

Les compétences des auxiliaires familiales et sociales expérimentées dans la gestion des contraintes de temps et des risques de santé

par Esther Cloutier, Hélène David, Catherine Teiger et Johane Prévost

Le travail des auxiliaires familiales et sociales, versions québécoises des aides-soignantes françaises, appelle une composante affective et mentale, indissociable de la composante physique. Jusqu'à présent, les gestionnaires sont restés relativement sourds aux habilités et compétences qu'elle suppose, du fait de son utilisation dans la réalisation de tâches invisibles. Ces savoir-faire résultent de l'expérience et non de la formation, centrée sur l'exécution des tâches les plus physiques toujours perçues comme représentant l'essentiel de la fonction

On assiste présentement au Québec, comme dans les autres sociétés industrielles avancées (Eliasson, 1990 ; Szasz, 1990 ; Aronson et Neysmith, 1996-a), à une réorganisation importante des soins de santé dans un contexte de compressions majeures des dépenses de l'État. Cette réorganisation, appelée « virage ambulatoire », prend entre autres la forme d'un transfert d'une importante partie des soins de santé des hôpitaux vers les domiciles. Ce changement de lieu implique une réorganisation profonde des pratiques puisque l'ensemble de l'infrastructure nécessaire (équipement, matériel, personnel, information, etc.), qui était auparavant concentré dans un même établissement physique, l'hôpital, est maintenant dispersé en différents lieux. Outre ces changements au niveau des pratiques organisationnelles et professionnelles, on constate non seulement un vieillissement des patients, mais aussi une augmentation importante de la diversité et de la gravité des incapacités et des pathologies rencontrées. On constate aussi un accroissement du nombre de patients à domicile, à cause de la hausse des critères d'admissibilité dans

Esther Cloutier est statisticienne à l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST). Ses travaux visent à mieux comprendre les liens entre l'organisation et le vieillissement au travail, d'une part, et la santé et la sécurité, d'autre part.

Hélène David est sociologue du travail au département de sociologie et au Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP) de l'université de Montréal. Ses travaux portent sur les femmes en emploi et le vieillissement au travail.

Catherine Teiger est ergonomiste. Elle est rattachée au Laboratoire G. Friedman du CNRS et au Laboratoire d'ergonomie du CNAM (Paris). Elle a réalisé de nombreuses recherches sur les contraintes de temps et sur le vieillissement au travail.

Johane Prévost est ergonomiste et sociologue. Elle travaille en recherche et en intervention en milieux de travail, sur des problématiques de conciliation des responsabilités professionnelles et familiales, des troubles musculo-squelettiques et de formation.

les établissements de soins de longue durée. Le nombre de cas postopératoires¹ sont aussi en hausse constante. Les ressources humaines pour répondre à cette demande n'ont pas augmenté de façon significative et ces changements s'opèrent dans un contexte où la main-d'œuvre, majoritairement féminine, est vieillissante.

D'autre part, des statistiques récentes sur le secteur de la santé et des services sociaux² (Cloutier et Duguay, 1996) ont montré que les emplois de soins à domicile sont à risque pour la santé et la sécurité, autant et même davantage chez le personnel jeune que chez le personnel âgé³. Il y a donc lieu de s'interroger sur les conditions dans lesquelles les personnels de soins accomplissent leur travail. Les services de soins à domicile présentent des particularités en ce qui a trait aux caractéristiques de la main-d'œuvre, à l'organisation et à l'activité de travail, aux compétences nécessaires et aux risques rencontrés. Semblables et différents, à la fois, du travail domestique et des services marchands, ces services sont peu connus et on dispose de peu d'outils conceptuels pour en analyser les particularités, comme l'ont souligné les rares études sur la question (Aronson et Neysmith, 1996-a ; Cloutier et Dubucs, 1994 ; Neysmith, 1996 ; Proteau, 1992 ; Rocher, 1990). L'importance de la composante affective, et le fait que les soins soient souvent donnés par des proches, ont aussi rendu difficile 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 et qui a négligé les formes de travail non marchandes, notamment les soins aux membres de la famille par les femmes (Graham, 1983 ; Daniels, 1987 ; Waerness, 1992 ; Thomas, 1993 ; Leira, 1994 ; Davies, 1995 ; Aronson et Neysmith, 1996-a).

Dans ce contexte, les compétences des auxiliaires familiales et sociales (AFS), métier équivalent à celui d'aide-soignante en France, constituent un enjeu

d'autant plus important qu'il semble exister un écart de perception important à son sujet entre elles, d'une part, et les gestionnaires et les usagers d'autre part, qui ne considèrent pas toujours que leur travail est qualifié (Aronson et Neysmith, 1996-a, 1996-b). L'absence de conceptualisation de leurs tâches en tant que travail, et le manque de vocabulaire qui en découle, renforce l'invisibilité d'une partie cruciale de leurs tâches. Cette occultation est si prononcée que les AFS elles-mêmes vont appeler « aide » des tâches qui constituent un processus complexe de négociation comprenant l'observation de l'état de la personne, greffée à une connaissance antérieure de sa condition, le respect de son autonomie, une perception claire des tâches formelles à exécuter, du temps nécessaire pour les réaliser et du temps officiellement alloué, soulignent Aronson et Neysmith (1996-b). Cela requiert non seulement des efforts, mais aussi des compétences particulières et la prise de responsabilités. Comme leur formation formelle est faible, et qu'elle porte principalement sur les tâches physiques associées aux soins, c'est avant tout par l'expérience pratique du métier que les AFS développent ces compétences. Une grande partie de ces compétences méconnues sont de l'ordre des habiletés relationnelles nécessaires pour que réussissent les subtiles négociations pour amener les patientes à collaborer aux soins, dans le cadre de plusieurs contraintes, en particulier celles de temps. Cet article se propose d'explorer certains volets des compétences des AFS, ceux qui sont associés à la gestion des contraintes temporelles et des risques pour leur santé.

OBJECTIFS ET MÉTHODES DE LA RECHERCHE

Les particularités des relations de service

L'étude du travail de personnes impliquées dans une relation de soins à domicile est complexe. La contribution récente de Falzon et Lapeyrière (1998) propose toutefois plusieurs pistes fructueuses afin de définir une situation de travail impliquant des relations de service. Ils définissent notamment les caractéristiques de ces situations, qui impliquent toujours une coopération, et donc un usager qui est partenaire de l'opérateur, par : 1) l'existence d'un objet de travail commun pour l'usager et l'opérateur, 2) l'inégalité

¹ Les cas postopératoires sont des patients ou des patientes qui ont subi une intervention chirurgicale et qui sont retournés à domicile le plus rapidement possible afin de réduire les coûts d'hospitalisation.

² Au Québec, les services de santé et les services sociaux sont intégrés et relèvent du même ministère.

