

Pratiques infirmières, maintien à domicile et virage ambulatoire au Québec

Hélène David, Esther Cloutier, Johane Prévost and Catherine Teiger

Volume 12, Number 1, 1999

Femmes, État, société

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/058020ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/058020ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Recherches féministes

ISSN

0838-4479 (print)

1705-9240 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

David, H., Cloutier, E., Prévost, J. & Teiger, C. (1999). Pratiques infirmières, maintien à domicile et virage ambulatoire au Québec. *Recherches féministes*, 12(1), 43–62. <https://doi.org/10.7202/058020ar>

Article abstract

The ambulatory shift in Quebec's health network has required an extensive reorganization of professional practice. An exploratory study carried out in the home support section of a local community service centre (CLSC) revealed some aspects of this question and showed how the nurses have experienced and reacted to the new conditions. In addition to their function as caregivers, the nurses are also case officers. This means that they play a coordinating role that includes interaction, evaluation, planning, implementation, supervisory and control duties. In a context dominated by the cost reduction logic, the extent of the nurses' duties appears to have been significantly underestimated. Their new role as case officers is paradoxical as a source of self-value because the increased responsibilities, although interesting, have nevertheless created a number of difficulties for the nurses.

Pratiques infirmières, maintien à domicile et virage ambulatoire au Québec

HÉLÈNE DAVID, ESTHER CLOUTIER, JOHANE PRÉVOST et CATHERINE TEIGER

On assiste actuellement au Québec, comme dans les autres sociétés industrielles avancées (Szasz 1990 ; Aronson et Neysmith 1996), à une réorganisation importante des soins de santé. Celle-ci a lieu dans un contexte de compressions majeures des dépenses de l'État. Appelée « virage ambulatoire », cette réorganisation vise notamment à substituer à la logique d'un réseau d'établissements celle d'un réseau intégré de soins et services de santé. Elle prend notamment la forme d'un transfert d'une importante partie des soins de santé des hôpitaux vers les domiciles. Les modalités de ces changements et leurs effets sur les pratiques professionnelles sont encore peu documentés.

Le présent article a pour objet de décrire certains aspects de l'organisation du travail d'un service de maintien à domicile (MAD), dans le contexte de ce virage ambulatoire, et d'expliquer comment les infirmières¹ vivent ces conditions nouvelles dans toute leur complexité et y réagissent. Certains résultats d'une étude de cas exploratoire, portant sur le service de MAD d'un centre local de services communautaires (CLSC) urbain, seront présentés après une revue des travaux pertinents. À noter que les contraintes de temps feront l'objet d'une attention particulière.

Comme notre étude était exploratoire, elle ne consistait pas à vérifier des hypothèses déterminées. Elle postulait toutefois que l'organisation du travail jouait un rôle important, permettant ou non aux infirmières de recourir à des stratégies pour faire face à ces contraintes.

L'état des travaux

De nombreux écrits ont mis en relief combien le désengagement de l'État touche particulièrement les femmes (Holter 1984 ; Showstack Sassoon 1997 ; Ungerson 1990). Il tenterait de leur imposer à nouveau certains soins et services qu'elles ont longtemps assurés au sein de l'institution familiale, avant l'essor de l'État-providence. Ces analyses soulignent également l'occultation et la dévalorisation de certaines fonctions attribuées à des emplois majoritairement occupés par des femmes, parce

1. Il n'y avait aucun homme parmi le personnel infirmier à l'étude.

que ces fonctions ont été ou sont encore accomplies au sein de l'institution familiale. Ainsi, pour Balbo (1997), il est nécessaire de mettre au jour et de conceptualiser certaines tâches que les femmes ont toujours accomplies, avec ou sans rémunération, afin de combler les interstices entre les différents soins et services, même là où l'État-providence a été le plus présent. Estimant que la fragmentation est une importante caractéristique de la société moderne, Balbo considère qu'il est impossible pour l'État d'avoir des politiques rationnelles, intégrées et cohérentes. Ce n'est que grâce au travail des femmes, qui établissent et raccommodent sans cesse les liens entre des soins et services fragmentaires, que les personnes dépendantes peuvent, à son avis, avoir accès aux soins et services et obtenir un suivi².

La question des soins

Bien que ces travaux ne traitent pas d'occupations précises majoritairement détenues par des femmes dans le domaine de la santé, comme celle d'infirmière, plusieurs de ces écrits prennent comme point de départ la question des soins (*care*) qui constituent une composante importante de ces occupations. On y considère les soins comme un des enjeux centraux des rapports des femmes à l'État. Parce qu'ils étaient fournis au sein de l'institution familiale, les soins dont les femmes ont eu la charge ont pu être confondus avec leurs sentiments d'attachement à leurs proches (Showstack Sassoon 1987 ; Waerness 1984 ; Abel et Nelson 1990 ; Qureshi 1990 ; Leira 1994). La conceptualisation de ces tâches, en tant que travail, dans le contexte d'une pensée qui a privilégié l'essor de la rationalité scientifique dans le travail en a été rendue d'autant plus difficile (Graham 1983 ; Daniels 1987 ; Waerness 1987 ; Thomas 1993 ; Davies 1995a ; Aronson et Neysmith 1996). Selon ces auteures, le débat sur les rapports entre les femmes et l'État doit pouvoir s'appuyer sur une notion qui définit les soins en termes de tâches et d'activités de travail concrètes. C'est là un outil indispensable pour débattre de leur valeur marchande sur le marché du travail, c'est-à-dire lorsque ces tâches sont exécutées en dehors de l'institution familiale.

Lorsqu'on analyse des soins professionnels fournis par du personnel rémunéré dans des domiciles privés, lieux d'intimité, il est donc indispensable de tenir compte du recouvrement fréquent entre les soins officiels et privés et de distinguer entre les soins professionnels à composante affective et les relations affectives personnelles et choisies. Ce mélange rend extrêmement difficile la distinction entre les tâches physiques et le travail affectif de ces catégories de personnel et brouille souvent la relation de service de soins, la rendant ambiguë pour toutes les personnes qui y participent (Thomas 1993 ; Aronson et Neysmith 1996). Les tâches de soins à domicile sont cependant peu connues et doivent être inventoriées avant d'être analysées (Cloutier et Dubucs 1994 ; Neysmith 1996). Cependant, on dispose actuellement de peu d'outils conceptuels pour en examiner les particularités. Falzon et Lapeyrière (1998), qui ont

2. Au Québec, une étude récente a établi que les patients et les patientes à domicile recevaient des soins gouvernementaux qui ne correspondaient qu'au quart, environ, de leurs besoins, l'entourage en assurant près des trois quarts (Hébert *et al.* 1997). On sait, par ailleurs qu'environ 80 % de cette aide de l'entourage est assumée par des femmes (Garant et Bolduc 1990).

récemment proposé une définition d'une situation de travail comportant des relations de service, estiment que les études à ce sujet doivent tenir compte des particularités des contraintes subies par le personnel. Ils mentionnent en particulier les interactions avec les usagers et les usagères, les aspects affectifs de ces interactions, la formation des usagers et des usagères en ce qui concerne leur coopération ainsi que le contexte organisationnel.

