

Les transformations organisationnelles des dix dernières années dans le secteur de la santé et la manifestation des compétences relationnelles des infirmières vieillissantes.

**8^e édition du colloque annuel des étudiant.e.s de cycles supérieurs du
CRISES. Université Concordia, 9 et 10 mars 2006**

**Yvan Tourville, étudiant au Programme de Ph.D. en Sciences humaines appliquées
de l'Université de Montréal**

Un certain nombre d'études présentent les transformations du réseau de la santé dans une perspective de déqualification du travail infirmier. Or, il s'avère que les changements qui s'opèrent depuis une dizaine d'années offrent également des possibilités de reprofessionnalisation. Très peu de recherches s'intéressent toutefois directement au sens que donnent les infirmières âgées à leur travail. Qui plus est, lorsque ces études s'intéressent précisément aux compétences¹ qu'elles détiennent, dans la majorité des cas, c'est par l'entremise de questionnaires, plus souvent remis aux gestionnaires et moins à celles-ci. La communication actuelle est le fruit d'une recherche plus vaste qui s'est, entre autres, intéressée aux infirmières d'expérience et autres dispensaires de soins qui travaillent en CLSC et en CHSLD (Lagacé, Tourville, Robin-Brisebois, 2005).

L'objectif de cette présentation est double : premièrement présenter différentes dimensions relatives aux changements dans le système de santé au cours de la dernière décennie et deuxièmement, d'y arrimer quelques résultats empiriques issus d'une recherche terrain ayant privilégié une méthodologie tant qualitative que quantitative. La première nous a permis de procéder, en plus d'entrevues semi-dirigées, à 135 heures d'observations directes auprès de différentes catégories professionnelles : infirmières coordinatrices, infirmières, infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires et auxiliaires familiales et sociales à l'intérieur de l'ensemble des plages horaires : jour, soir, nuit, semaine et fin de semaine, et la deuxième de rejoindre 112 répondantes à un questionnaire. Dans les deux cas, il s'agit de dispensatrices de soins de 45 ans et plus travaillant depuis au moins dix ans dans le secteur de la santé.

1. Les transformations du système de la santé depuis la dernière décennie : une occasion pour valoriser les compétences des infirmières âgées ou non ?

Il m'apparaît important de situer l'implantation des changements organisationnels dans le secteur de la santé à l'intérieur d'une nouvelle gouvernance (Hatchuel, 2000) pour mieux

¹ Sur le plan théorique, une revue de la littérature sur la notion de compétence indique qu'un consensus est présent quant au contexte ayant favorisé son émergence, mais non en ce qui a trait à sa nature et à ses impacts dans les rapports sociaux à l'intérieur des organisations de travail. Si d'un côté cette notion s'arrime à celle de productivité et/ou à l'espace d'autonomie qui est laissé aux dispensaires de soins dans leur relation de services (Gadrey, 1996; Demailly, 1998; Zarifian, 2001; LeBoterf, 2005), de l'autre elle est davantage vue comme une nouvelle forme de domination dans les rapports sociaux entre les directions et les employés (Oiry et d'Iribarne, 2001; Dugué, 1994; Dubar, 1996).

comprendre leurs impacts sur le travail infirmier. Nous assistons depuis quelques années à une profonde remise en question de la structure et de la dynamique des prestations de soins aux personnes (FIIQ, 2003; Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2003). Les changements actuels incluent notamment de nouvelles valeurs organisationnelles et des principes de gestion tels que l'orientation client, l'amélioration de la qualité et la valorisation professionnelle, et s'appuient entre autres sur la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux des services de santé et des services sociaux (Loi 25).

