aussi fait l'objet de transmission et les observations ont révélé que selon le contexte de travail, cette transmission fluctuait d'une situation de transmission à l'autre, certaines situations d'action caractéristiques (SAC) étant plus ou moins abordées par les superviseuses. Elles sont au nombre de cinq :

1. Réaliser des activités concomitantes
2. Déterminer les spécificités d'un contexte de soin.
3. Réguler la charge quotidienne, gérer et préparer les routes.
4. Coordonner les soins entre AFS ou infirmières (interdisciplinarité).
5. Comprendre son intervention dans un contexte organisationnel et interdisciplinaire.

Dans ce contexte, le recours aux SAC permettra d'identifier certaines mesures qui faciliteront l'apprentissage et l'intégration des novices au sein du métier d'infirmières ou d'AFS au SAD. Ces SAC représentent en effet les différents volets, essentiels, de l'activité de travail qui doivent être développés par le personnel novice pour s'intégrer dans le métier.

- Accueil, orientation et encadrement des novices.

Toutefois, relativement à la complexité des métiers, et malgré les efforts des individus en place (superviseurs, pairs, chefs d'équipe), les structures de transmission et d'intégration mises en place, tel que l'accueil, l'orientation et l'encadrement du personnel ne parviennent pas, dans leur forme actuelle, à transmettre (ou à s'approprier) les savoirs liés à toutes les situations d'actions caractéristiques. Cela signifie que dans le contexte de travail actuel au SAD, il reste des zones à combler afin que les novices développent leurs rôles au sein de ces situations de travail caractéristiques auxquelles ils sont exposés quotidiennement.

Lors de la planification des activités d'accueil, d'orientation et d'encadrement du personnel, les questions suivantes peuvent être soulevées : en quoi consiste réellement l'activité de travail? Quels sont les savoirs ou habiletés requises pour parvenir à réaliser ces cinq SAC? Comment transmettre ces savoirs au nouveau personnel? Quels moyens peut-on identifier pour faciliter l'acquisition de ces savoirs?

Par exemple, l'une des SAC les plus complexes à maîtriser est de comprendre son intervention dans un contexte organisationnel et interdisciplinaire, car elle implique de bien connaître les différentes structures qui encadrent la pratique du métier, en plus d'apprendre à collaborer et à contribuer aux activités de l'équipe interdisciplinaire.

Selon les observations, le travail en interdisciplinarité était peu ou pas abordé lors de l'accueil et de l'orientation des novices, tant AFS qu'infirmières. Quoiqu'un peu plus présent dans l'activité de travail des novices infirmières qui doivent coordonner certaines interventions avec d'autres intervenants, il est quasi-inexistant de l'activité de travail des novices AFS. Ceci s'explique par le fait qu'elles ne sont pratiquement pas en contact avec les autres intervenants, notamment parce qu'elles travaillent moins au CLSC que les AFS régulières et qu'elles ne sont pas conviées aux réunions de secteur. Rappelons que ces réunions servent à échanger de l'information sur le client et à élaborer ou adapter un plan d'intervention, selon le cas. Il est donc essentiel, pour favoriser la qualité des services, que les novices soient informées non seulement sur leur rôle et sur les actions à poser, mais aussi sur le rôle et les responsabilités des autres disciplines afin de transmettre l'information pertinente à l'intervenant concerné. Rappelons aussi qu'il a été montré (Cloutier et coll. 2005) que la transmission d'informations sur la situation du client s'avérait aussi protectrice pour la SST du personnel soignant. Par ailleurs, ces discussions, au cours

desquelles sont aussi abordés des thèmes touchant le fonctionnement de SAD et la culture de métier, les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe interdisciplinaire, peuvent contribuer à renforcer l'apprentissage du métier par les novices. Alors que l'interdisciplinarité est une valeur organisationnelle prônée par la direction, il faut des moyens pour inciter et former les novices à travailler en interdisciplinarité.

À cet égard, on note que le SAD s'est doté, suite à la collecte de données, de moyens particuliers afin de développer le travail en interdisciplinarité au sein des équipes de secteur soit :

- implantation de discussion de cas obligatoires dans les cas de demandes d'augmentation de l'aide à domicile (deux objectifs : évaluation objective des besoins et rédaction d'un plan d'intervention).
- Cette mesure a été accompagnée d'une formation sur la communication et sur les discussions de cas auxquels sont conviés les novices, ce qui s'avère très favorable à la transmission et à l'intégration professionnelle.

Ce nouveau mode de fonctionnement permettra de discuter de plus de cas et ainsi de mieux coordonner les interventions entre les professionnels (anticiper les besoins, etc.), de prévenir la détérioration de la situation à domicile et ainsi faciliter l'intervention de tous et en fin de compte, d'optimiser les services offerts. À ce sujet, rappelons que la liste d'attente a été réduite à la suite de cette mesure.

Quant à l'acquisition de savoirs sur le contexte organisationnel et interdisciplinaire du SAD, les membres du comité de gestion envisagent déjà que les chefs des trois services rencontrent ensemble, quelque temps après leur embauche, toutes les novices. Ceci leur permettra de leur présenter les objectifs et le fonctionnement de leur service, le rôle et les responsabilités des différents intervenants ainsi que les services offerts à la clientèle.

8.2 Particularités des situations de transmission au SAD

8.2.1 Les situations de transmission étudiées

Chacune des situations de transmission analysées démontre des particularités qui influencent l'activité de transmission réalisée par les pairs. Par exemple, les stages sont perçus comme étant moins exigeants, du point des superviseures, car ils sont prévus, leur durée est plus longue et la présence d'une stagiaire devient même aidante avec l'acquisition de son autonomie. À l'opposé, l'orientation de novices au sein du service est rapportée comme contraignante : l'orientation est souvent désignée à la dernière minute, les exigences en sont plus importantes, car la novice doit être en mesure de se « débrouiller » en peu de temps. De façon générale, l'activité de transmission, qu'elle soit réalisée lors de stages ou d'orientations, s'ajoute à l'activité de travail ce qui entraîne une fatigue accrue chez les superviseures. Ces dernières sont aussi très préoccupées de la qualité de leur encadrement, particulièrement lors de l'orientation du nouveau personnel, car elles y voient l'enjeu de la qualité des services. Tandis que certaines superviseures infirmières ont reçu une formation de perceptrice par l'établissement d'enseignement, soulignons qu'une démarche similaire vient d'être amorcée par le SAD auprès de l'école de formation des AFS, afin de mieux les outiller pour cette tâche. Toutefois, la question d'un plan d'orientation

adapté aux besoins ainsi qu'à la réalité du travail et du contexte d'orientation demeure pour les deux groupes.