Les contraintes de temps

Quelques travaux sur les contraintes du temps de travail aident aussi à focaliser sur certains aspects d'une relation professionnelle de soins qui a lieu au domicile privé de l'usager ou de l'usagère. Zarubavel (1979) a noté qu'à l'hôpital, où une grande horloge trône dans les départements, les horaires jouent un rôle très important. L'horaire qui détermine le moment d'événements communs à tous les patients et patientes (lever, coucher, repas, examens, prise des signes vitaux, médication, etc.) ainsi que les horaires des différentes catégories de personnel constituent des mécanismes rassurants qui permettent d'anticiper le déroulement de la journée. Simultanément, ces horaires dépersonnalisent la relation de service. Dans les domiciles où elles travaillent, les infirmières venant du CLSC ne disposent pas de ces mécanismes institutionnels qui permettent une gestion temporelle impersonnelle d'une somme de cas particuliers. Elles doivent alors composer avec les exigences, souvent contradictoires, de la durée vécue du temps des patientes et des patients, marquée par les circonstances et le moment (Adam 1990) et celles du temps abstrait, imposées par les règles bureaucratiques. Par ailleurs, plusieurs études ergonomiques en usine ont constaté que, dans les emplois ouvriers, l'obligation de gérer étroitement le temps constitue un élément capital de l'activité mentale. Lorsque certains événements, qui perturbent le déroulement habituel du procès de travail, restreignent la possibilité de le faire, cela devient une source importante de surcharge mentale et de tension nerveuse (Teiger 1987). Il y a lieu de penser que ces résultats sont pertinents pour d'autres milieux de travail.

Bourbonnais *et al.* révèlent que, lors de leur enquête auprès d'environ 2 000 infirmières des établissements de santé de la région de Québec, une forte majorité d'entre elles (autour de 80 %) ont affirmé posséder collectivement et individuellement l'expertise nécessaire pour accomplir leur travail, avoir acquis de nouvelles compétences, utiliser leurs habiletés et être autonomes. Plus des trois quarts ont aussi déclaré une augmentation de leur charge de travail et ont dit ne pas avoir suffisamment de temps pour faire leur travail. On comprend alors que la proportion de celles qui éprouvent un niveau de détresse psychologique élevé soit aussi forte (41 %). Cette proportion a augmenté au cours des dernières années au point qu'elle s'avère maintenant plus élevée que celle de l'ensemble des femmes au travail au Québec. Duquette *et al.* (1997) ont démontré la forte association entre une telle détresse et les facteurs de stress liés à l'occupation parmi les infirmières en gériatrie.

L'identité professionnelle des infirmières

Bien que les travaux sur la profession d'infirmière soient nombreux, ils ne traitent pas encore directement des conséquences des réorganisations nouvelles des soins de santé sur leurs pratiques professionnelles. Certaines analyses récentes sur leur identité professionnelle insistent toutefois sur les tiraillements actuels des infirmières entre l'ancien modèle de « vocation » et un nouveau professionnalisme ; cette ambivalence n'est pas sans rapport avec les transformations des soins de santé. Ce professionnalisme serait à la recherche d'un monopole de pratique qui combine la maîtrise de connaissances tant techniques que relationnelles (Freidson 1984 ; Waerness 1987 ; Kergoat 1992 ; Davies 1995b).

Kergoat (1992) considère que la définition traditionnelle de l'infirmière, en fait de qualités personnelles, cède maintenant la place à une définition en matière de qualification sociale. Celle-ci passe par la consolidation du rapport salarial. Cependant, la lutte pour la reconnaissance de la qualification des infirmières, en ce qui a trait aux compétences à la fois techniques *et* relationnelles, se bute à des difficultés. Au sein des professions, le détachement à l'égard de la clientèle est considéré comme une qualité professionnelle souhaitable (Davies 1995b) et la distance par rapport à la réalité des clientèles est une source de statut élevé (Abbott 1988). La recherche d'une reconnaissance professionnelle accrue, qui passe par des assises scientifiques et techniques plus poussées, a laissé croire que les infirmières abandonneraient la composante affective de leur travail. Davies (1995a, 1995b) et Kergoat (1992) notent que *pour une bonne partie d'entre elles, cependant, cette composante doit continuer à faire intégralement partie de leurs tâches professionnelles. C'est ce qui expliquerait les fortes tensions entre différentes factions d'infirmières (Feroni 1992) ainsi que leur ambivalence individuelle (Stelling 1994 ; Yyelland 1994).*

Enfin, pour comprendre les modalités particulières de certaines transformations qui touchent la profession traditionnelle d'infirmière (Feroni 1992 ; Acker 1991), il importe de prendre également en considération la division sexuelle du travail. Celle-ci contribue à hiérarchiser les professions curatives et de soins (*cure and care*) dans l'univers des établissements de santé. La hiérarchie des professions apparaît comme la consécration objective de niveaux de formation professionnelle et scientifique. Les professions plus élevées hiérarchiquement repoussent cependant celles qui le sont moins vers les types de soins et services qui sont moins valorisés (soins de maintien et non de guérison ou de progression). On trouve là une plus forte concentration de femmes (Waerness 1984).

Les résultats bruts de notre étude exploratoire nous ont étonné autant que les gestionnaires et, surtout, les infirmières qui en étaient l'objet. Ils ont pris tout leur sens lorsqu'ils ont été analysés à la lumière des écrits scientifiques féministes qui viennent d'être présentés. C'est cette analyse que nous exposons dans la suite du texte.

Une étude de cas exploratoire sur les infirmières d'un service de MAD

Les objectifs de l'étude

C'est le taux élevé d'incidence des lésions professionnelles³ dans les emplois de soins aux personnes dans le secteur de la santé et des services sociaux (Cloutier et Duguay 1996) qui nous a incitées à observer sur le terrain un service de MAD d'un CLSC. Dans ce type de service en expansion, on trouve une concentration de ces emplois. Notre étude qualitative et interdisciplinaire (ergonomique et sociologique) a porté sur les auxiliaires familiales et sociales (AFS) et les infirmières, les deux groupes professionnels les plus nombreux de ce type de service.

Réalisée à l'automne 1997 (Cloutier *et al.* 1998a), l'étude postulait que les caractéristiques des tâches effectuées étaient en cause. Elle avait comme objectifs immédiats : 1) de mettre en évidence certaines contraintes organisationnelles, environnementales et autres qui font que le travail à domicile est particulièrement à risque ; 2) de repérer les structures officielles et officieuses qui touchent ces contraintes et leurs conséquences ; 3) d'étudier les stratégies compensatoires mises en œuvre par les individus, les collectifs et les structures officielles pour réduire ces contraintes et leurs conséquences ; et 4) d'accorder une attention particulière aux variations de contraintes et de stratégies en fonction de l'âge et de l'expérience. Ces objectifs expliquent pourquoi les résultats présentés ici sont centrés sur les activités réelles du travail quotidien des infirmières ainsi que sur leurs contraintes.