Dans ce contexte, certains auteurs soulignent la convergence qui s'opère aujourd'hui dans plusieurs pays occidentaux entre le modèle privé et le modèle public en ce qui a trait au modèle de pratiques de gestion des ressources humaines (Laville 2005). Les caractéristiques communes qui émergent ou qui sont alors souhaitées à l'intérieur des établissements publics sont de l'ordre de la souplesse, de la flexibilité ou de l'efficacité. Ces caractéristiques s'accompagnent d'une décentralisation des pouvoirs de décision bien que, jusqu'à présent, ce soit surtout le processus *top down* qui a marqué les profondes transformations des dernières années, et ce, sans s'attarder en profondeur aux groupes professionnels en place, dont les infirmières.

Le secteur des services publics dans lequel œuvrent les infirmières voit sa productivité grandement remise en question. Nul doute que les compétences qu'elles détiennent ne soient une variable mise de côté par les auteurs qui s'intéressent à ce sujet. S'ils y font référence, c'est cependant à des degrés divers. Pour certains, la compétence relationnelle est un critère fondamental qui exclut une éventuelle industrialisation du travail infirmier, et par le fait même sa déqualification (Gadrey, 1996; Demailly, 1998). Elle prend racine dans la perspective où les connaissances qui sous-tendent les actions professionnelles ne reposent pas uniquement sur des savoirs spécialisés et abstraits, mais aussi sur des routines, des dimensions relationnelles et des interactions avec les individus qui s'inscrivent dans la remise en question de la productivité dans le secteur des services. Pour d'autres, par contre, le *design* qui caractérise cette nouvelle forme de gestion des soins ne vise qu'à promouvoir un modèle industriel plutôt qu'à répondre aux préoccupations des infirmières (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, Busse, Clarke, Giovannetti, Hunt, Rafferty et Shamian, 2001). Cette critique s'appuie surtout sur l'impact des importantes réductions d'effectifs des dernières années sur le personnel encore en place. Lapointe, Chayer, Malo et Rivard (2000) se sont intéressés à l'impact de ces transformations sur le travail infirmier au Québec et montrent les possibilités de reprofessionnalisation. Ils notent également l'importance de s'attarder plus spécifiquement aux travailleuses âgées.

L'émergence de nouvelles pratiques de gestion dans le système de santé au Québec vise en partie la valorisation des compétences des travailleuses âgées (RSSS, 2002; Comité de réflexion inter-établissements, 2000). Toutefois, l'impact des changements organisationnels qui l'accompagne se veut inégal et hétérogène : si certaines employées se montrent favorables à rester plus longtemps à l'emploi en raison, entre autres, d'une valorisation de leurs compétences, d'autres, par contre, souhaitent partir le plus

rapidement possible et trouvent pénible d'adopter des comportements qui répondent aux nouvelles contraintes de l'environnement (Tourville, 2006).

Le rôle que peuvent exercer les politiques publiques sur le comportement des entreprises face au vieillissement de la main-d'œuvre s'inscrit dans une réflexion qui privilégie une société plus active à tous les âges et une gestion plus qualitative et différenciée des trajectoires professionnelles. Cette réflexion prend racine dans la contraction actuelle et à venir de la population active entre la sortie des baby-boomers et l'entrée d'une génération plus réduite de travailleurs (Guillemard, 2003).

Le secteur des soins infirmiers, quant à lui, est aux prises avec un déficit de main-d'œuvre qualifiée qui est appelé à croître au cours des années à venir (Ministère de la santé et des services sociaux, 2001). Les dernières données de l'OIIQ sur l'évolution de l'effectif de la profession infirmière au Québec indiquent une augmentation significative et encourageante du nombre d'infirmières âgées de moins de 24 ans depuis deux ans. Toutefois, celles qui sont âgées de 50 ans ou plus représentent aujourd'hui 33,2% de l'effectif sur le marché de l'emploi alors qu'elles n'étaient que 16,6% en 1991-1992 (OIIQ, 2005a). Le Réseau public des services de santé, au Québec, emploie plus de 55 000 infirmières. De ce nombre :

- environ 36 000 (65,1%) travaillent dans un Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGP),
- 10 000 (18,2%) dans un Centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) et
- 6 187 (11,2%) dans un Centre local de services communautaires (CLSC).