³ Le taux d'incidence de lésions professionnelles des auxiliaires sociales et familiales, par exemple, était de 14,3 % en 1995-1996, soit près de quatre fois plus que pour l'ensemble de la main-d'œuvre québécoise couverte par la loi sur la santé et la sécurité au travail.

des moyens entre ces deux partenaires, 3) l'existence de moyens complémentaires de part et d'autre et 4) une relation d'aide instituée socialement qui exige : a) la disponibilité du professionnel, b) la sincérité de la demande de l'utilisateur et c) le devoir de mise en œuvre des moyens disponibles pour satisfaire la demande de part et d'autre. Cette définition caractérise bien la situation des soins à domicile. Les auteurs recommandent que les études portant sur ce genre de milieu de travail tiennent compte des particularités des contraintes rencontrées par le personnel, des interactions avec les usagers, de la formation des usagers en tant que coopérateurs, du contexte organisationnel et des aspects affectifs des interactions. Cependant, les services en cause ici étant presque dans leur totalité des soins à des personnes en perte d'autonomie et souvent malades (par opposition à des services bancaires ou de restauration, par exemple) il importe de préciser davantage la notion de soin. Le recours au concept de travail affectif⁴, développé par Hochschild (1983), est une première piste. Il permet de clarifier certains aspects d'une activité de travail qui visent à produire des résultats affectifs spécifiques chez les usagers. Ainsi, pour Hochschild (1983), trois conditions sont nécessaires pour qu'un travail soit considéré comme affectif : 1) un contact face à face ou voix à voix ; 2) l'opérateur doit produire des états affectifs spécifiques chez l'utilisateur (bien-être, initiative, collaboration, soumission, agressivité, etc.) et 3) l'employeur exerce un contrôle sur le travail de production de ces états affectifs par ses employés (formation, supervision). Enfin, il faut aussi tenir compte du fait que dans les domiciles privés, lieux d'intimité, la confusion facile et fréquente entre les soins formels et informels, ainsi qu'entre les soins à composante affective et les relations affectives personnelles et choisies, rend impossible la distinction entre le travail physique et affectif et vient souvent brouiller la relation de service de soins, la rendant ambiguë (Thomas, 1993 ; Aronson et Neysmith, 1996-a). Ceci exige de recourir à des moyens d'observation et d'enquête ainsi qu'à des concepts qui permettent de clarifier le contenu réel du travail de soins.

⁴ La notion de travail affectif implique une relation entre le personnel et l'utilisateur dans laquelle on dépasse la recherche du seul bien-être physique de sorte que la subjectivité de l'utilisateur, ses émotions et ses désirs sont interpellés, écoutés et entendus, produisant chez lui des états affectifs spécifiques.

L'étude

La recherche exploratoire a porté sur les conditions de travail et les problèmes de santé des auxiliaires familiales et sociales (AFS). Elle a eu lieu dans un Centre local de santé communautaire (CLSC), un établissement de santé publique de première ligne qui a la responsabilité des programmes de soins et de maintien à domicile d'un territoire délimité. Il s'agit d'une étude qualitative et interdisciplinaire, motivée par la complexité des problèmes impliquant une relation de service centrée sur les soins. En effet, les sources de variations influençant le travail du personnel de soins à domicile sont multiples ; elles proviennent des travailleuses elles-mêmes (âge, expérience, fatigue, etc.), des patients (degrés d'incapacité, types de pathologie, souffrance, famille, etc.), des tâches à accomplir (bain, cuisine, etc.), de l'environnement et des situations de travail (aménagement des lieux, équipements, etc.), de l'organisation du travail (politiques et procédures formelles du CLSC, formation, horaire, équipe, soutien affectif, etc.) ainsi que du contexte plus macroscopique du travail (variation entre établissements, type de clientèle, etc.). De plus, il s'agit d'une situation où un organisme public de soins de santé, structuré de manière bureaucratique, envoie son personnel salarié dans des lieux privés, où l'espace intérieur est sous le signe de l'intimité, et dont la charge symbolique est très forte (Bachelard, 1957).

La méthodologie

Amorcée par une étude statistique qui a ciblé avec précision des emplois particulièrement à risque dans le réseau de la santé et des services sociaux, l'étude qualitative a permis de passer d'une analyse descriptive à la question du « comment » (voir encadré). Comment, en effet, expliquer des taux aussi élevés de lésions professionnelles dans des domiciles, milieu perçu comme particulièrement sécuritaire parce que

relié à la notion de foyer protecteur et nourricier ? C'est par une combinaison d'approches disciplinaires différentes que les conditions de travail et d'emploi des AFS ont été explorées. L'activité réelle de travail, mise à jour par l'analyse ergonomique, a été intégrée aux résultats révélés par l'analyse sociologique qui met en relief les éléments structurant les relations intra et interétablissements, intra et interprofessions, ainsi qu'entre les sexes.

Plusieurs sources de données complémentaires ont été utilisées afin de saisir les principaux processus générateurs de risques d'accidents ou ceux qui, au contraire, ont un effet protecteur. Outre la recension des écrits scientifiques, des données statistiques sur les caractéristiques de ces personnels, ainsi que sur les lésions professionnelles et l'absentéisme, ont permis d'esquisser un premier profil. L'organisation formelle du service de maintien à domicile (MAD) et son articulation au réseau des établissements et des services de santé du territoire ont été documentées à partir de l'observation de réunions de liaison entre les organismes de santé et services sociaux de la région, de réunions opérationnelles au sein du service de MAD et de rencontres avec des informateurs-clés (gestionnaires et représentants syndicaux). Des observations ergonomiques systématiques de l'activité de travail de six AFS, d'âge et d'ancienneté différents, au cours de 23 visites chez 22 patients, pendant cinq jours, ont été complétées par des entretiens collectifs avec des travailleuses expérimentées⁵. Cela a permis de mettre au jour certaines composantes cruciales de leur activité réelle de travail.

Il a aussi été décidé, pour cette recherche exploratoire, de se situer dans une relation interactive où l'analyse du travail est considérée comme un processus de construction commune. Nous avons procédé à une restitution collective des résultats des premières analyses aux personnes qui ont été observées et interviewées (Teiger *et al.*, 1998). Cette étape ne fait pas toujours partie du processus d'une recherche qualitative, mais elle était particulièrement pertinente quant à l'objet de cette recherche à cause de la grande méconnaissance du travail réel de soins des AFS et

⁵ Leal Ferreira (1997) a expliqué que les réunions de groupe centrées sur l'activité de travail, qui donnent largement la parole aux travailleurs et travailleuses, permettent de mettre au jour une caractérisation générale de l'activité, les participants décrivant ce qu'il faut faire pour bien accomplir une tâche. Quant à la caractérisation détaillée, qui surgit aussi, elle fait apparaître certains aspects normalement invisibles comme l'activité mentale.

de l'écart de perception à son sujet entre les travailleuses et les gestionnaires. La restitution s'est avérée fructueuse car une triple dynamique s'est instaurée : une coproduction de connaissances a enrichi les résultats de recherche ; il y a eu un apprentissage mutuel et un partage de l'expérience entre les différents protagonistes ; la recherche a aussi eu des effets sur les représentations et les pratiques dans le milieu de travail permettant, notamment, la désindividualisation des problèmes ressentis et une discussion ouverte de certains aspects problématiques de l'organisation de leur travail (Cloutier *et al.*, 1998 ; Teiger *et al.*, 1998).