Le type d'étude

À cette fin, une étude de cas exploratoire était la plus pertinente. Ce type d'étude a pour objet de comprendre comment un phénomène, documenté par ailleurs, se construit ou se déroule. Il permet de *décrire* en profondeur ce qui se passe, de *comprendre comment* certains processus se sont construits et comment certains événements arrivent, de *mettre en évidence* certains facteurs importants qui les structurent et de *fonder solidement des hypothèses* sur le rôle de certains de ces facteurs dans d'autres organisations semblables. Il sert ensuite à concevoir un devis de recherche⁴ pour lequel les cas seront choisis en fonction de caractéristiques désignées comme significatives (Yin 1994).

Lorsqu'elle est exploratoire, l'étude d'un seul cas est appropriée et celui-ci n'a pas à être choisi à partir de critères théoriques et méthodologiques qui seront indispensables à l'étape suivante. Des critères tels que la proximité géographique ou des contacts déjà établis facilitant l'accès sont suffisants (Yin 1994). C'est pourquoi le service de MAD d'un CLSC d'une banlieue a été retenu.

3. Le taux d'incidence des lésions professionnelles correspond au nombre de lésions divisé par le nombre de travailleuses et de travailleurs exposés au cours d'une période d'un an.

4. Travail actuellement en cours.

Les données recueillies

C'est par une combinaison de méthodes disciplinaires différentes que la situation de travail des AFS et des infirmières a été explorée. L'étude a tenté d'inscrire l'activité réelle de travail, mise au jour par l'analyse ergonomique, dans le réseau des rapports sociaux relevés dans l'analyse sociologique ; celle-ci a mis en relief certains éléments qui structurent l'organisation du travail.

Plusieurs sources de données complémentaires ont été utilisées. Des données statistiques sur les caractéristiques des catégories de personnel touchées ainsi que sur les lésions professionnelles et l'absentéisme, ont permis d'esquisser un premier profil. L'organisation formelle du MAD et son articulation dans le réseau des établissements et des services de santé du territoire ont été circonscrites à partir de l'observation de réunions de liaison entre les organismes de santé et de services sociaux de la région, de réunions opérationnelles au sein du service de MAD et de rencontres avec des informateurs et des informatrices clés (gestionnaires de même que représentantes et représentants syndicaux) ; de nombreux documents administratifs internes ont aussi été analysés. Des observations ergonomiques systématiques, pendant cinq jours, de l'activité réelle de travail de six AFS (23 visites chez 22 patientes) et de celle de cinq infirmières, pendant cinq autres jours (32 visites chez 29 patientes le matin et leur travail de l'après-midi au bureau), ont été réalisées. Elles ont été complétées par des entrevues collectives avec des travailleuses expérimentées.

La restitution collective des résultats des premières analyses aux salariées qui avaient été observées était particulièrement pertinente par rapport à l'objet de notre recherche, à cause de la méconnaissance du travail réel des AFS et des infirmières qui travaillent au MAD. Cette discussion a eu des effets sur les représentations et les pratiques dans le milieu de travail et a permis, notamment, d'aborder certains aspects complexes de l'organisation du travail et de « désindividualiser » les problèmes ressentis (Cloutier *et al.* 1998b ; Teiger *et al.* 1998). Certaines tâches réelles, particulièrement méconnues, ont aussi été mises en évidence. Les réunions de groupe, qui donnent largement la parole aux travailleurs et aux travailleuses au sujet de leur activité de travail, permettent en effet de mettre au jour une caractérisation de l'activité qui fait apparaître ce qu'il faut faire pour bien accomplir une tâche ainsi que certains aspects qui en sont normalement invisibles, telle l'activité mentale (Leal Ferreira 1997). Cette restitution a aussi enrichi les résultats de l'étude.

La population à l'étude

Quinze infirmières travaillaient pour le service de MAD au moment de l'étude. Huit étaient des employées permanentes : cinq travaillaient à temps plein et trois, à temps partiel. Les sept autres avaient un statut temporaire, bien que certaines d'entre elles aient été au service du CLSC depuis plus de dix ans. À l'exception d'une seule, toutes les infirmières du MAD avaient dix années et plus d'expérience dans leur profession. Leur âge médian était 46 ans et 60 % d'entre elles avaient de 45 à 54 ans.

Parmi les cinq infirmières observées, deux étaient des employées permanentes avec chacune une charge de 50 cas. Les trois autres étaient des employées

temporaires ; une seule d'entre elles était chargée de cas (20 cas). Trois d'entre elles avaient plus de dix années d'expérience dans le métier. Une seule était âgée de moins de 45 ans.

Les retombées de l'étude

Notre étude de cas ne permet pas d'inférence du type statistique, puisqu'elle n'est pas fondée sur un échantillon de population ni d'organisation. Elle ne permet pas, non plus, de hiérarchiser les facteurs désignés comme jouant un rôle sur l'objet de l'étude.

Par contre, plusieurs rencontres avec un comité consultatif, formé de représentantes des différents groupes visés⁵, ont permis de développer la pertinence de notre étude exploratoire pour les autres services de MAD et d'en diffuser largement les résultats dans des milieux professionnels et d'intervention en matière de santé au travail.

Le contexte

Depuis quelques années, le virage ambulatoire se concrétise par une réorganisation profonde des pratiques puisque l'infrastructure nécessaire (équipement, matériel, personnel, information, etc.), qui était auparavant concentrée dans un même établissement physique, l'hôpital, est maintenant dispersée entre différents lieux. Il contribue à l'essor du service de MAD où la mise en place d'une fonction de coordination pour assurer la continuité des soins s'est avérée nécessaire.

Outre ces changements dans les pratiques organisationnelles et professionnelles, on constate actuellement non seulement un vieillissement des patients et des patientes, mais aussi une augmentation importante de la diversité et de la gravité des incapacités et des pathologies rencontrées, ainsi que du nombre de personnes soignées à domicile. La hausse des critères d'admissibilité, dans les établissements de soins de longue durée, ainsi que celle des cas post-opératoires, suite à la réduction de la durée des hospitalisations, y contribuent. Les ressources humaines pour répondre à cette demande n'ont cependant pas augmenté de façon importante. Ainsi, faute de ressources financières, la proportion des soins et services à domicile du service de MAD confiés à des agences privées, moins coûteuses financièrement, est passée de 21 % en 1993-1994 à 65 % en 1996-1997.

5. Le comité avisier était composé de neuf personnes de différents statuts dans les équipes de maintien à domicile. Ainsi, on y retrouve des infirmières en maintien à domicile et des auxiliaires familiales et sociales de différents CLSC (dont certaines sont des instructrices du Programme de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB)), des représentantes d'un syndicat d'infirmières et de l'Association des auxiliaires familiales et sociales, de l'Association des CLSC et de la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS), une représentante des gestionnaires du programme de maintien à domicile d'un CLSC et une conseillère de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail (ASSTSAS), secteur affaires sociales.