Le type de formations qui s'adresse au personnel du SAD n'est pas banal car il existe un souci constant de baser les formations sur les besoins réels du personnel et de les « raccrocher » à son activité de travail. La présente étude montre l'apport indéniable de ces formations créées par les gestionnaires et les formatrices, dont la forme varie en fonction du contenu et des besoins : formations magistrales, ateliers ou capsules. Cette approche, en plus de contribuer à l'acquisition de savoirs, favorise aussi le partage d'expériences et de stratégies entre les participants, ce qui renforce le collectif de travail : des objectifs « additionnels » sont donc atteints.

Plus spécifiquement, la présence de dysfonctionnements au sein d'une équipe de soins, survenus lors de l'absence prolongée d'un membre du personnel, a révélé des enjeux de transmission de savoirs lors de l'assignation à une nouvelle fonction, que le personnel soit expérimenté ou non. Ainsi, sans être novice dans le métier, une employée peut l'être dans un champ de pratique. Cet exercice devient difficile pour l'employée lorsqu'il y a peu ou pas de procédures écrites, qu'il y a un roulement de personnel et lorsque cette dernière n'a pas reçu de formation sur des aspects particuliers de l'activité de travail. Afin de contrer ces effets et de maintenir la qualité des services, une formation a été mise sur pied à l'attention de cette équipe de soins. Il est intéressant de noter qu'elle a contribué à l'élaboration et au partage de règles de fonctionnement (ex. discussion de cas, réunions, priorisation) et de valeurs communes, en plus de renforcer le collectif de travail interdisciplinaire. Soulignons aussi que la consignation et la conception d'outils papier (ex. formulaire du PII, canevas pour les discussions de cas), ainsi que la formation des collègues, faciliteront la transmission de ces savoirs de métier aux novices, mais aussi aux remplaçantes.

Les résultats suggèrent manifestement qu'il faut des lieux d'échanges collectifs formels, mais aussi informels. Des activités de transmission informelles entre novice et expérimenté, ou entre pairs, ont été observées dans la salle du matériel infirmier ou dans la salle des AFS, par exemple. En plus de traiter des aspects « techniques » de l'activité de travail, la tenue de réunions ou de formations permet aussi au personnel d'aborder des préoccupations récurrentes. Ceci démontre que tous les lieux d'échanges sont « exploités » par le personnel, qu'il faut les préserver, mais aussi (et surtout) y convier les novices.

8.2.2 Les spécificités de l'activité de transmission au SAD

En premier lieu, l'analyse de l'activité de transmission a révélé que la transmission est **indissociable** de l'activité de travail. En effet, l'activité de travail constitue le contexte dans lequel se déroule l'action ou l'interaction entre les personnes, ce qui signifie que les savoirs transmis sont toujours en lien avec une action ou une activité précise. L'activité de transmission est aussi « **opportuniste** » en ce sens que dans une situation particulière, les superviseuses tendent à transmettre des savoirs qui sont généralisables à des situations similaires afin d'élargir le champ des connaissances des novices. Les résultats de la présente étude ont permis de constater que l'activité de transmission est **tributaire** du contexte de travail. Un climat de travail positif et la présence d'un collectif de travail fort, qui fait preuve de soutien et d'entraide auprès de ses membres favorisent la transmission. Il importe alors de favoriser ces conditions. Finalement, l'activité de transmission est **bidirectionnelle** : elle n'est pas uniquement dirigée de

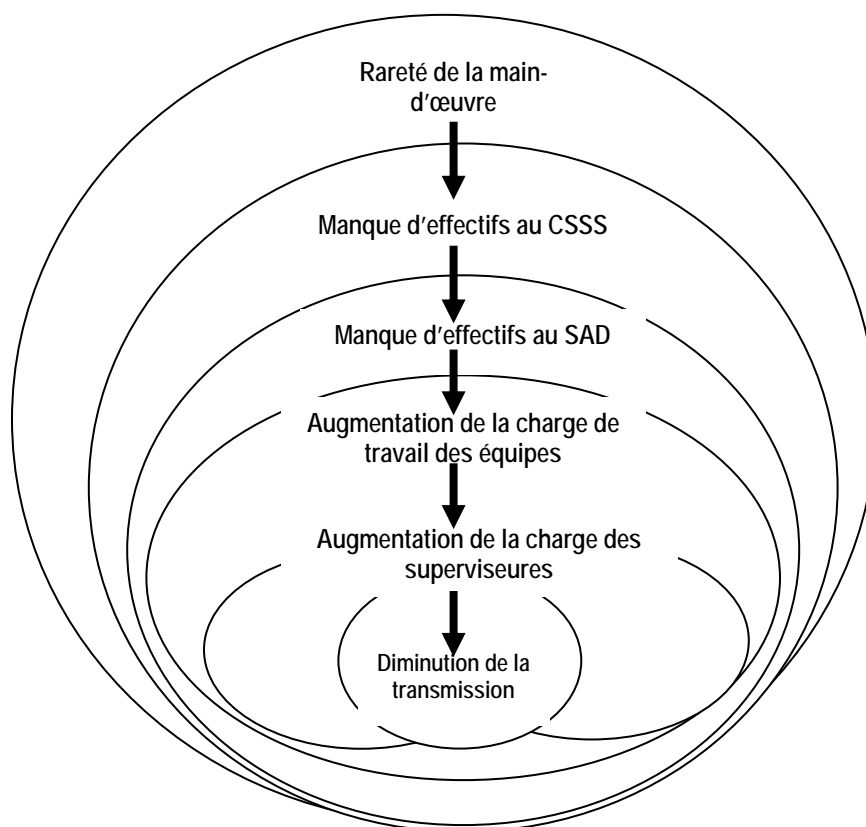
l'expérimentée vers la novice puisque cette dernière partage aussi ses savoirs. Par-dessus tout, les résultats ont montré que la transmission se situe bien au-delà de cette relation et qu'elle est le fait du collectif de travail (les pairs) mais aussi des chefs d'équipe.