Bien que centrée sur les risques pour la santé et la sécurité au travail, cette étude a permis d'identifier plusieurs aspects du travail des AFS qui concordent fortement avec les résultats d'autres travaux sur la même question (Cloutier et Dubucs, 1994 ; Jolin, 1993 ; Aronson et Neysmith, 1996-b ; Proteau, 1992 ; Rocher, 1990). Certaines tâches réelles du travail des AFS et les compétences requises pour les exécuter, particulièrement méconnues et occultées, ont été mises en évidence. En particulier, cette étude exploratoire a révélé l'importance des stratégies de travail développées par les AFS pour faire face aux contraintes temporelles, organisationnelles, environnementales et autres, auxquelles elles sont confrontées et ainsi réduire leurs conséquences en termes de santé.

LA POPULATION À L'ÉTUDE, LES PROBLÈMES DE SANTÉ ET LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ACTIVITÉ DE TRAVAIL

La population à l'étude

Parmi les 17 AFS du Centre local de santé communautaire (CLSC), les deux tiers (11) ont 45 ans ou plus. Elles ont toutes plus de dix ans d'expérience, sauf deux. La plupart détiennent un diplôme professionnel qui sanctionne à la fois la dernière année d'études et de stages de la scolarité obligatoire pour les jeunes (11 ans). La plupart des AFS l'ont obtenu à l'âge adulte et plusieurs ont exercé d'autres métiers hétéroclites auparavant (puéricultrice, secrétaire, coiffeuse).

■ Les problèmes de santé

Au cours des deux années précédant l'étude, les AFS ont été victimes de sept accidents du travail compensés, c'est-à-dire reconnus et indemnisés, ce qui représente la moitié des accidents du travail déclarés par le CLSC. Cinq de ces accidents sont liés à des efforts suite à la manipulation de personnes, à un étirement ou à un mouvement du corps d'une patiente. Si on ajoute aux absences pour accident du travail, les absences pour raisons de santé, compensées par l'assurance-salaire, une AFS sur deux est absente à chaque année. Toutes les AFS ressentent des douleurs au dos, au cou ou aux épaules en fin de journée. Toutes celles de 45 ans et plus qui ont été rencontrées ont été victimes d'accidents au cours de leur carrière.

■ Les caractéristiques de l'activité de travail

La description formelle la plus récente des tâches des AFS figure dans un document finalisé par les gestionnaires pendant que l'étude était en cours. On y retrouve la liste des services d'aide à domicile qui leur sont propres⁶ :

- assistance physique (hygiène, alimentation, mobilisation et transferts, habillage, prise de médicaments, exécution d'exercices actifs et passifs) ;
- assistance domestique (entretien léger, lessive, préparation des repas) ;
- gardiennage ;
- soutien civique (administration de budget, rédaction de documents, accompagnement lors de transactions) ;
- évaluation de l'autonomie aux soins d'hygiène ;
- enseignement à la clientèle ;
- recommandations d'équipement ;
- référence aux ressources externes.

⁶ D'autre part, ce document précise que certaines fonctions sont communes à tous les membres du service du MAD, dans une perspective explicite de polyvalence et de décloisonnement des tâches. Il s'agit de l'évaluation globale des besoins ; l'élaboration, la révision et la réorientation des plans de service et plans d'intervention ; l'écoute, le support, la réassurance, la motivation ; la surveillance de l'état général ; la vision et l'intervention communautaires ; l'identification des clientèles à risque ; la programmation ; la demande de prêts d'équipement ; le support et les conseils aux autres professionnels de l'équipe.

Outre ces activités, les AFS accomplissent un certain nombre de tâches connexes et administratives, telles que les déplacements en voiture, le transport du matériel de soins et d'équipements divers, la rédaction de rapports d'activités et de notes de frais ainsi que la participation à des réunions.

Cependant, lors de la rédaction du plan d'intervention et de l'attribution des cas, l'ensemble de ces tâches est rarement pris en compte, les tâches d'assistance physique étant souvent les seules mentionnées. Par l'observation du travail réel, il s'est avéré que plusieurs interventions impliquent des tâches à fortes composantes physiques et d'autres à fortes composantes affectives.

Les tâches à fortes composantes physiques

Au cours des journées de travail des AFS, différents types d'activités à fortes composantes physiques ont été observés ; le bain était le soin le plus fréquent. L'analyse a permis de repérer plusieurs activités à risque parce qu'associées à des postures critiques. En moyenne, les AFS passent 41 % du temps de bain en postures très critiques que sont des flexions du dos de 45° et plus, des flexions du dos combinées à des torsions et des inclinaisons latérales, des postures accroupies et à genoux⁷. Les contraintes posturales sont plus ou moins importantes selon divers facteurs déterminant les conditions d'exécution du travail comme l'équipement et le matériel disponibles, l'environnement, les caractéristiques des patientes⁸ et de leurs réseaux, des soins dispensés ainsi que des éléments de l'organisation du travail⁹. Les caractéristiques individuelles de la travailleuse (taille, âge) interviennent aussi.

⁷ Pour le bain à la baignoire, qui est le soin le plus fréquent (15 visites sur 22), les tâches critiques sont presque exclusivement liées au lavage du bas du corps.

⁸ Nous avons choisi le terme « patient », utilisé par les AFS, parmi la large gamme d'appellations possibles, telles que bénéficiaires, usagers ou clients qui ont chacune leur coloration idéologique. Et « patiente » parce que 20 des 22 personnes à qui les AFS ont donné des soins pendant l'observation de leur activité dans les domiciles étaient des femmes.

⁹ À titre d'exemple, la proportion de postures critiques observée est inversement proportionnelle à l'autonomie des personnes soignées. Une salle de bain exigüe oblige l'AFS à adopter plus fréquemment des postures combinant des flexions, des inclinaisons latérales et des torsions.