Les deux fonctions des infirmières du MAD : soignantes et chargées de cas

Les tâches de soins à domicile

Au cours d'une journée habituelle de travail, les infirmières du service de MAD à l'étude visitent de six à huit patientes⁶ pour leur dispenser des soins en avant-midi. Ce nombre est proche de celui qui a été établi par Dubuc *et al.* (1997) pour les régions métropolitaines du Québec (six visites). Les soins dispensés aux patientes sont très diversifiés : pansements, changements de sonde, prélèvements sanguins, suivis de diabète, suivis de l'état de santé général. Les infirmières évaluent aussi les nouvelles patientes et réévaluent les cas de celles dont l'état de santé s'est modifié.

Outre les soins directs aux patientes, la fonction de soignante comprend plusieurs autres tâches connexes. Lors de leurs visites à domicile, les infirmières font l'inventaire du matériel, mettent à jour le dossier de la patiente, notent les soins dispensés et le matériel à apporter à l'occasion des prochaines visites. Elles donnent aussi de l'information sur les services offerts par le CLSC et le réseau communautaire. Elles enseignent aux patientes et à leur entourage différentes techniques ainsi que l'utilisation d'équipement particulier. Un autre aspect essentiel de leur travail à domicile est le soutien au réseau de la patiente.

Se rendre en voiture d'un domicile à l'autre fait aussi partie de ces tâches (de 29 à 40 km par jour). Elles doivent également transporter des prélèvements sanguins, du matériel de soins et de l'équipement médical, de leur voiture au lieu approprié. Le sac dans lequel les infirmières transportent quotidiennement leur matériel du CLSC aux domiciles pèse de cinq à dix kg.

Certaines contraintes des tâches de l'avant-midi

Les infirmières consacrent en moyenne 58 % de leur temps de travail aux visites à domicile qui ont lieu l'avant-midi. Globalement, la durée de ces visites semble proche de la médiane établie pour les régions métropolitaines du Québec (33 minutes) par Dubuc *et al.* (1997). Cependant, la proportion de la journée de travail prise par la tournée des patientes a varié de 48 à 70 % au cours des cinq journées d'observation. La durée des visites s'est avérée imprévisible à cause de plusieurs facteurs, dont les besoins des patientes, le type de pathologie et sa phase d'acuité. Ainsi, au cours d'une journée, une infirmière a passé trois heures non planifiées chez deux patientes. Chez l'une, des modifications importantes de l'environnement étaient en cours. Chez l'autre, elle a dû procéder à une évaluation détaillée en vue de mettre en place les services et d'organiser les soins. La durée des déplacements en voiture varie aussi selon le territoire desservi ainsi que les conditions climatiques et environnementales.

6. Au total, 72 % des personnes visitées étant des femmes, le terme « patiente » sera employé dans la suite du texte.

Plusieurs contraintes liées à l'activité de travail des infirmières ont été recensées pendant les observations à domicile. Outre de nombreuses interférences pendant les tâches en cours, des contraintes liées au temps, aux lacunes de l'équipement disponible et à l'environnement physique du domicile ont été notées. Certaines interférences sont aussi attribuables aux caractéristiques des patientes et de leur réseau familial. Les effets de certains facteurs rattachés à l'organisation du travail du service de MAD et aux relations interétablissements ont aussi été relevés.

Les tâches quotidiennes de coordination, de suivi et de gestion

L'autre composante majeure du travail des infirmières du service de MAD, qui se fait au CLSC en après-midi, comprend différents types de tâches : les tâches de suivi et de coordination des soins et des services, la planification du travail, les tâches administratives et des activités ponctuelles diverses ainsi que des réunions.

– Les tâches de suivi et de coordination

Dix des quinze infirmières du service de MAD sont chargées de cas (ou « intervenantes-pivots ») ; ce sont essentiellement celles qui ont un statut permanent. En moyenne, elles sont responsables d'une cinquantaine de cas. Cette nouvelle fonction, nécessaire pour mettre en œuvre la stratégie de coordination des soins centrée sur chaque bénéficiaire, que l'on nomme *case management* aux États-Unis, comprend plusieurs tâches : 1) l'interaction avec chaque bénéficiaire, les membres de sa famille et les différents fournisseurs de services ; 2) l'évaluation globale de la santé physique et mentale de chaque bénéficiaire, des ressources à sa disposition et de ses conditions environnementales ; 3) la planification par la mise au point du plan de soins et services approprié de concert avec chaque bénéficiaire et son entourage ; 4) la mise en œuvre en s'assurant que les soins et services requis sont rendus et en faisant le lien entre chaque bénéficiaire et les fournisseurs de services appropriés ; et 5) la surveillance et le contrôle continu de l'évolution du dossier de chaque bénéficiaire en rapport avec les soins et services reçus. Chacune de ces tâches nécessite l'exécution de multiples activités (Bower 1992).

Au service de MAD, les tâches liées à la fonction de chargée de cas des infirmières qui ont été observées comprennent l'ouverture des dossiers des nouvelles patientes dont elles ont la responsabilité, la préparation des services qui seront offerts par d'autres personnes-ressources, ainsi que la coordination des soins à domicile (démarches auprès de l'infirmière de l'accueil, du ou de la médecin et des autres personnes-ressources). Lorsque c'est nécessaire, elles doivent demander une augmentation de services aux responsables visés et organiser les réunions d'orientation où seront présentées ces demandes. Elles assistent aux réunions de cas, mettent à jour les dossiers de ceux dont elles ont la responsabilité et ferment les dossiers. Les chargées de cas doivent aussi commander l'équipement spécialisé nécessaire (remplir le formulaire, le remettre à la personne responsable, vérifier si l'équipement commandé est prêt, trouver qui peut le transporter ou le faire elles-mêmes).

Par ailleurs, les infirmières doivent assurer le suivi des soins aux patientes qu'elles ont visitées le matin. Il s'agit de mettre à jour leurs dossiers et leurs plans d'action. Il faut aussi préparer des fiches de liaison, renvoyer les dossiers aux archives ainsi que rechercher les dossiers et les plans d'action pour les patientes du lendemain. Les infirmières ont également à écouter les messages de leur boîte vocale et à commander le matériel médical manquant pour les domiciles (remplir le bon de commande, aller porter la feuille de commande, préparer le matériel, aller porter le matériel à la réceptionniste). Elles doivent aussi échanger de l'information pertinente concernant le suivi des cas et consulter d'autres collègues infirmières et membres de l'équipe multidisciplinaire.

– Les tâches de planification

La planification quotidienne du travail commence par l'élaboration individuelle des routes, c'est-à-dire la séquence des visites à domicile du lendemain matin. Puis les infirmières se réunissent pour répartir entre elles les nouveaux cas ; s'il y a lieu, elles demandent du personnel supplémentaire. Elles préparent ensuite leur feuille de route, la transmettent au secrétariat et transcrivent, à partir des dossiers des patientes du lendemain, les données pertinentes. Au besoin, elles appellent les patientes du lendemain pour les aviser de leur visite ou donnent l'information nécessaire à leur sujet aux infirmières remplaçantes.