En deuxième lieu, l'analyse de l'activité de transmission a mis en lumière que les savoirs transmis sont riches et variés. Certains portent directement sur l'activité de travail (techniques de soin) et d'autres, moins tangibles, portent sur les interactions avec les personnes (travail affectif auprès de la clientèle, travail en intra et interdisciplinarité) ou sur la culture de métier. Une partie des savoirs transmis portent aussi sur des aspects formels du travail (politiques et procédures, gestion du temps de travail, etc.). Les résultats révèlent aussi que les savoirs de prudence sont imbriqués dans les autres types de savoirs. Ces stratégies, développées avec la pratique, constituent un enjeu de transmission.

Ce projet a aussi montré que le processus d'acquisition de ces savoirs est plus long pour certains types d'activités. Par exemple, le personnel expérimenté exécute des activités en concomitance, ce que les novices parviennent difficilement à faire. Il importe alors de réfléchir à des moyens pour faciliter cet apprentissage lors de leur intégration professionnelle.

8.3 Conditions favorables et défavorables à la transmission et à l'intégration professionnelle

Ce projet a aussi permis d'identifier au sein de l'organisation des conditions favorables et d'autres, moins favorables, à la transmission des savoirs de métiers et de prudence. Tout d'abord, il importe de souligner que plusieurs moyens et stratégies, individuelles et collectives, ont été mis en place par les individus et le service de SAD afin de favoriser la transmission. Cela dépendait aussi de la marge de manœuvre dont disposait le service, notamment dans la gestion des effectifs. Plusieurs de ces moyens et stratégies se situent au niveau des individus impliqués dans la transmission, comme les superviseuses et les collectifs de travail. D'autres se situent au niveau du service lui-même, où l'on considère le rôle crucial joué par les chefs d'équipes dans l'encadrement du personnel. Si l'on reprend les différents niveaux organisationnels du modèle d'analyse on peut illustrer qu'un facteur organisationnel particulier n'évolue pas en vase clos et qu'au contraire, il entraînera une réaction en chaîne qui influencera les autres niveaux organisationnels. Par exemple, à un niveau macro-organisationnel (secteur d'activités et contexte socio-économique), la rareté de la main-d'œuvre, particulièrement infirmière, entraîne une diminution des effectifs disponibles au sein du CSSS, puis au sein du SAD, ce qui augmente la charge de toutes les équipes de secteur ainsi que celle des superviseuses infirmières. Ce manque d'effectifs, rapporté comme particulièrement problématique au SAD au moment de l'étude, tant pour les infirmières que les AFS, peut-être autant lié à la rareté de la main-d'œuvre qu'à un problème de financement. Il aura aussi des conséquences sur l'activité de transmission réalisée au quotidien.

Figure 3 : Illustration de l'influence d'un facteur sur les autres niveaux organisationnels

Dans ce cas-ci, cela soulève l'importance de s'attaquer à la rareté de la main-d'œuvre. Tandis que les solutions sont difficilement envisageables à court terme et apparaissent peu à la portée de l'organisation étudiée, il faut donc s'interroger sur les mesures qui peuvent, justement être prises au niveau « local » afin d'en limiter les conséquences sur l'activité de travail du personnel. À cet égard, quels sont les moyens réalistes pour réduire la charge de travail des superviseuses et des chefs d'équipe qui constituent la « première ligne » quant à l'encadrement des novices? De plus, la mise en place de mesures d'intégration adaptées à la situation de travail lors de l'embauche du personnel (ex. accueil, orientation, encadrement, mentorat) peut favoriser la rétention de la main-d'œuvre et ainsi contribuer à limiter les effets de la rareté de la main-d'œuvre.

1. L'activité de travail et de transmission des individus

L'activité de travail est déterminée par l'organisation du travail du service, mais aussi de l'organisation du CSSS. Concrètement, cela signifie que la présence de contraintes au niveau de l'activité de travail a des effets directs sur l'activité de transmission, car les superviseuses et les novices y sont exposées. Par exemple, la présence de contraintes temporelles réduit le temps qu'une superviseuse peut consacrer à une novice en orientation ou aux échanges avec ses pairs. Certaines contraintes influenceront aussi le type de savoirs qui sont transmis aux novices. À ce sujet, les résultats ont montré que les superviseuses et les novices focalisent beaucoup sur les aspects « techniques » de l'activité, souvent parce qu'ils sont exposés à différentes contraintes

liées à leur activité de travail : contraintes temporelles, réduction des lieux et des moments d'échanges (ex. annulations de réunions), absence d'invitation aux réunions pour certains novices. Dans certaines circonstances, cela peut même réduire l'exercice des soins par les novices : les superviseuses assumeront une partie ou l'ensemble de la visite à domicile, par manque de temps. Par ailleurs, des échanges sur les activités et les stratégies de travail utilisées auprès de la clientèle sont réalisés lors des remplacements ou transferts de client. Cette circulation d'informations sur le client s'effectue sur une base régulière chez les infirmières, qui se côtoient tous les après-midi, mais sur une base ponctuelle chez les AFS. Certains de ces échanges portent sur la transmission de savoirs de prudence propres au contexte de soin.

Dans ce contexte, les superviseuses et les collectifs de travail recourent à des stratégies de transmission variées pour faciliter l'apprentissage chez les novices, et ce, malgré les contraintes auxquelles elles sont exposées. Par exemple, les superviseuses documentent l'expérience antérieure des novices pour s'adapter à leurs besoins d'apprentissage. Elles font aussi des choix et priorisent la transmission de certains savoirs afin de répondre aux exigences premières de l'activité de travail au détriment de savoirs plus « larges » qui faciliteraient l'intégration au sein du métier et de l'organisation.

Rappelons, finalement, que l'activité de transmission constitue une tâche additionnelle pour les superviseuses, qu'elle est réalisée sur une base volontaire et que les superviseuses bénéficient d'un assez bon soutien organisationnel. Par exemple, les superviseuses infirmières sont maintenant libérées de leur charge de cas lors de la première journée d'orientation de novices afin de pouvoir consacrer plus de temps à la transmission de savoirs, notamment sur la culture de métier et sur l'organisation du travail.