Les tâches à fortes composantes affectives

Les AFS accomplissent aussi des tâches de dépistage et de soutien social qui nécessitent l'établissement de relations affectives avec les patientes, de l'activité perceptuelle, de l'analyse, des prises de décision et des communications (Thomas, 1993 ; Cloutier et Dubucs, 1994 ; Davies, 1995 ; Neysmith et Aronson, 1996 ; Rocher, 1990). Ces activités se déroulent tout au long des visites et ont lieu soit entre les différentes étapes des soins ou simultanément à celles-ci. Elles comprennent des activités diverses telles que :

- déceler un nouveau symptôme, chercher à en identifier la cause et la gravité au sujet de l'état de santé et d'autonomie de la patiente et aussi au sujet de son environnement familial, social et matériel ;
- transmettre des informations à la patiente ou aux aidants ;
- enseigner certaines façons de faire les choses et expliquer les précautions à prendre pour minimiser les risques d'accidents, d'aggravation de l'état de santé ou de perte d'autonomie ;
- encourager les patientes à l'autonomie et stimuler leurs capacités ;
- écouter et encourager les patientes et les membres de leur entourage face à leurs difficultés et leurs souffrances ;
- servir d'agent de liaison avec les ressources disponibles dans le milieu et avec le CLSC.

Bien que ces tâches de dépistage et de soutien permettent de communiquer des informations essentielles aux infirmières chargées de cas pour le suivi et la prévention des détériorations, elles ne figurent pas au plan d'intervention. De plus, comme ces tâches sont souvent invisibles, elles ne sont pas toujours prises en compte dans la répartition des charges (équilibre entre les cas lourds et légers au cours de la journée de travail). Elles ne sont pas comptées, non plus, dans le temps de travail ni dans les statistiques. L'observation révèle pourtant que la réalisation de ces tâches modifie la façon d'accomplir les tâches physiques et souvent, le temps requis. Le dépistage et le soutien requièrent en effet une grande attention portée à l'état de la personne, une perception d'indices très fins ainsi que d'être à l'affût du désir de communiquer de la patiente. Ces tâches comprennent aussi des activités mentales qu'il était difficile de distinguer de la composante affective lors de ces observations exploratoires.

LES CONTRAINTES DE TEMPS ET LES DOMAINES DE COMPÉTENCE DÉVELOPPÉS PAR LES AFS EXPÉRIMENTÉES

Les trois pôles de l'activité

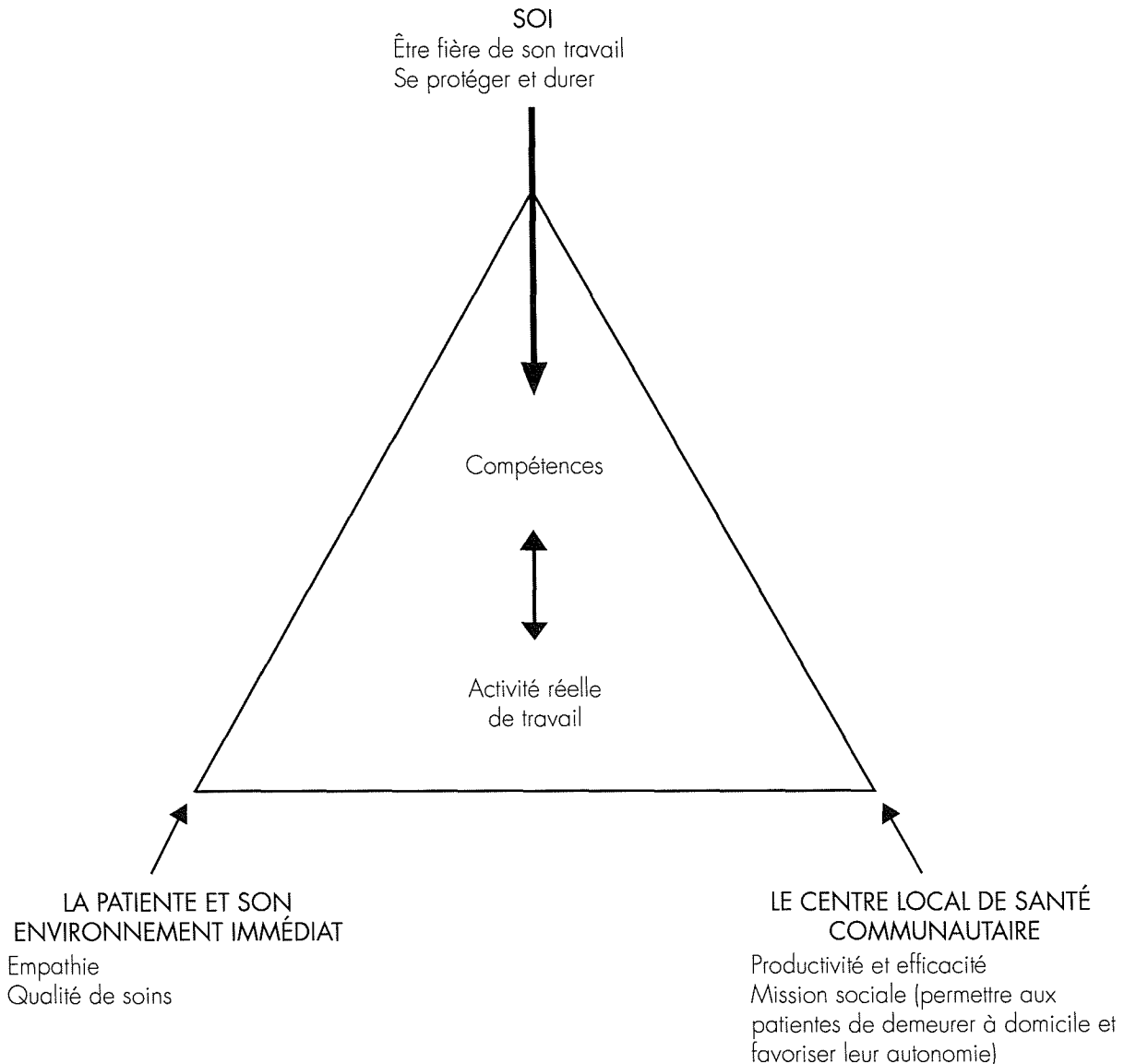
On peut représenter l'activité des AFS comme possédant trois pôles d'orientation (voir schéma ci-contre) qui génèrent chacun des injonctions souvent contradictoires : celui de la patiente et de son environnement immédiat (empathie et qualité des soins), le pôle du Soi (être fière de son travail, se protéger et durer), et le pôle de l'organisation soit le CLSC (productivité et efficacité, mission sociale à l'égard des patients). Répondre aux exigences de chacun de ces pôles d'orientation nécessite la construction de compétences particulières. Et comme la réalisation de l'activité de travail réelle, qui consiste en l'intégration dynamique de ces trois pôles, nécessite fréquemment des compromis entre des injonctions parfois contradictoires, d'autres compétences sont aussi nécessaires pour les gérer.