– Les tâches administratives

Les infirmières doivent produire des statistiques au sujet de leur travail (les patientes visitées ou au sujet desquelles elles ont fait une intervention, en notant les codes, le temps consacré aux soins et le kilométrage parcouru). Elles doivent aussi remplir des feuilles de présence pour la paie et, pour les chargées de cas seulement, mettre à jour la liste de leurs patientes.

– Les autres tâches

D'autres activités plus ponctuelles ont également été observées en après-midi. Les infirmières fournissent de l'information par téléphone à la population au sujet des services disponibles au CLSC ou dans la communauté. Elles donnent aussi de l'information à d'autres employés du service de MAD au sujet de l'utilisation de nouveau matériel et de nouvelles règles de procédure à suivre. Elles participent aux réunions d'orientation et de réévaluation (professionnelles ou multidisciplinaires), assistent à des sessions de formation et de mises à jour au sujet des nouvelles technologies et participent à divers comités de programmation du CLSC. Il leur arrive aussi d'enseigner certaines techniques dans d'autres services du CLSC ou d'autres établissements du réseau.

Certaines contraintes des tâches de l'après-midi

Les différentes tâches que les infirmières accomplissent au CLSC en après-midi prennent en moyenne 42 % de leur temps de travail (de 30 à 52 % selon les journées). L'observation de ces activités a permis de constater que les infirmières travaillent dans un environnement bruyant et encombré qui rend difficile la concentration nécessaire (les infirmières étaient trois ou quatre par bureau)⁷.

Plusieurs contraintes liées à l'organisation du travail ont aussi été observées. Il s'agit de facteurs tels que la procédure de prêt d'équipement, la politique d'achat de matériel, l'introduction fréquente de nouvelles règles de procédure et de nouveau matériel, le non-remplacement de la préposée au matériel, l'obligation d'encadrer les remplaçantes ou, encore, la recherche des dossiers dans les bureaux d'autres professionnelles ou professionnels. Ces facteurs sont sources de multiples difficultés pour les infirmières. En particulier, ils prennent beaucoup de leur temps alors qu'elles sont déjà surchargées. Les principales contraintes de temps des infirmières sont le manque de temps pour terminer leur travail et les interruptions fréquentes. Cette situation les oblige à travailler quotidiennement avec des retards accumulés.

Les modalités des contraintes de temps et l'organisation du travail

Pour approfondir l'analyse de ces diverses contraintes et de leurs conséquences, nous privilégierons celles qui ont trait à la gestion du temps de travail. L'omniprésence de la question du temps dans le service de MAD, perceptible dès le démarrage du projet, justifie notre choix⁸. De plus, nos observations nous ont permis de constater que plusieurs aspects de l'organisation du travail avaient des conséquences sur la gestion du temps de travail. Les contraintes de temps majeures auxquelles font face les infirmières du service de MAD n'ont pas que des conséquences individuelles ; elles rendent aussi le service moins fonctionnel.

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'objectif des gestionnaires du service de MAD est de ne pas avoir de liste d'attente ni de déficit budgétaire, alors que les fonds sont insuffisants. Cela entraîne plusieurs conséquences. Premièrement, les infirmières ont une charge de travail excessive. Le

7. Les normes du ministère de la Santé et des Services sociaux prévoient une superficie encore moindre pour l'espace de bureau des chargées de cas.

8. Ayant accepté de collaborer à l'étude, la responsable du service de MAD nous avait néanmoins d'emblée averties de l'inutilité de conclure sur des recommandations ayant trait au temps. Nous avons interprété sa remarque comme l'expression du fait que le service de MAD estime avoir peu de marge de manœuvre. Coincé par un budget restreint alors que le nombre de bénéficiaires augmente rapidement, le service se sentait contraint d'imposer des normes de temps très exigeantes à ses employées. Rappelons également les diverses mobilisations des infirmières du réseau de la santé contre la détérioration de leurs conditions de travail, au cours des dernières années. Le refus de faire des heures supplémentaires a souvent été utilisé comme moyen de pression, ce qui leur a été interdit par le Conseil des services essentiels.

recours aux agences privées, lorsque les infirmières ne peuvent plus prendre d'autres cas, se révèle une solution insatisfaisante. Le personnel des agences coûte moins cher, mais il ne donne que les soins ; toutes les autres tâches (énumérées précédemment) doivent être assumées par les chargées de cas. Les infirmières font aussi beaucoup d'enseignement aux patientes et aux membres de leur entourage immédiat pour que celles-ci accomplissent le maximum de tâches elles-mêmes ; à court terme, cela leur prend du temps.

La hausse considérable du nombre de cas postopératoires amène le service de MAD à prendre en charge sans délai les personnes visées, dès que l'hôpital l'avise de leur retour à la maison. Cela impose des priorités aux infirmières avec lesquelles ces dernières sont souvent mal à l'aise. Bien que ces cas soient le plus souvent de courte durée, ils requièrent des soins urgents, souvent longs, complexes et délicats. Cela contraint alors les infirmières à faire passer leurs patientes chroniques après les cas postopératoires.

L'évaluation régulière des cas est souvent reportée, faute de temps. La réévaluation n'a lieu que lorsqu'une détérioration importante de l'état d'une personne l'impose. Ce mode de gestion de crise nécessite beaucoup de temps.

Plusieurs consignes du service de MAD, destinées aux patientes et à leur entourage immédiat, notamment au sujet de l'aménagement du domicile, existent sur papier, mais elles ne sont pas toujours appliquées avec rigueur ; d'autres sont inexistantes. Les infirmières dépensent alors inutilement du temps parce qu'elles doivent travailler dans un environnement qui ne leur facilite pas la tâche. Elles ont souvent à convaincre l'entourage de la nécessité de réaménager leur espace de travail ou doivent le faire elles-mêmes afin de pouvoir procéder à leur travail sans risques inutiles.

La formation au sujet des nombreux nouveaux types d'équipement et produits est insuffisante. Les infirmières apprennent souvent « sur le terrain » et doivent obtenir l'information les unes des autres. Ce sont alors les plus expérimentées qui y consacrent le plus de temps, parce qu'elles sont davantage sollicitées par leurs collègues.

Le virage ambulatoire a resserré les liens entre les établissements et les compressions budgétaires ont entraîné la fusion et la centralisation de plusieurs services accessoires. Le service de MAD, auparavant relativement autonome, se situe maintenant dans un réseau régional dont on tend à intégrer le plus possible les soins et services. Certaines des décisions en vue de concrétiser cette intégration semblent cependant avoir été prises sans que l'on en mesure toutes les conséquences sur l'organisation des soins et les conditions de travail du personnel visé. Ainsi, le laboratoire du CLSC ayant été aboli, les infirmières qui font des prélèvements sanguins ont maintenant des contraintes de temps pour les livrer au lieu et à l'heure décidés par l'hôpital, ce qui désorganise les parcours qu'elles ont choisis pour minimiser le kilométrage et le temps de transport d'un domicile à l'autre.

De plus, c'est la chargée de cas qui communique avec les médecins traitants des patientes lorsque c'est nécessaire. Les médecins sont souvent difficiles à joindre et, outre la question des soins appropriés à faire prescrire, les infirmières ont aussi à s'occuper d'aspects normatifs de la pratique médicale (ordonnances non signées ou absentes des dossiers, par exemple).