2. Rôle des collectifs

Une prise en charge informelle de la transmission par le collectif a été observée au sein des groupes professionnels. Elle se traduit par une disponibilité à répondre aux questions des collègues, novices ou non. Cette transmission est le fruit d'un collectif de travail fort, qui partage des règles d'entraide et de soutien. Il est donc important de préserver les conditions organisationnelles favorables à ces collectifs en maintenant, entre autres, un climat de travail positif. À cet égard, il a notamment été montré que des dysfonctionnements dans l'implantation de changements (ex. équipe de remplacement) influencent négativement le climat de travail. Les résultats mettent en évidence l'importance des moments et lieux d'échanges, accessibles aux novices pour accéder aux différents savoirs échangés de façon formelle et informelle, mais aussi pour s'intégrer à un collectif de travail qui peut les soutenir dans leur apprentissage (développer des liens). Ils révèlent aussi que la surcharge de travail d'une superviseuse, ou les orientations massives de personnel se répercutent sur l'ensemble de l'équipe qui voit sa charge de travail augmentée.

3. SAD

Comme mentionnée, l'organisation du travail au SAD influence l'activité de travail et de transmission du personnel. Soulignons, en premier lieu, la présence de soutien organisationnel aux chefs et au personnel, qui se traduit d'une part, par le souci de développer des formations basées sur l'activité de travail et les besoins réels du personnel. D'autre part, ce soutien se reflète aussi dans la formulation de règles visant à favoriser la SST du personnel en maintenant une

politique de prestation de soin conditionnelle au respect du plan d'intervention. Par ailleurs, les résultats montrent le rôle crucial joué par les chefs d'équipe dans le soutien clinique du personnel et tout particulièrement dans l'encadrement des novices. Ce rôle de soutien clinique est toutefois menacé par la tendance à déléguer de plus en plus des tâches administratives aux chefs d'équipe, tâches qui, parfois, ne requièrent pas d'emblée leurs compétences. Cette charge additionnelle s'effectue au détriment de leur santé, car les chefs d'équipe continuent d'être disponibles pour leur personnel. Les règles et procédures du service en matière d'accueil et d'orientation du nouveau personnel influencent à la fois la transmission, mais aussi l'intégration professionnelle. À cet égard, le plan d'orientation du nouveau personnel doit aborder les situations auxquelles il sera exposé, par exemple, inclure un volet sur les soins palliatifs afin que ce dernier soit minimalement familiarisé avec l'approche et la tâche, ainsi que la question du travail en interdisciplinarité, afin que cette question soit mieux intégrée par les équipes de secteur. La forme et la fréquence des réunions d'équipe influencent aussi la transmission : des éléments de formation y sont souvent intégrés, des échanges informels sur les stratégies de métier et de prudence y sont effectués. Soulignons que les AFS occasionnelles y sont conviées depuis longtemps et que cette mesure s'applique maintenant aux infirmières occasionnelles.

4. CSSS

Les résultats mettent en lumière les effets de politiques et procédures, ou des décisions organisationnelles, prises au sein d'autres services du CSSS, sur l'activité de transmission et sur l'intégration professionnelle du personnel de SAD. Par exemple, des dysfonctionnements ont été observés lors de l'orientation de novices au sein du SAD, qui résultaient d'un manque de coordination entre le service de dotation et celui du SAD ou d'un manque d'information à des novices. Cela générerait des contraintes pour les équipes, surchargées, ainsi qu'un stress accru pour les novices. Dans ce contexte, l'entrée dans le métier et la perception de l'employeur peuvent être négatives, ce qui ne favorise pas la rétention de la main-d'œuvre. Par ailleurs, il semble difficile pour le service de faire reconnaître ses besoins de main-d'œuvre, notamment lors de l'orientation du nouveau personnel conséquemment, cela s'effectue « sur le dos » des superviseuses (et de l'équipe) dont la charge de travail est intensifiée. Il y a un coût à l'orientation du personnel qui devrait être rendu visible, ne serait que pour reconnaître son importance pour la rétention au sein du service. La politique d'appréciation de la contribution peut jouer un rôle favorable si des moyens sont réellement proposés pour soutenir le développement professionnel du personnel. La création d'une équipe de remplacement devrait, quant à elle, favoriser la stabilité des équipes de secteur ce qui peut faciliter l'encadrement de novices au sein de ces équipes.

5. MSSS

À ce niveau organisationnel, le MSSS un rôle normatif quant aux politiques et procédures à tenir compte dans l'organisation des services et du travail du personnel. Rappelons que ces politiques ont un effet direct sur l'activité de travail et de transmission puisqu'elles déterminent les objectifs à atteindre et les modalités de travail. Comme montré dans ce chapitre, le contexte socio-économique influence aussi, de manière indirecte, l'activité de travail du personnel du SAD.

Le SAD est appelé à collaborer avec des organismes, des cliniques médicales ou des résidences privées. Alors que certains partenariats influencent directement l'activité quotidienne de travail

du personnel, par exemple en déterminant des jours fixes de prélèvements pour des clients (clinique d'anticoagulothérapie) ou les heures de dépôt (laboratoires), d'autres partenariats peuvent avoir un effet moins concret, mais tout aussi important, sur l'activité de travail des intervenants. Par exemple, les gestionnaires envisagent qu'un nouveau partenariat avec les résidences privées entraînerait une certaine modification du rôle des intervenants. Dans ce contexte, une question se pose : sont-ils préparés à cela?

Force est de constater que plus l'on s'éloigne dans la structure organisationnelle, plus les obstacles à la transmission et à l'intégration professionnelle des novices peuvent être difficiles à surmonter, car le personnel et les gestionnaires de proximité ont moins de prise sur ces derniers. Au-delà de cela, on peut toutefois agir localement sur les conséquences de ces obstacles.

8.4 La transmission de savoirs de prudence au SAD

Les savoirs de prudence sont imbriqués dans les autres types de savoirs. En effet, le personnel élabore différentes stratégies de travail qui visent souvent l'atteinte de plus d'un objectif : qualité du service, mais aussi efficacité ou productivité, sécurité du client et sa propre sécurité; il est donc ardu de les dissocier des autres savoirs de métier. Par exemple, il peut s'agir de développer une stratégie visant à prévenir la fatigue du client en limitant le nombre de transferts à effectuer lors de la routine du soin d'hygiène. Cela contribue non seulement à la santé et à la sécurité du client, en prévenant le risque de chute, mais aussi à la sécurité de l'intervenant.