Le temps

L'omniprésence de la préoccupation à l'égard du temps

Pour illustrer en détail les différents domaines de compétence mis en œuvre par les AFS et leur intrication fort complexe, nous privilégierons l'analyse des stratégies qu'elles utilisent en rapport avec les diverses contraintes de gestion du temps de travail. Ce choix s'impose à cause de l'omniprésence de la question du temps dans ce service, perceptible dès le démarrage du projet. Ainsi, ayant accepté de collaborer avec les chercheuses, la responsable du service de MAD les avait néanmoins d'emblée averties de l'inutilité de conclure sur des recommandations ayant trait au temps. Les chercheuses ont interprété cette remarque comme l'expression du fait que le service de MAD estime avoir peu de marge de manœuvre. Coïncé par un budget restreint alors que la clientèle augmente rapidement, il se sent contraint d'imposer des normes de temps très exigeantes à ses employées. La première entrevue collective, réalisée avant d'observer certaines AFS dans les domiciles, a également fait fortement ressortir l'omniprésence des préoccupations de temps, comme c'est le cas dans certains emplois de

Les trois pôles de l'activité de travail des AFS et leurs exigences



service comme ceux de caissières (Lapeyrière *et al.*, 1996). L'horaire plein temps des AFS est de 35 heures par semaine, de huit heures à seize heures. La charge habituelle est de cinq visites à domicile par jour. Elles font du temps supplémentaire non déclaré dans les domiciles, ainsi que chez elles où elles complètent souvent leurs tâches administratives. Leur charge est considérée lourde même par les gestionnaires.

Le temps abstrait et quantifié

Avec l'essor de l'industrie et des grandes bureaucraties, on sait que le temps est devenu une entité abs-

traite, supposément constituée d'unités invariables ; il peut ainsi être utilisé comme une ressource, c'est-à-dire vendu ou acheté, thésaurisé, utilisé ou gaspillé ; et bien sûr, il peut être contrôlé. De plus, c'est le temps qui devient la mesure du travail et non plus l'inverse (Adam, 1990). Bien des études ont constaté qu'en usine, dans les emplois ouvriers, l'obligation de gérer étroitement le temps constitue un élément capital de l'activité mentale et que lorsque la possibilité de le faire se restreint, à cause de changements dans le déroulement habituel du procès de travail, il y a une importante surcharge mentale, source de tension nerveuse (Teiger, 1987).

La situation à l'étude en constitue une figure particulière dans les services. Les AFS sont soumises aux consignes de leur employeur, qui administre le service de MAD à partir d'une gestion de temps abstrait, alors qu'elles travaillent dans des milieux, les domiciles, dépourvus des mécanismes institutionnels de gestion temporelle. À l'hôpital, par contre, où la grande horloge trône dans chaque département, l'horaire détermine la survenue d'événements communs à tous les patients (lever, coucher, repas, examens, prise des signes vitaux, médication etc.), ainsi que l'emploi du temps des différentes catégories de personnel. L'horaire constitue ainsi un mécanisme qui rassure et permet d'anticiper le déroulement de la journée mais qui, simultanément, dépersonnalise la relation de service (Zarubavel, 1979). Les AFS doivent donc développer des stratégies qui leur permettent d'articuler les exigences du temps abstrait, géré par leur employeur, à la durée vécue du temps des patientes qui est fluctuante selon les circonstances et le moment (Adam, 1990). Les observations de Glucksmann (1998) sont aussi à retenir. Elle note que dans les emplois au bas de l'échelle et peu techniques, souvent détenus par des femmes, les employées doivent développer l'habileté de gérer des exigences temporelles provenant de différentes sources et souvent contradictoires (l'employeur, d'autres catégories professionnelles plus qualifiées, les usagers), pour arriver à faire le travail requis. Cette compétence demeure cependant invisible.

■ Les stratégies de gestion du temps des AFS

Face aux exigences de trois pôles différents

En reprenant tour à tour les trois pôles qui structurent l'activité réelle de travail des AFS (schéma page précédente) on peut dégager, à partir des observations et des entrevues, les stratégies fines qu'elles développent pour leur permettre de concilier (bien que partiellement et temporairement) les injonctions contradictoires qui émanent de ces pôles.

À l'égard de la patiente, comment concilier l'empathie et la qualité des soins alors que le temps est limité et que la patiente suivante attend ? Une des principales stratégies des AFS consiste à faire du dépistage, par rapport à l'état de santé physique et mental de la patiente, pendant les soins physiques, en particulier pendant le bain, où l'intimité du lieu, à l'abri de

l'écoute des autres, s'y prête bien. Mais pour créer des conditions propices à de tels échanges, l'AFS doit avoir préalablement évalué ce qu'il est nécessaire de faire pour obtenir la collaboration de la patiente cette journée-là. Par exemple, la convaincre de la nécessité de prendre un bain en buvant un café avec elle avant, ou, au contraire, éviter toute conversation personnelle afin de ne pas avoir à l'interrompre et la hâter vers la salle de bain. À d'autres patientes, l'AFS a pu donner l'habitude de commencer à se préparer avant son arrivée et de se déshabiller d'elle-même pendant qu'elle prépare la salle de bain. Voici un exemple de cet état de fait, tel que rapporté par une AFS :

« Mais là, comment ça va, tu ne le dis même pas tout de suite, tu le dis dans la salle de bain parce que si elle commence à dire sa semaine, tout ça, ça va te raccourcir du temps. Ça fait que moi je dis : « Bonjour » et vite dans la salle de bain, on fait couler l'eau. La madame vient, ou le monsieur, il se déshabille et c'est là qu'on demande : « Comment ça a été cette semaine ? ». »

Quant à la conciliation des impératifs du CLSC qui ont trait à la productivité et à la mission du service de MAD (permettre aux personnes en perte d'autonomie de demeurer à domicile et les soutenir dans leur relative autonomie), les AFS recourent à une autre stratégie. Il s'agit d'évaluer dans quelles activités les patientes peuvent être incitées à être autonomes sans prendre trop de temps, ce qui nécessite aussi une bonne connaissance antérieure de la patiente et de son état du moment. Par exemple, à une patiente qui bouge difficilement, l'AFS ne proposera pas de se laver elle-même, bien qu'elle en soit capable, parce que cela serait trop long.