Au cours de leur travail de l'après-midi, à leur bureau du CLSC, les infirmières sont en butte à deux types de contraintes de temps. Si les soins à domicile, incompressibles, se sont prolongés pour des raisons sur lesquelles elles n'ont pas de contrôle, elles ont moins de temps pour leurs tâches de l'après-midi. Les interruptions et l'alternance de tâches constituent une autre contrainte de temps majeure. Ainsi, le tableau 1 présente l'exemple de l'après-midi d'une infirmière permanente chargée de 50 cas, qui a fait des heures supplémentaires cette journée-là, comme cela arrive souvent. Au cours de cet après-midi (deux heures cinquante minutes), elle a changé 23 fois de tâches. Dix de ces changements ont fait suite à une interruption. Ce tableau est représentatif des après-midi des autres infirmières qui ont charge d'autant de cas. Lors des séances de présentation des résultats, les données de ce tableau ont paru normales aux infirmières.

Les conséquences des contraintes de temps sur le travail et la vie privée des infirmières

Les contraintes de temps qui ont été observées sont vivement ressenties par les infirmières. Pour elles, la question fondamentale n'est pas la surcharge en soi. C'est plutôt que celle-ci induit un ordre de priorité des tâches que les infirmières ne partagent pas. Elles sont inquiètes, c'est le cœur même de leur travail qu'elles sentent menacé, c'est-à-dire la qualité des soins qui passe par la relation aux patientes et non seulement par la technique de soins. Une constate ceci : « L'espace pour la relation d'aide [...] ça rétrécit de plus en plus [...] c'est ça que je trouve épouvantable. Dans tout le virage, moi, c'est ça que je trouve le plus difficile. » Alors qu'une autre affirme : « Je ne suis pas prête à diminuer la qualité plus que ça. Donc je vais empiéter sur mon temps personnel pour ne pas diminuer la qualité des services que je donnais antérieurement [...] c'est moi [...] qui va écopier par rapport à ça parce que je ne diminuerai pas la qualité, j'en suis incapable. » « On vient dans une impasse », conclut une autre. Les infirmières racontent que leurs remplaçantes constatent aussi que lorsqu'elles travaillent au service de MAD, il y a des tâches qu'elles n'arrivent pas à terminer avant de partir et auxquelles elles continuent de penser, tandis qu'à l'urgence d'un hôpital : « Après quatre heures, c'est fini. »

La responsabilité des cas, centrale en ce qui a trait au travail des infirmières, touche aussi leur vie hors travail. Dans un contexte de surcharge chronique, la responsabilité de personnes malades et en perte d'autonomie, dont l'état de santé évolue dans le temps, implique qu'elles ne peuvent tout régler avant de retourner chez elles. Les infirmières s'en inquiètent et font de l'insomnie, car, en contact direct avec les conditions de vie difficiles de leurs patientes (pauvreté, solitude, absence de soutien), qui ne sont pas occultées comme dans les établissements hospitaliers, elles en sont troublées.

Tableau 1
L'alternance des tâches et les interruptions
d'une infirmière chargée de cas

Temps	Durée	Tâche	Interruption
11 h 45 à 11 h 47	2 min	Tâche 3	1 infirmière
11 h 47 à 11 h 51	4 min	Tâche 2	
11 h 51 à 11 h 59	8 min	Tâche 6	
			1 appel téléphonique
11 h 59 à 12 h 07	8 min	Tâche 7	1 infirmière
12 h 07 à 12 h 08	1 min	Tâche 1	
12 h 08 à 12 h 12	4 min	Tâche 3	
12 h 12 à 12 h 26	14 min	Tâche 5	
DÎNER			
			2 infirmières, 1 travailleuse sociale
13 h 42 à 14 h 01	19 min	Tâche 2	1 gestionnaire
14 h 01 à 14 h 02	1 min	Tâche 4	
14 h 02 à 14 h 04	2 min	Tâche 6	1 travailleuse sociale
14 h 04 à 14 h 06	2 min	Tâche 7	
14 h 06 à 14 h 07	1 min	Tâche 2	
14 h 07 à 14 h 19	12 min	Tâche 9	2 infirmières discutent de 3 cas
14 h 09 à 14 h 31	12 min	Tâche 2	1 appel téléphonique
14 h 31 à 14 h 30	9 min	Tâche 8	
14 h 40 à 14 h 44	4 min	Tâche 9	1 infirmière
14 h 44 à 14 h 54	10 min	Tâche 8	
14 h 54 à 14 h 57	3 min	Tâche 4	
14 h 57 à 15 h 24	27 min	Tâche 10	1 travailleuse sociale
15 h 24 à 15 h 26	2 min	Tâche 9	
15 h 26 à 15 h 29	3 min	Tâche 10	2 infirmières
15 h 29 à 15 h 42	13 min	Tâche 9	
15 h 42 à 15 h 52	10 min	Tâche 2	1 gestionnaire
15 h 52 à 16 h 01	9 min	Tâche 9	
16 h 01 à 16 h 10	9 min	Tâche 2	1 infirmière
16 h 10 à 16 h 18	8 min	Tâche 9	
16 h 18 à 16 h 35	17 min	Tâche 8	1 gestionnaire
16 h 35 à 16 h 39	4 min	Tâche 10	
16 h 39 à 16 h 48	9 min	Tâche 3	
16 h 48 à 16 h 49	1 min	Tâche 4	
16 h 49 à 16 h 51	2 min	Tâche 2	1 infirmière
16 h 51 à 16 h 52	1 min	Tâche 3	

Tâche 1
Écouter des messages reçus

Tâche 2
Échange d'idées avec des collègues

Tâche 3
Recherche des dossiers / Remise des dossiers (tâche 11)

Tâche 4
Échange d'idées avec les gestionnaires

Tâche 5
Préparation de statistiques et de documents administratifs

Tâche 6
Préparation et commande de matériel de soins

Tâche 7
Suivi des cas vus en avant-midi

Tâche 8
Travail d'écriture dans les dossiers médicaux

Tâche 9
Suivi des autres cas (que ceux qui ont été vus en avant-midi), réunion concernant l'évaluation des nouveaux cas, réévaluation

Tâche 10
Elaboration des routes du lendemain

Les stratégies mises au point par les infirmières

Les infirmières du service de MAD recourent à plusieurs stratégies individuelles ou collectives pour faire face à ces contraintes de temps. D'une part, elles acceptent encore, la plupart du temps, une charge de travail qui excède le temps imparti pour le faire. La très grande majorité des infirmières font quotidiennement des heures supplémentaires, qu'elles ne déclaraient pas jusqu'à tout récemment. Elles acceptent aussi des conditions environnementales qui rendent difficile de s'acquitter de leurs nouvelles responsabilités (locaux exigus et bruyants, manque de confidentialité, interruptions très fréquentes, responsabilités de cas en dehors de leur domaine, etc.).