Plusieurs de ces savoirs ou stratégies de prudence sont développés avec l'expérience, par l'exposition à divers contextes de travail. Ils sont souvent partagés de façon informelle, lorsque deux intervenants discutent de la situation d'un client. Les savoirs de prudence propres au contexte de soin portent généralement sur les particularités du client et sur des stratégies relationnelles associées, ainsi que sur des stratégies liées à l'environnement physique, aux équipements ou à une technique de soin particulière. Dans certains cas, ils peuvent être généralisables à d'autres situations de travail. Il importe donc de préserver ou de favoriser ces moments d'échanges, particulièrement lorsqu'un client est transféré à un autre intervenant. Cela semble se faire plus naturellement chez les infirmières, qui ont plus d'occasions de se croiser au CLSC, tandis que les AFS d'un même secteur ne se verront pas nécessairement avant le transfert du client. Cela se solde en des pertes d'informations qui s'avéreraient utiles pour la continuité et la qualité des services, ainsi que pour la SST du personnel en prévenant l'insatisfaction chez la clientèle, mais aussi en favorisant la transmission de savoirs de prudence. Cette façon de faire va à l'encontre des objectifs de l'agrément de l'établissement ainsi qu'avec ceux de l'appréciation de la contribution qui, pourtant, prônent « l'approche client / service ». Cette coordination intradisciplinaire constitue d'ailleurs une situation d'action caractéristique du métier d'intervenant à domicile.

8.5 Identification de nouveaux rôles pour les travailleurs expérimentés ou vieillissants

Le présent projet vise aussi l'identification de nouveaux rôles pour les travailleurs vieillissants ou expérimentés. À la lumière des données recueillies, on peut conclure que certains d'entre eux jouent déjà un rôle informel auprès des novices, par l'entremise du collectif de travail. En effet, plusieurs situations ont montré l'aide et le soutien offert à ces derniers par le groupe. D'autres

rôles, plus formels, peuvent être envisagés afin de retenir et de valoriser cette main-d'œuvre vieillissante, détentrice d'une forte expertise. Ces rôles doivent toutefois être proposés sur une base volontaire. Par exemple, il peut s'agir de leur assigner les responsabilités ou activités suivantes :

- Supervision de novices (ou de stagiaires).
- Mentorat formel.
- Évaluation du niveau de satisfaction des novices sur le processus d'accueil et d'orientation.
- Développement de thèmes de formation pour l'animation de « capsules » afin d'alimenter le contenu clinique des réunions.
- Formation et animation de petits ateliers sur des thématiques liées à l'apprentissage du métier (partage d'expériences sur les difficultés vécues, les stratégies développées, etc.).
- Etc.

La meilleure façon d'engager cette main-d'œuvre à jouer de nouveaux rôles auprès de leurs pairs demeure la consultation. Qu'est-ce que ces travailleuses souhaiteraient et aimeraient faire pour transmettre leur expertise? Qu'est-ce qui semble important pour elles? Estiment-elles que les contenus de formation ou l'encadrement actuel sont suffisants pour l'apprentissage du métier? Il faut aller à la recherche des idées!

8.6 Portée et limites de la recherche

Afin de circonscrire les enjeux de transmission dans le secteur du Soutien à domicile, une approche systémique a été privilégiée et nous avons opté pour un recueil de données provenant de sources multiples d'information (entrevues, parcours, observations).

Ce projet a permis, dans un premier temps, de mettre en valeur les efforts réalisés et les moyens mis en place dans le milieu pour soutenir la transmission. Dans le contexte de mouvance organisationnelle dans lequel se trouve le SAD, il importe de demeurer vigilants afin que les efforts réalisés jusqu'à maintenant ne soient pas court-circuités par des décisions organisationnelles. À cet égard, la présente étude a conduit à l'identification de conditions organisationnelles favorables à la transmission et à l'intégration professionnelle, ainsi qu'à l'identification d'obstacles, pour lesquels des pistes de solutions ont aussi été discutées. Alors que des pistes portent sur différents aspects de l'organisation du travail, d'autres visent l'identification de nouveaux rôles pour les travailleuses vieillissantes ou expérimentées.

Ce projet a permis une avancée intéressante en montrant l'apport de la connaissance de l'activité de travail, notamment en mettant en lumière les situations d'actions caractéristiques du travail des AFS et des infirmières, pour l'élaboration de plans d'orientation ou de formations adaptées aux besoins spécifiques des novices. En effet, les SAC identifiées dans ce présent document constituent les fondements de l'activité de travail qui se doivent d'être maîtrisés par ces dernières afin de réussir leur intégration dans le métier.

Les limites de la présente étude de cas consistent au nombre limité d'observations de novices et de stagiaires pour les deux métiers ciblés, l'équipe de recherche ayant été tributaire des activités de formation ou d'orientation qui se sont déroulées pendant la période de collecte de données. Toutefois, nous estimons que cela ne remet pas en question la pertinence des résultats.

Bien entendu, cette étude, qui se veut une étude approfondie d'un contexte de travail et de transmission au sein d'un service de SAD, n'a été réalisée qu'au sein d'un seul établissement, ce qui limite la généralisation des résultats à des établissements dont l'organisation du travail serait différente.

9. PISTES DE TRANSFORMATION POUR FAVORISER LA TRANSMISSION DES SAVOIRS AU SEIN DU SAD

Cette étude a permis d'identifier des conditions favorables et défavorables à la transmission des savoirs de métier et de prudence du personnel AFS et infirmier. Ces conditions, présentes à différents niveaux organisationnels offrent, estimons-nous, un certain potentiel de changement.

Il importe de souligner, à nouveau, les efforts et les moyens déployés par les gestionnaires et le personnel du SAD dans la formation de la main-d'œuvre et dans l'intégration des nouveaux employés. Il existe une grande sensibilisation, aux différents niveaux de l'organisation du service, pour ces questions. Les gestionnaires de proximité sont proactifs et nous avons observé, à plusieurs reprises au cours de cette étude, la mise en œuvre de pratiques novatrices touchant la transmission.

À la lumière de ces résultats, nous présentons ici des *pistes* de transformation qui favoriseraient la transmission des savoirs au sein des équipes étudiées cela, pour chacun des niveaux organisationnels identifiés dans le modèle d'analyse. Ces *pistes* sont issues de nos observations, mais aussi des réflexions ou des suggestions provenant des personnes rencontrées. Elles visent à alimenter la discussion du comité de gestion du SAD et celle d'autres instances quant à l'identification concrète de moyens, réalistes pour l'organisation, qui soutiendront l'intégration professionnelle et la transmission au sein du personnel. Par ailleurs, la présente étude, qui s'est déroulée sur une période de plusieurs mois, a aussi soulevé des questions, qui sont reprises à la fin du présent chapitre, afin d'alimenter la réflexion des gestionnaires.