L'AFS a aussi ses propres impératifs qui font qu'elle est souvent tiraillée entre l'aspiration à faire un travail de qualité, selon ses propres critères, et la nécessité de se protéger contre les risques d'accident ou d'épuise-

L'AFS a aussi ses propres impératifs qui font qu'elle est souvent tiraillée entre l'aspiration à faire un travail de qualité, selon ses propres critères, et la nécessité de se protéger contre les risques d'accident ou d'épuisement.

ment. Il lui importe alors d'avoir pu accumuler des réserves de temps afin de pouvoir faire une tâche longue et exigeante, telle que le bain, sans devoir se hâter. Se hâter signifierait qu'elle aurait parfois à choisir rapidement entre le bien-être de la patiente et sa sécurité à elle à l'occasion d'un mouvement inattendu (« échapper » la patiente dans la baignoire ou se blesser). Ainsi, dans l'exemple précédent, l'AFS utilise le temps gagné en ne laissant pas la patiente se laver elle-même pour l'encourager à collaborer avec elle afin de sortir de la baignoire. À cette étape, les deux cessent de parler et se concentrent sur la tâche à faire qui est difficile et délicate. Elles visent ainsi à éviter les accidents qui pourraient arriver autant à l'une qu'à l'autre. Ayant une réserve de temps, l'AFS se sent plus libre de prendre le temps nécessaire pour procéder de façon à se protéger elle-même, tout autant que la patiente. Une d'entre elles explique :

« Mais, je me disais pourquoi perdre mon temps à le faire laver ? Ça ne sert à rien, il n'est pas capable. C'est bien mieux de garder mon temps pour après, c'est bien plus important [...]. Je vais prendre plus mon temps dans un cas où il y a des transferts à faire et tout ça. C'est beaucoup plus important parce quand j'arrive au transfert je dis toujours : « Vous me regardez, vous me parlez, on fait les mouvements en même temps et on bouge en même temps sinon c'est dramatique pour vous et dramatique pour moi ». [...] Ça fait que là-dessus moi je vais prendre du temps, mais je me dis de là à leur donner la serviette pour qu'ils prennent 10 minutes à se laver quelque chose. »

Les stratégies de gestion du temps des AFS face à l'ensemble des exigences et des contraintes de leur situation de travail

On a souvent noté, tant en usine que dans les services, la grande capacité des salariés à développer des stratégies temporelles très raffinées leur permettant de gagner du temps à des moments stratégiques, afin de disposer d'une réserve pour d'autres moments cruciaux où il importe de ne pas se presser pour réussir une tâche particulière (Teiger, 1987 ; Seifert *et al.*, 1997). Dans les activités du service de MAD, ces moments cruciaux peuvent être prévisibles (circonstances connues de risques d'accident), plus ou moins probables (détérioration graduelle de l'état physique, mental ou affectif d'une patiente) ou imprévisibles (symptômes pathologiques nouveaux, interventions perturbantes de l'entourage).

Toutes les stratégies de gestion du temps des AFS ont en commun de viser à gagner du temps au bon moment pendant certaines activités qui le permettent. C'est ainsi que les AFS arrivent parfois à ne pas avoir à choisir parmi les injonctions contradictoires auxquelles elles doivent se soumettre (schéma p. 69). Pour être efficaces, ces stratégies exigent une connaissance préalable de la patiente et de son environnement social et matériel, un ajustement relationnel constant, selon l'état de la patiente et de son environnement, ainsi qu'une évaluation de ce qu'il est possible et efficace de faire. Cela implique assez souvent de ne pas respecter certaines consignes des gestionnaires afin d'obtenir la collaboration plus ou moins active des patientes aux soins. Deux stratégies principales, qui font appel à d'autres habiletés, illustrent bien cette gestion plus globale des contraintes de temps.

La première stratégie d'ensemble est celle de l'ajustement constant aux variations fréquentes entre patientes et même pour une patiente aux variations d'une journée à l'autre. Malgré ces variations, l'AFS doit arriver à susciter tout un éventail de comportements d'autonomie nécessaires à la collaboration qui s'ajustent à l'état de chaque patiente. Les différentes modalités de collaboration des patientes vont modifier les conditions dans lesquelles se font les soins (durée, lourdeur, postures, complexité, etc.). L'exemple des relations avec deux patientes fort différentes permet de les expliciter. Avec une patiente qui est atteinte de la maladie d'Alzheimer, l'AFS commence par lui préparer son petit déjeuner et boire un café avec elle, afin de la convaincre de la nécessité de prendre un bain et d'obtenir son assentiment. Puis, pendant que la patiente termine son repas, l'AFS va préparer la salle de bain où elle l'amènera ensuite. Elle ne peut brusquer la patiente qui est très lente, pour descendre à l'étage où est la salle de bain. Tout cela suppose une grande connaissance du cas, ainsi que de la mémoire, pour savoir comment l'aborder pour obtenir sa collaboration, même passive. Par contre, dans un autre cas, une patiente lucide dont les os sont très fragiles, porte une prothèse qui est difficile à enlever. Chez elle, la visite commence aussi par un café que l'AFS prépare et sert à la patiente en chaise roulante. Mais dans ce cas, il s'agit de confirmer et de renforcer une collaboration déjà établie entre l'AFS et la patiente. Elles ont en effet pris le temps, ensemble, de trouver la meilleure manière d'accomplir les soins requis qui sont longs et douloureux. La collaboration physique et affective de la patiente est très active, par opposition au cas précédent.

L'importance de cette découverte commune a fait que la travailleuse expérimentée l'a transmis aux plus jeunes. Voici un extrait d'entrevue à ce sujet :

« *Quand j'ai su qui aurait mes deux semaines de vacances, j'ai dit : « Viens avec moi, je vais tout t'expliquer mes patients. » Je les ai tous pris l'un après l'autre [...] et j'ai dit : « Tu sais, quand je t'explique ça, comme ma madame qui a les os tout cassés, je lui montrais comment la bouger, en tous les cas, je lui ai dit assieds-toi, je vais même te faire le geste. » J'ai dit tu dois penser que je suis folle des bouts, mais c'est pour t'aider, mais j'ai dit je ne veux pas que tu paniques, ne vois pas ça comme catastrophique, vas-y tranquillement et tu vas voir, tu vas oublier la moitié de ce que je te dis, mais en le faisant, ça va tout te revenir. » Ça fait qu'elle m'a dit, quand je suis revenue de vacances : [...], « si tu retournes en vacances, n'importe quel temps je suis prête à te remplacer. Tes patients sont assez fins ».*

Mais je lui avais tout donné. Moi j'ai trouvé ça le fun qu'elle me dise que ça avait bien été et les patients m'ont tous dit : « Tu sais la madame qui t'a remplacée, elle a fait exactement comme toi, elle est bien fine et on l'a bien aimé ». J'ai dit : « Bon, parlez-moi de ça ! ». Moi j'aime bien mieux qu'ils me disent ça qu'ils me disent : « Bien, tu sais la fille qui t'a remplacée, non ». Ça fait que moi, en donnant toute l'information, je trouve que c'est le fun parce que moi, quand je suis rentrée, j'aurais aimé ça qu'on me la fasse. »

Il est possible qu'une AFS ait ces deux types de cas qui exigent qu'elle établisse des relations fort différentes pour arriver au même objectif : donner un soin de qualité, sans trop de risques, à l'intérieur d'une limite de temps donnée. Cela explique pourquoi il y a une différence

d'interprétation entre les AFS et les gestionnaires de ce qu'est un cas lourd. Pour les gestionnaires, par exemple, la patiente souffrant de la maladie d'Alzheimer est un cas moins lourd que l'autre parce que, selon le plan de soins, il n'y a qu'un bain à lui donner.