Certaines choisissent de travailler pendant leur heure de repas afin de ne pas être dérangées et d'arriver à exécuter les tâches qui nécessitent plus de concentration. D'autres décident de ne travailler qu'à mi-temps pour être capable de continuer à accomplir un travail de qualité sans s'épuiser. Puisqu'elles choisissent d'assurer la qualité de soins, malgré l'augmentation marquée de leur charge de travail, cette contradiction constitue une des principales difficultés qu'elles éprouvent dans leur travail et se révèle une source constante de tension.

Indication de l'intensité de la charge affective de leur travail, les infirmières estiment devoir s'efforcer de faire une coupure entre celui-ci et les préoccupations qui y sont associées lorsqu'elles arrivent chez elles. Il leur est indispensable d'avoir certaines activités dans le but délibéré de se changer les idées (sport, lecture, jardinage, sorties). Dans l'état actuel des choses, celles-ci leur apparaissent bien souvent insuffisantes.

Plusieurs pratiques collectives, qui vont à l'encontre de ces conduites, émergent simultanément, bien qu'avec difficulté. Ainsi, les infirmières ont décidé de déclarer une partie des heures supplémentaires qu'elles exécutent presque quotidiennement et d'en revendiquer le paiement. Elles ont expliqué qu'elles étaient de plus en plus débordées, tendues et fatiguées et, par le fait même, plus exposées aux maladies et aux accidents. Ce diagnostic est partagé par l'ensemble de l'équipe du service de MAD. Indice de cette fatigue, la plupart disent avoir mal au dos, au cou et quelquefois aux épaules en fin de journée.

Une autre stratégie à caractère collectif a trait à la gestion des routes. Après la répartition individuelle des cas, une répartition des surplus de cas se fait au cours de la réunion quotidienne de l'ensemble des infirmières. Elles ont longtemps réclamé cette demi-heure quotidienne pour planifier ensemble leurs visites du lendemain. Maintenant qu'elles l'ont obtenue, cela leur permet, en cas de surcharge, de demander collectivement l'ajout d'une route supplémentaire. Les gestionnaires font alors appel aux agences privées.

Les infirmières prennent aussi conscience que leur rôle de chargée de cas, qu'elles apprécient grandement, prend néanmoins beaucoup de temps. Elles envisagent de revendiquer une reconnaissance officielle de l'importance des tâches qu'exige cette nouvelle fonction. Malgré ces stratégies collectives, les infirmières n'arrivent pas à annuler l'effet de toutes les contraintes liées à leur temps de travail.

L'ambivalence actuelle des infirmières

La restructuration du travail infirmier observée au service de MAD se fait dans un contexte où les établissements de santé sont maintenant en relation plus étroite les uns avec les autres. Ce rapprochement institutionnel tend à accentuer les formes de hiérarchie organisationnelles et professionnelles déjà présentes (en fait de budget, de ressources, de pouvoir de prescription, entre autres). Pour les corps d'emploi et les établissements qui sont au bas de la hiérarchie, comme les infirmières et les services de MAD des CLSC, dont les principaux usagers et usagères viennent de la population âgée en perte d'autonomie, il en exacerbe les conséquences.

Dans ce contexte, la fonction de chargée de cas, dévolue aux infirmières du service de MAD, s'avère une source paradoxale de valorisation, à cause des responsabilités accrues⁹ qui sont associées à différentes difficultés. D'une part, les responsabilités à titre de chargées de cas, que les infirmières apprécient, sont une source de qualification professionnelle, car elles impliquent l'utilisation d'une vaste gamme de connaissances de sources diverses, davantage d'autonomie ainsi qu'un pouvoir de décision accru. Celui-ci porte non seulement sur leurs propres actes mais également sur les soins et services fournis par d'autres spécialistes et personnes-ressources.

D'autre part, l'ampleur et la variété des tâches que les infirmières doivent accomplir pour assumer ces nouvelles fonctions, ainsi que le temps requis, sont fortement sous-estimés et certaines modifications à l'organisation du travail, qui permettraient d'exécuter ces tâches de manière plus efficace, ne sont guère prises en considération. De plus, les surcharges et les contraintes de temps réduisent la marge de manœuvre nécessaire aux infirmières pour établir une relation autre que technique avec les patientes. Il s'agit là d'importants indices d'une occultation de l'accroissement de la qualification tant technique que relationnelle des infirmières.

Il semble actuellement difficile pour les infirmières du service de MAD à l'étude de composer avec ces situations sources d'ambivalence qui sont d'origine récente parce que celles-ci ne sont pas encore nommées ni analysées. Ce n'est encore qu'implicitement que ces infirmières considèrent leurs nouvelles responsabilités comme une amplification de leur fonction spécifique d'intermédiaire, fonction qui traditionnellement était aussi importante que leur soumission à l'autorité et à l'activité médicale (Acker 1991). L'amplification porte sur plusieurs aspects nouveaux de la santé et du bien-être des bénéficiaires, sur une plus grande gamme de soins et de services ainsi que sur celles et ceux qui les fournissent.

9. Comme l'a déjà souligné Carpentier-Roy (1991) au sujet des infirmières qui travaillent aux soins intensifs à l'hôpital.

Conclusion

À partir de notre étude exploratoire du service de MAD d'un CLSC, il appert que la restructuration du travail infirmier se fait à partir d'une logique économique de réduction du coût dans un contexte où le virage ambulatoire, en resserrant les liens entre établissements, accentue les rapports de pouvoir existants. Les observations révèlent que plusieurs éléments de l'activité réelle de travail des infirmières pourraient prendre moins de temps si certains changements étaient apportés à l'organisation du travail. L'analyse indique qu'il est possible de le faire, ce qui pourrait contribuer à alléger leurs contraintes de temps. La question du temps de travail est particulièrement coûteuse sur le plan personnel et préoccupante pour les infirmières qui tentent d'éviter, par divers moyens, un empiétement trop important de leur travail sur leur vie privée. Elle engendre aussi des dysfonctionnements en ce qui concerne le service.

Ces résultats indiquent, par ailleurs, que l'on ne peut généraliser les effets du désengagement de l'État sur les femmes. Il importe de distinguer ses effets sur les usagères directes des services de ceux qui touchent les « aidantes » à titre privé ainsi que ceux qui concernent les femmes qui travaillent dans le réseau de la santé. Parmi celles-ci, il ne faut pas, non plus, confondre les conséquences du désengagement de l'État sur les différentes catégories de salariées. Elles sont en effet modulées selon les professions, les niveaux de qualification et les statuts d'emploi. Ainsi, même dans un service comme celui du service de MAD qui a été étudié ici, les effets observés de la surcharge n'étaient pas les mêmes chez les infirmières et les auxiliaires familiales et sociales, notamment à cause des différences de leurs tâches (Cloutier *et al.* 1998a). Ils varient aussi selon les missions politiques, les services et les types d'établissements. D'autres recherches seront donc nécessaires pour mieux documenter et analyser ces changements majeurs et leurs effets.