9.1 Mode d'organisation du secteur (MSSS) – niveau macro-organisationnel

- Relations avec les partenaires

Il a été montré que les collaborations avec différents partenaires du réseau de la santé ont un effet direct sur l'activité de travail, ce qui peut, par ricochet, influencer l'activité de transmission. Pensons notamment aux difficultés de gestion des routes des infirmières, qui sont liées aux exigences relatives aux prélèvements sanguins. Afin d'offrir dans ce cas-ci un peu de flexibilité aux infirmières du SAD, il serait intéressant de :

- Renseigner les partenaires sur les effets de leurs exigences sur le personnel du SAD.
- Explorer avec eux des pistes de solutions – parvenir à des ententes qui constituent des compromis acceptables pour les deux parties.
- Cela est valable pour d'autres types de partenariat qui influenceraient l'activité de travail des AFS.

Coordination entre les écoles de formation et le SAD au sujet de la disponibilité du personnel pour l'accueil des stagiaires : limiter les stages lors des périodes de vacances, par exemple.

- Règles de financement et de dotation.
 - La conversion de postes occasionnels « institutionnalisés²⁸ » par la création de postes permanents (titularisation) permettrait de :
 - Réduire la précarité des emplois en SAD et le roulement de personnel.
 - Augmenter la stabilité de la main-d'œuvre.
 - Stabiliser les équipes de soins, ce qui améliorerait la qualité des soins, mais aussi favoriserait l'encadrement des novices au sein des équipes et la qualité de la transmission.

9.2 Mode d'organisation du CSSS

- Coordination entre la DRH et le SAD pour l'embauche du nouveau personnel.
 - Repenser l'embauche et les « orientations massives ».
 - Limiter les orientations pendant les périodes de pointe (vacances, congés, vaccination, etc.): les prévoir pour que le nouveau personnel soit disponible et fonctionnel pour combler ces besoins.
- Implantation des changements et diffusion de l'information.

Certains processus d'implantation des changements observés, notamment des décisions qui semblent arbitraires (ex. banque de congé²⁹), des annonces prématurées ou contradictoires ont créé beaucoup d'insatisfaction en plus de démobiliser les employées.

- Réviser le processus d'implantation des changements (ex. outils de gestion, équipe de remplacement, logiciel de gestion des horaires, paiement de la banque de congés) :
 - Limiter les conséquences sur l'activité de travail des utilisateurs (ex. implantation d'un logiciel alors que le personnel de soutien est surchargé).
 - Réviser le processus d'information qui s'adresse au personnel.
- Montrer les effets des décisions de gestion sur l'activité et le climat de travail au SAD aux autres niveaux organisationnels (ex. : Direction des finances, Service de gestion de la paie, Direction des ressources humaines).
- Rédiger et diffuser les comptes-rendus de réunions d'équipe à la direction du SAD.

²⁸ On désigne par cette appellation des postes qui sont maintenus occasionnels alors qu'aucune fluctuation de la prestation de service ne requiert autant de flexibilité de la main d'œuvre. Règle générale, la prestation est assez constante ou prévisible et rarement à la baisse dans ce secteur d'activités contrairement aux secteurs industriels et commerciaux, tributaires des marchés.

²⁹ Rappelons qu'il s'agit de temps cumulé par les employés qui est utilisé pour prendre des jours de congé au besoin (et après entente avec la supérieure immédiate). Cela constituait une stratégie de préservation et de régulation de la charge de travail.

9.3 L'organisation du travail au SAD

- Rôle primordial des chefs d'équipe dans l'intégration professionnelle.

Les chefs d'équipe effectuent quotidiennement de la transmission. Cela permet au personnel de réguler sa charge affective et cognitive, ainsi que ses efforts physiques en discutant avec la chef et en recherchant des solutions pour des situations de soins difficiles.

- Réviser le rôle des chefs d'équipe en matière de soutien clinique notamment, en prenant en compte leur assignation de plus en plus importante à des tâches administratives (ex. : gestion des horaires de l'équipe de remplacement et des absences, coordination avec l'équipe de liaison du CH) :
 - Offrir un soutien et des ressources aux chefs d'équipe afin de faciliter l'encadrement de leur personnel. Pour ce faire, envisager de :
 - Déléguer une partie des tâches administratives à du personnel de soutien.
 - Identifier de nouveaux rôles pour les travailleuses expérimentées ou vieillissantes à qui l'on pourrait déléguer une partie du soutien clinique.
- Reconnaître le rôle actif des chefs d'équipe dans l'attraction du personnel :
 - Maintenir les visites des chefs d'équipe aux étudiants des programmes de formation :
 - Ce contact privilégié peut contribuer à l'attraction ainsi qu'à l'intégration de futures employées en leur traçant un portrait réaliste du travail.
 - Il s'agit toutefois d'une activité qui s'ajoute à la charge des chefs d'équipe.
 - Préserver la collaboration avec les écoles afin, notamment, de poursuivre les entrevues de sélection des stagiaires (AFS) qui constituent des candidates potentielles à l'embauche.
- Révision du plan d'orientation pour les infirmières et pour les AFS.
 - Élaborer les critères d'évaluation de l'orientation :
 - Informer les novices de ces critères dès le début de l'orientation.
 - Réviser la documentation qui est remise aux novices afin qu'elle soit à jour.
 - Remettre cette documentation (incluant le plan) dès le premier jour d'orientation afin que les novices puissent la parcourir et poser des questions au fur et à mesure.
 - Optimiser la période d'orientation du nouveau personnel (varie de 5 jours pour les AFS à 5-7 jours pour les infirmières) :
 - Offrir de la flexibilité et rallonger l'orientation au besoin.
 - Dégager la superviseure de son secteur pour consacrer plus de temps aux novices ceci afin d'éviter que la superviseure soit monopolisée par les

activités liées à la gestion des cas (particulièrement en après-midi), selon une gradation (*piste proposée par les superviseuses*) :