La seconde stratégie d'ensemble a trait à l'élaboration des routes, c'est-à-dire, à la séquence quotidienne que suivent les AFS pour se rendre d'un domicile à l'autre. Une fois par semaine, la responsable remet à chaque AFS les listes quotidiennes des patientes à visiter et des soins à donner. Chaque AFS est libre de décider de l'ordre de ses visites aux cinq domiciles. Le premier principe général qui s'applique est celui de minimiser les distances (environ 15 kilomètres par jour) afin de réduire les pertes de temps. Le territoire est déjà séparé en deux secteurs géographiques à cette fin. Mais ce principe se heurte à certaines réalités qui vont amener les AFS à modifier le parcours théoriquement le plus bref. Par exemple, sachant qu'une patiente demande un soin physique long et douloureux, dont la durée peut être variable, ou qu'une autre est particulièrement déprimée, l'AFS peut décider de placer de tels cas à la fin de la matinée ou de la journée afin de ne pas avoir à se presser de quitter ce domicile pour se rendre chez une autre patiente qui l'attend, si le temps requis du soin s'avère plus important que prévu. Lorsqu'elle est en retard, outre le délai, il y a aussi d'autres tâches qui s'ajoutent et prennent du temps comme téléphoner pour avertir, négocier et rétablir un climat affectif approprié aux tâches à faire quand la patiente, ou son entourage, manifestent leur déception ou leur colère. La planification des routes quotidiennes ajoute donc une autre dimension de gestion du temps à celle des cas individuels à domicile. L'AFS doit situer, évaluer tous les cas de sa journée afin de peser les exigences de chacun d'entre eux par rapport à la nécessité de suivre le parcours le plus court.

L'ORGANISATION DU TRAVAIL ET LA GESTION DU TEMPS

Il a souvent été proposé, dans le but de maintenir en emploi des salariés vieillissants, d'organiser le travail de manière à ce qu'elles et ils aient davantage de latitude sur le plan des contraintes temporelles. Ce principe étant rarement concrétisé de manière opérationnelle, on suppose habituellement qu'il s'agit

Alors que les AFS revendiquent le plus de stabilité possible de leurs cas [les patientes], à cause du temps qu'elles peuvent sauver lorsqu'elles connaissent bien les patientes et leur environnement, les gestionnaires distribuent les cas selon d'autres principes comme l'équité et la diversité.

d'aménagements qui portent directement sur le temps. Les observations et les analyses de cette recherche indiquent qu'il est possible d'intervenir sur les contraintes de temps en prenant en compte plusieurs autres aspects de l'organisation du travail. Cela est dû à ce que plusieurs éléments de l'activité réelle de travail pourraient prendre moins de temps si certains aménagements étaient apportés à l'organisation du travail.

C'est l'observation de l'organisation du travail des AFS, telle qu'elle structure leur activité réelle de travail ainsi que les échanges avec elles à ce sujet, qui ont permis d'en arriver à cette constatation et à formuler des hypothèses sur les raisons pour lesquelles cela ne se fait pas.

Par exemple, alors que les AFS revendiquent le plus de stabilité possible de leurs cas, à cause du temps qu'elles peuvent sauver lorsqu'elles connaissent bien les patientes et leur environnement, les gestionnaires distribuent les cas selon d'autres principes comme l'équité et la diversité (pour éviter que les AFS s'attachent trop aux patientes). Les modalités de circulation de l'information, cruciales parce que l'ensemble du personnel du service se retrouve très rarement ensemble dans les locaux du CLSC, sont efficaces en principe mais, en pratique, les AFS ont beaucoup de difficulté à rejoindre les chargées de cas, si bien que souvent des décisions qui s'imposent tardent, ce qui peut alourdir les tâches des AFS. Les AFS ont aussi indiqué l'importance d'aménagements physiques mineurs, que le CLSC exige en principe des patientes avant de fournir les soins dans les domiciles ; mais souvent ces aménagements ne sont pas faits, ce qui exige d'elles davantage de temps et augmente les risques d'accidents, en particulier dans la salle de bain. Tous ces facteurs, en augmentant le temps requis pour faire certaines tâches, réduisent la marge de manœuvre dont disposent les AFS pour gérer les diverses contraintes de temps avec lesquelles elles sont aux prises. Un mode de gestion de crise, qui caractérise ce service, fait que sur plusieurs points, l'application ne suit pas les décisions de principes. Il y a lieu de croire qu'il est avant tout attribuable aux contraintes imposées par des décisions politiques qui visent à réduire le déficit de l'État. La surcharge fait aussi que le service doit constamment régler des cas

d'urgence, ce qui l'empêche de régler des problèmes chroniques avant qu'ils dégénèrent en crise.

* *
*

Quelques recherches ont documenté le fait que l'emploi d'AFS est un emploi féminin au bas de l'échelle, souvent assimilé au travail domestique et à ses tâches invisibles. On ignore donc une grande partie du travail exécuté par les AFS ainsi qu'une partie importante des compétences requises. Mais rares sont les travaux qui ont étudié en détail leur activité réelle de travail.

Les résultats de cette recherche multidisciplinaire, associant l'ergonomie à la sociologie, font voir que la composante affective et mentale de ce travail de soins est aussi importante que la composante physique et en est inséparable. Ils indiquent aussi que cette composante essentielle du travail des AFS requiert plusieurs habiletés et compétences, mais celles-ci ne sont pas toujours reconnues par les gestionnaires, puisqu'elles sont utilisées à réaliser des tâches invisibles. Cette occultation touche aussi la formation qui est surtout axée sur les tâches physiques qu'on croit être l'essentiel de ce travail. C'est donc surtout par l'expérience, individuelle et collective, que les AFS développent les savoir-faire nécessaires à l'exécution de ces tâches invisibles. Nous les avons illustrés par le recours à des stratégies fines et complexes de gestion du temps. Ces compétences ne permettent toutefois pas aux AFS d'échapper complètement aux conséquences d'une charge trop lourde. Elles compensent donc par d'autres stratégies individuelles coûteuses sur le plan personnel : temps supplémentaire non déclaré auprès des patientes, temps supplémentaire à domicile pour compléter leurs tâches administratives, travail à temps partiel, douleurs physiques quotidiennes en fin de journée, taux de lésions professionnelles très élevé malgré une formation à la manipulation sécuritaire des patients.