RÉFÉRENCES

- ABBOTT, A.
1988 *The System of Professions*. Chicago, University of Chicago Press.
- ABEL, E.K., et M.K. NELSON (dir.)
1990 *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*. Albany, The State University of New York.
- ACKER, F.
1991 « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire », *Sciences sociales et santé*, 9, 2 : 123-143.
- ADAM, B.
1990 *Time and Social Theory*. Philadelphie, Temple University Press.
- ARONSON, J., et S.M. NEYSMITH
1996 «The Work of Visiting Home Makers in the Context of Cost Cutting», *Canadian Journal of Public Health – Revue canadienne de santé publique*, 87, 6 : 422-425.

BALBO, L.

- 1997 « Crazy Quilt: Rethinking the Welfare State Debate from a Woman's Point of View », in A. Showstack Sassoon (dir.), *Women and the State, The Shifting Boundaries of Public and Private*. Londres, Routledge : 45-71.

BOURBONNAIS, R., et al.

- 1998 *La transformation du réseau de la santé : mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec*, rapport de recherche soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec, Équipe de recherche RIPOST, Université Laval et Direction de la santé publique de Québec.

BOWER, K.A.

- 1992 *Case Management by Nurses*. Washington, American Nurses Publishing.

CARPENTIER-ROY, M.C.

- 1991 *Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier*. Montréal, Liber.

CLOUTIER, C., et al.

- 1999 « Les compétences des auxiliaires familiales et sociales expérimentées et leur rôle protecteur à l'égard des contraintes et des risques dans l'activité de travail », *Formation et emploi*. Ministère du travail, France.

CLOUTIER, E., et al.

- 1998a « Déroulement temporel du travail des infirmières en maintien à domicile dans un contexte de transformation de la profession », in Société d'ergonomie de langue française (SELF), *Temps de travail*. Paris, SELF : 331-340.
- 1998b *Santé, sécurité et organisation du travail dans les emplois de soins à domicile*, rapport de recherche. Montréal, Institut de recherche en santé et sécurité du travail.

CLOUTIER, E., et B. DUBUCS

- 1994 « Étude du travail réel des aides-soignantes à domicile », *Archives des maladies professionnelles*, 55, 4 : 269-277.

CLOUTIER, E., et P. DUGUAY

- 1996 *Impact de l'avance en âge sur les scénarios d'accidents et les indicateurs de lésions dans le secteur de la santé et des services sociaux*, rapport de recherche. Montréal, Institut de recherche en santé et sécurité du travail, R-118.

DANIELS, A.K.

- 1987 « Invisible Work », *Social Problems*, 34 : 403-415.

DAVIES, C.

- 1995a « Competence vs Care? Gender and Caring Work Revisited », *Acta Sociologica*, 38 : 17-31.
- 1995b *Gender and the Professional Predicament in Nursing*. Buckingham, Open University Press.

DUBUC, N., et al.

- 1997 *Temps consacré aux différentes activités des services de soutien à domicile fournis par les CLSC*, rapport de recherche. Sherbrooke, Centre de recherche en gérontologie et en gériatrie.

DUQUETTE, A., *et al.*

1997 « Validation d'un modèle de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie », *Santé mentale au Québec*, XXII, 2 : 257-278.

FALZON, P., et S. LAPEYRIÈRE

1998 « L'usager et l'opérateur : ergonomie et relations de service », *Le Travail humain*, 61, 1 : 69-90.

FERONI, I.

1992 « La professionnalisation des infirmières en France. Le cas de la formation initiale », in Y. Lucas et C. Dubar (dir.), *Genèse et dynamique des groupes professionnels*. Lille, Presses universitaires de Lille : 181-183.

FREIDSON, E.

1984 *La profession médicale*. Paris, Payot.

GARANT, L., et M. BOLDUC

1990 *L'aide par les proches : mythes et réalités*, rapport de recherche. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, planification-évaluation.

GRAHAM, H.

1983 « Caring: A Labour of Love », in J. Finch et D. Groves (dir.), *A Labour of Love, Women, Work and Caring*. Londres, Routledge and Kegan Paul : 13-30.

HÉBERT, R., *et al.*

1997 *Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie, évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie*, rapport de recherche. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la recherche et de l'évaluation.

HOLTER, M.

1984 *Patriarchy in a Welfare Society*. Oslo, Universitetsforlaget.

KERGOAT, D. *et al.*

1992 *Les infirmières et leur coordination*. Paris, Éditions Lamarre.

LEAL FERREIRA, L.

1997 « Des rapports entre la psychodynamique du travail et l'analyse collective du travail », in *Actes du Colloque international de psychodynamique et psychopathologie du travail*, t. II. Paris, Conservatoire national des arts et métiers, Laboratoire de psychologie du travail : 191-199.

LEIRA, A.

1994 « Concepts of Caring: Loving, Thinking, and Doing », *Social Service Review*, 68, 2 : 185-201.

NEYSMITH, S.M.

1996 « Les soins à domicile et le travail des femmes : la force de l'habitude », *Lien social et politiques - RIAC*, 36 : 141-150.

QURESHI, H.

1990 « Boundaries Between Formal and Informal Care-giving Work », in C. Ungerson, *Gender and Caring*. Londres, Harvester Wheatsheaf : 59-79.

SHOWSTACK SASSOON, A. (dir.)

1997 *Women and the State, The Shifting Boundaries of Public and Private*. Londres, Routledge.

SZASZ, J.

1990 «The Labor Impacts of Policy Changes in Home Care: How Federal Policy Transformed Home Health Organizations and Home Health and their Labor Practices», *Journal of Health Policy, Politics, and Law*, 15 : 191-210.

TEIGER, C.

1987 « L'organisation temporelle des activités », in C. Lévy-Leboyer et J.C. Spérandio (dir), *Traité de psychologie du travail*. Paris, Presses universitaires de France : 659-682.

TEIGER, C., *et al.*

1998 « Le temps de la restitution collective des résultats dans les dynamiques de l'intervention : le cas du travail de soins à domicile au Québec », in Société d'ergonomie de langue française (SELF), *Temps de travail*. Paris, SELF : 739-752.

THOMAS, C.

1993 «De-constructing Concepts of Care», *Sociology*, 27, 4 : 549-669.

UNGERSON, C.

1990 *Gender and Caring*. Londres, Harvester Wheatsheaf.

WAERNES, K.

1984 «Caring as Women's Work in the Welfare State», in H. Holter (dir.), *Patriarchy in a Welfare Society*. Oslo, Universitetsforlaget : 67-87.

1987 «On the Rationality of Caring», in A. Showstack Sassoon (dir.), *Women and the State*. Londres, Routledge.

YIN, R. K.

1994 *Case Study Research. Design and Methods*. Los Angeles, Sage Publications.

YYELLAND, B.

1994 «Structural Constraints: Emotional Labour and Nursing Work», in B.S. Bolaria et R. Bolaria (dir.), *Women, Medicine and Health*. Halifax. Fernwood Publishing et Saskatoon, Department of Sociology, University of Saskatchewan : 233-240.

ZARUBAVEL, E.

1979 *Patterns of Time in Hospital Life*. Chicago, Chicago University Press.