- dégager la 1^{re} journée pour l'accueil touchant le fonctionnement du SAD et des programmes, et les exigences administratives (formulaires, etc.).
 - 2^e journée : route allégée ou route « de surplus » qui nécessite peu de suivis à faire pour avoir plus de temps pour les VAD.
 - Autres jours : charge de cas allégée pour avoir plus de temps pour les VAD et les suivis qui ne réfèrent qu'aux clients visités (plutôt qu'être débordée en après-midi par les interruptions et suivis pour l'ensemble de la charge de cas) – surtout pour les infirmières.
 - Dernière journée : charge réelle
- Adapter l'approche d'orientation en fonction du personnel des différents services :
 - Les infirmières souhaitent que l'orientation soit réalisée par la même superviseure afin d'assurer une stabilité et le suivi de la progression de la novice.
 - Les superviseures AFS souhaitent partager cette tâche avec une collègue : préserver ce mode de fonctionnement puisqu'il est apprécié.
 - Évaluer la satisfaction des novices quant au processus d'orientation.
 - S'assurer qu'une novice a été orientée de soir ou de fin de semaine³⁰ avant de l'assigner à ces quarts de travail, car les activités réalisées et le contexte de travail sont différents du travail « de jour et de semaine ». S'assurer qu'elle a aussi été orientée en soins palliatifs avant son assignation.
 - Faciliter le processus d'apprentissage en orientant les novices infirmières seulement pour les services de SAD courants plutôt que pour les services spécialisés comme la clinique ambulatoire, à laquelle les novices ne sont jamais assignées d'emblée.
 - Ceci sous-entend de procéder à l'orientation pour un secteur / un programme au moment du besoin afin de mieux assimiler et appliquer l'information.
 - Cela dépend toutefois des effectifs disponibles.
 - Cela implique aussi l'anticipation des besoins.
 - Faciliter l'intégration professionnelle des novices au sein du métier.
 - Orienter l'intégration professionnelle en prenant en considération les cinq situations d'action caractéristiques (SAC) qui constituent les fondements du métier.
 - Ex. : information des novices sur le travail en interdisciplinarité, formation de tout le personnel sur la communication et l'interdisciplinarité (voir ci-bas).

³⁰ Plusieurs novices AFS sont embauchées après avoir réalisé un stage au SAD conséquemment elles ont, pour la plupart, déjà une connaissance du travail de soir et de celui auprès des soins palliatifs.

- Explorer différentes modalités de mentorat pour les novices, adaptées à la réalité du service des soins infirmiers et à celui de l'aide à domicile.
- Évaluer la possibilité d'alléger la charge quotidienne de travail des novices AFS et infirmières lors des premières semaines de travail.
- Effectuer les évaluations à la moitié et à la fin de la probation : donner du « feedback » et offrir des moyens lorsqu'il y a des lacunes à combler.
- Évaluer la satisfaction du nouveau personnel sur les mesures d'accueil et d'orientation afin d'améliorer ces processus.
- Optimisation du soutien clinique.
 - Identifier des membres du personnel vers lesquelles le personnel peut se tourner au quotidien : formatrices, mentors, personnes-ressources.
 - Créer un poste d'infirmière-formatrice (bachelière), qui s'occuperait de la gestion des stages et des orientations ainsi que des contenus de formation, ce qui libérerait l'assistante-infirmière de ces tâches.
 - Pas seulement une seule formatrice : assurer une continuité en cas d'absence.
 - Assigner des tâches supplémentaires aux infirmières bachelières.
- Engagement du personnel vieillissant, et autres personnels expérimentés, dans la transmission.

Étant donné l'augmentation des tâches administratives aux chefs d'équipe, envisager de déléguer certaines activités cliniques au personnel expérimenté ou vieillissant afin d'identifier de nouveaux rôles pour ces travailleuses, de leur offrir de nouveaux défis et de varier leur tâche. Ceci répondrait à un besoin des AFS et des infirmières qui souhaitent plus de contenu clinique lors des réunions. Voici des exemples (non exhaustifs) de responsabilités ou d'activités qui pourraient être déléguées à ce personnel :

- Accueil du personnel, tournée des locaux (ex. salle de matériel, prêt d'équipements, soins palliatifs).
- Supervision de novices ou de stagiaires.
- Mentorat formel :
 - Déterminer la durée.
 - Planifier les rencontres au cours de cette période.
 - Informer les participants (mentors volontaires) et les novices des objectifs poursuivis et des modalités.
- Évaluation du niveau de satisfaction des novices sur le processus d'accueil et d'orientation.
- Par une personne qui n'est pas leur superviseure.
- Évaluation / accompagnement à la moitié ou à la fin de la probation.

- Pourrait être fait par une personne qui n'est pas la superviseure pour offrir un autre point de vue sur la performance de la novice, mais aussi pour lui donner accès à d'autres savoirs.
- Développement de thèmes de formation pour l'animation de « capsules » lors de réunions afin d'alimenter le contenu clinique.
- Animation de courts ateliers de "partages de trucs" ou de « résolutions de problèmes ».
- Partage d'expériences liées à l'apprentissage du métier, etc.

Les personnes volontaires devraient être outillées (formation formelle ou informelle) pour la réalisation de ces activités.

- Maintenir la qualité et la pertinence des formations offertes au SAD :
 - Préserver la marge de manœuvre des gestionnaires du SAD afin d'offrir des séances de formation *ad hoc* c'est-à-dire selon les besoins du personnel en fonction de tâches spécifiques à réaliser.
 - Préserver les formules de formation en petits groupes puisqu'elles sont appréciées et qu'elles sont rapportées comme facilitant les échanges (surtout pour les AFS).

Plusieurs membres du personnel, particulièrement les infirmières, bénéficient du programme de perfectionnement individuel du CSSS. Certaines complètent leur certificat en santé communautaire alors que d'autres s'inscrivent à des cours spécifiques, comme celui sur les soins de plaies.

- Instaurer une tradition de partage des savoirs en sollicitant les personnes qui participent à des formations externes à alimenter le contenu clinique des réunions (se fait sur une base occasionnelle).

9.4 Le collectif de travail

- Préserver le collectif de travail afin, notamment, de favoriser la transmission intergénérationnelle.
 - Maintenir les conditions favorisant les échanges informels entre les collectifs.
 - Les échanges portent beaucoup sur les spécificités du contexte de soin et sur la coordination des soins (intra et interdisciplinaires) qui constituent des SAC importantes au sein du métier.
 - Préserver le temps de bureau pour que le personnel, particulièrement les AFS, puisse aussi échanger entre elles.
 - Favoriser les temps d'échanges entre le personnel et les chefs d'équipe en révisant la charge administrative de ces dernières.
 - Préserver la tenue des réunions d'équipe sur une base régulière ; y convier le personnel occasionnel lorsque présent au CLSC (infirmières), comme cela se fait déjà pour les AFS.