La contribution des AFS à la mission du service de MAD est majeure. Il importe donc que les gestionnaires en prennent conscience et les soutiennent en organisant le travail du service de façon à leur faciliter le travail et à leur permettre de recourir pleinement à ces compétences cachées. ■

Bibliographie

- Adam B. (1990), *Time and Social Theory*, Philadelphie, Temple University Press.
- Aronson J. et Neysmith S.M. (1996) (a), « The Work of Visiting Home Makers in the Context of Cost Cutting », *Canadian Journal of Public Health (Revue canadienne de santé publique)*, 87(6), p. 422-425.
- Aronson J. et Neysmith S.M. (1996) (b), « Home Care Workers Discuss their Work : the Skills Required to »Use your Common Sense« », *Journal of Aging Studies*, 10(1), p. 1-14.
- Bachelard G. (1992) (première édition : 1957), *La poétique de l'espace*, Paris, Presses universitaires de France.
- Cloutier E., David H., Prévost J., et Teiger C. (1998), *Santé, sécurité et organisation du travail dans les emplois de soins à domicile, R-202*, Montréal, Institut de recherche sur la santé et la sécurité du travail.
- Cloutier E. et Dubucs B. (1994), « Étude du travail réel des aides-soignantes à domicile », *Archives des maladies professionnelles*, 55(4), p. 269-277.
- Cloutier E. et Duguay P. (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, R-118*, Montréal, Institut de recherche en santé et sécurité du travail.
- Daniels A.K. (1987), « Invisible work », *Social Problems*, 34, p. 403-415.
- Davies C. (1995), « Competence vs Care ? Gender and Caring Work Revisited », *Acta Sociologica*, n° 38, p. 17-31.
- Eliasson R. (1990), « Perspectives and Outlooks on Social Science Research », in Elziniga A. et al. (dirs), *In Science we Trust ?*, Lund (Suède), Lund University Press, p. 256-271.
- Falzon P. et Lapeyrière S. (1998), « L'utilisateur et l'opérateur : ergonomie et relations de service », *Le Travail Humain*, 61(1), p. 69-90.
- Glucksmann M.A. (1998), « What a Difference a Day Makes : A Theoretical and Historical Exploration of Temporality and Gender », *Sociology*, 32 (2), p. 239-258.
- Graham H. (1983), « Caring : A Labour of Love », in Finch J. et Groves D. (dirs), *A Labour of Love, Women, Work and Caring*, Londres, Routledge and Kegan Paul, p. 13-30.
- Hochschild A.R. (1983), *The Managed Heart, Commercialization of Human Feeling*, Berkeley, University of California Press.
- Jolin P. (1993), « Définir les conditions sécuritaires pour les soins d'hygiène à domicile », *Objectif Prévention*, Association pour la santé et la sécurité du travail, secteur affaires sociales (ASSTSAS), 5(4), p. 34-37.
- Lapeyrière S., Massip C., de Pesquidoux C., et Oubbadia J.C. (1996), « Connaissance et méconnaissance du travail des femmes », in *Intervenir en ergonomie : Regard, diagnostics et actions de l'ergonomie contemporaine*, Bruxelles, SELF, université libre de Bruxelles, p. 173-174.
- 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*, tome 2, Paris, CNAM, Laboratoire de psychologie du travail, p. 191-199.
- Leira A. (1994), « Concepts of Caring : Loving, Thinking, and Doing », *Social Service Review*, p. 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*, n° 36, p. 141-150.
- Proteau R.-A. (1992), « Dossier : Les soins à domicile », *Objectif Prévention*, ASSTSAS, 5(2).
- Rocher M. (1990), « Les conditions de travail des infirmières et des aides-soignantes à domicile », *Travail et sécurité*, n° 12, p. 678-692.

Seifert A.M., Messing K., et Dumais L. (1997), « Star Wars and Strategic Defense Initiatives : Work Activity and Health Symptoms of Unionized Bank Tellers during Work Reorganization », *International Journal of Health Services*, 27 (3), p. 455-477.

Szasz (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*, n° 15, p. 191-210.

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

Teiger C., Cloutier E., David H., et Prévost J. (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 », communication au congrès *Temps de travail* de la Société d'ergonomie de langue française (SELF), Paris, p. 739-752.

Thomas C. (1993), « De-constructing Concepts of Care », *Sociology*, 27(4), p. 549-669.

Waerness K. (1992) (première édition : 1984), « On the Rationality of Caring », in Showstack Sassoon A. (dir.), *Women and the State*, Londres, Routledge.

Zerubavel E. (1979), *Patterns of Time in Hospital Life*, Chicago, Chicago University Press.

Résumé

Les compétences des auxiliaires familiales et sociales expérimentées dans la gestion des contraintes de temps et des risques de santé

par Esther Cloutier, Hélène David, Catherine Teiger et Johane Prévost

Une recherche exploratoire sur le travail des auxiliaires familiales et sociales (AFS), emploi équivalent à celui d'aide-soignante, d'un service public de maintien à domicile (MAD) au Québec a permis de documenter et d'analyser leur activité réelle de travail de même que sa structuration par les modalités de l'organisation du travail imposées par des décisions politiques. Les résultats de cette recherche multidisciplinaire, associant l'ergonomie à la sociologie, font voir que la composante affective et mentale de ce travail de soins est aussi importante que la composante physique et en est inséparable. Ils indiquent aussi que cette importante composante du travail des AFS requiert plusieurs habiletés et compétences, mais celles-ci ne sont pas reconnues par les gestionnaires, puisqu'elles sont utilisées à réaliser des tâches invisibles. Cette occultation touche aussi la formation qui est surtout axée sur les tâches physiques qu'on croit être l'essentiel de ce travail. C'est donc surtout par l'expérience, individuelle et collective, que les AFS développent les savoir-faire nécessaires à l'exécution de ces tâches invisibles.

Illustrées par le recours à des stratégies fines et complexes de gestion du temps, ces compétences ne permettent toutefois pas aux AFS d'échapper complètement aux conséquences d'une charge trop lourde. Elles compensent donc par d'autres stratégies individuelles coûteuses sur le plan personnel : temps supplémentaire non déclaré auprès des patientes, temps supplémentaire à domicile pour compléter leurs tâches administratives, travail à temps partiel, douleurs physiques quotidiennes en fin de journée, taux de lésions professionnelles très élevé malgré une formation à la manipulation sécuritaire des patients. La contribution des AFS à la mission du MAD est majeure. Il importe donc que les gestionnaires en prennent conscience et organisent le travail du service de façon à pouvoir recourir pleinement à ces compétences cachées.