- Réorganiser le contenu des réunions d'équipe, comme cela a été réalisé au sein des soins palliatifs :
 - Aborder les éléments administratifs à la fin des réunions.
 - Enrichir le contenu clinique par des discussions entre les membres de l'équipe sur :
 - Des problématiques récurrentes (ex. clivage, demandes excessives vs limites).
 - Informations sur les pathologies (demandée beaucoup par les AFS) et sur les mises à jour des nouvelles techniques (infirmières).
 - Stratégies de prudence sur : la santé physique (en fonction de types de soins) et mentale.
- Travail dans un contexte interdisciplinaire : il s'agit d'une SAC importante.
 - Informer les novices sur leur rôle et responsabilité au sein du SAD, mais aussi sur le rôle et les responsabilités des membres des autres disciplines.
 - Une formation est en cours au sein du SAD, auprès de tous les intervenants, incluant les novices. Elle porte sur la communication, le travail en interdisciplinarité et les discussions de cas.
 - Au début de l'embauche, convier les novices à une réunion de secteur pour leur démontrer en quoi cela consiste.
 - Inviter les novices à participer aux réunions de secteur, lorsqu'elles sont concernées et que c'est possible.
 - Valoriser et reconnaître les « bons coups » des équipes interdisciplinaires.

9.5 Activité de travail et de transmission

- Attraction pour le rôle de superviseure.
 - Augmenter le soutien afin de rendre plus attrayante cette tâche pour l'ensemble du personnel:
 - Offrir une petite formation aux superviseures :
 - Expliquer les objectifs et le plan d'orientation.
 - Transmettre les stratégies des superviseures expérimentées.
 - Augmenter le bassin des superviseures en acceptant que le personnel occasionnel, expérimenté, oriente le nouveau personnel.
 - Il faut éviter que ce soit toujours les mêmes et user ces personnes.
 - Cela pourrait être des TPO qui ont un « long » remplacement pour faciliter la tâche d'orientation, mais aussi pour faciliter l'apprentissage pour la novice plutôt que d'être orientée dans plusieurs secteurs différents.

- Maintenir le soutien, par la chef d'équipe AFS, des superviseuses de stage :
 - La chef fait une rencontre d'une heure avec elles pour ensuite rédiger elle-même le rapport d'évaluation. Ceci favorise une implication des superviseuses en leur éliminant une tâche cléricale et contribue à les retenir et à les motiver pour cette tâche.
 - Cela ajoute une tâche à la chef d'équipe : reconnaître que ces efforts visent concrètement l'attraction des stagiaires.
 - Alléger la tâche de la chef d'équipe par rapport aux autres tâches.
- Optimisation des activités de formation d'appoint et les discussions de cas.
 - Comment amorcer un processus de discussion de cas efficace et formateur au sein des équipes ?
 - S'inspirer des moyens identifiés dans le cadre de formations antérieures (ex. travail interdisciplinaire en soins palliatifs) pour mettre sur pied les éléments de base.
 - Ex. éléments pertinents pour une discussion de cas ; principes de base pour l'animation.
 - Planification des besoins en fonction des ressources disponibles :
 - Être à l'affût de l'implantation de nouveau matériel de soin à domicile auprès d'un client : s'assurer que le personnel qui le dessert a été formé sur une technique particulière, lorsque requise.
 - Pour faciliter le dépistage de ces besoins, créer, par exemple, en parallèle de l'horaire une liste des mises à jour / formation du personnel.
 - Préserver la possibilité de bénéficier d'une formation d'appoint (mise à jour sur des techniques spécifiques) qui répond aux besoins spécifiques des individus.
- Pérennité des savoirs transmis lors des formations.
 - Face à une formation portant sur une nouvelle approche ou philosophie de soin, comment l'organisation du travail peut-elle en soutenir l'application dans l'activité réelle de travail ?
 - Réfléchir sur ce type de formation qui vise à ne pas cibler (ou responsabiliser) l'individu. Lui offrir des moyens de mettre en pratique l'enseignement reçu afin d'éviter les conflits de valeurs (ex. favoriser l'autonomie par la participation du client vs contraintes temporelles).

9.6 Prospectives

Pour les gestionnaires, la mission du SAD est en constante évolution puisque les besoins de la clientèle évoluent conséquemment, l'offre de services est appelée à changer. Ils évoquent l'émergence de la clientèle en résidences privées, mais aussi celle de personnes souffrant de déficits cognitifs, pour lesquels il faudra, selon eux, adapter l'approche et modifier la nature des interventions. En abordant ces questions auprès des personnels du SAD, ils semblent vouloir les préparer à des changements au niveau de leur rôle. Ces

situations de services en émergence soulèvent la question de la formation du personnel du SAD face à de nouveaux rôles qu'il peut être appelé à jouer et des nouvelles activités qu'il aura à accomplir, par exemple l'encadrement ou de l'enseignement au personnel des résidences privées.

Dans un autre registre, les gestionnaires ont aussi évoqué le rôle d'observateur que pourrait éventuellement jouer leur personnel, quant au respect de certains critères de la certification par les résidences privées. Les AFS et infirmières ont semblé moins à l'aise avec cette notion de « vigilance » ou « d'inspection », qu'elles estiment ne pas être leur rôle. Il est compréhensible que le personnel du SAD, qui est en contact quotidien avec ces partenaires, ne désire pas se retrouver au centre d'un conflit éventuel, qui pourrait avoir des répercussions sur l'exécution quotidienne de son travail puisqu'il devra continuer de desservir des clients dans ces établissements.

Aspect à préserver pour la SST du personnel

Il est établi que la prestation de service de soins à domicile est conditionnelle à certaines exigences du SAD, que le personnel n'a pas à assumer les conséquences du choix d'un client et qu'il n'a pas à exécuter un soin "à risque". L'application de cette politique de soin ainsi que le soutien organisationnel réitéré au personnel s'avèrent très protecteurs pour sa SST. Il s'agit aussi d'un facteur positif pour la transmission, car ce message est intégré par le personnel, qui le transmet ensuite aux novices.