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

2. Quelques résultats empiriques. Le départ à la retraite malgré l'autonomie dans l'expression des compétences

C'est dans un contexte de transformations du réseau de la santé, de la main-d'œuvre et des soins² que diverses mesures sont actuellement identifiées en vue de faire face à une pénurie de main-d'œuvre qualifiée, de manière à l'inciter à demeurer plus longtemps en emploi. Nous avons tenté de comprendre dans quelle mesure ces modes de gestion entraînent ou non une valorisation des compétences des dispensatrices de soins dans des CLSC et CHSLD, et si, dans le cas où de telles pratiques seraient avérées, ils influençaient leur décision de demeurer en emploi ou à maintenir, sous différentes

² Le virage ambulatoire, les changements de personnel, l'«approche milieu de vie» et l'«alourdissement» des clientèles représentent sans contredit les quatre principaux changements sur lesquels s'appuient les personnes que nous avons rencontrées, toutes catégories professionnelles confondues, pour rendre compte de l'évolution de leurs conditions de travail.

formes, un lien d'emploi avec l'établissement au moment de prendre leur retraite (Lagacé, Tourville, Robin-Brisebois, 2005).

Donc, nous avons interrogé les dispensatrices de soins quant à la reconnaissance de leurs compétences, leur marge d'autonomie perçue dans l'exécution des tâches, l'impact des transformations du système de santé sur leurs conditions générales de travail et sur leur motivation face aux offres institutionnelles d'aménagement du temps et/ou des postes de travail et à la rémunération.

Nous avons choisi de ne pas adopter une position normative face à la notion de compétence. Nous leur avons plutôt demandé de nous faire part de leur propre définition de ce concept dans le secteur des services. Les réponses sont intéressantes en ce sens qu'elles se situent en dehors des caractéristiques habituelles que nous retrouvons dans certaines « grilles de compétences » recensées dans la littérature. En effet, l'« *amour de l'autre* » est le mot qui revenait le plus souvent chez les personnes interrogées. Dans cette optique, le fait de s'« *intéresser à la vie des personnes en perte d'autonomie* », de leur « *poser des questions* », d'être « *délicate* », « *patiente* » et « *douce dans le contact avec elles* » favorisent l'accomplissement du travail, en toute « *complicité* » avec le résident : « *Il faut aimer les gens. C'est alors moins pénible pour tous les deux, pour nous comme pour eux* », nous dit une répondante. Ou encore : « *Il faut du cœur pour travailler avec cette clientèle. Ce n'est pas de la marchandise. Il faut de l'amour, de l'écoute et de l'attention. Il ne faut pas les brusquer* ».

Ces dispositions de la part des travailleuses d'expérience s'accompagnent de « *trucs du métier* » qui entraînent des répercussions notables tant au niveau individuel que collectif. Il devient par exemple facile pour elles de « *reconnaître plus rapidement les besoins, le caractère et la mentalité des résidents* », surtout lorsqu'il s'agit de nouveaux résidents. L'intervention en est alors facilitée, surtout lorsque celle-ci s'avère désagréable, par exemple les prises de sang pour les personnes diabétiques. Lorsque les résidents se retrouvent ainsi en confiance, ils sont, en contrepartie, moins « *agités* » et « *sonnent moins souvent* » pour qu'un membre de l'équipe aille les voir, ce qui facilite les soins aux autres.

Par la suite, nous avons cherché à savoir, au niveau quantitatif, quel était le degré d'accord des répondantes quant à différentes propositions relatives à la notion de compétence. Les résultats indiquent que 89,3% d'entre elles sont d'accord ou moyennement en accord avec le fait que leurs compétences sont reconnues et que 83% sont d'accord ou moyennement en accord avec le fait qu'elles bénéficient d'une marge d'autonomie dans leur travail. Il s'agit donc, selon notre hypothèse de recherche, d'un haut taux de satisfaction qui devrait, en regard à la littérature sur le sujet, contribuer à inciter ces personnes à demeurer en emploi au moment de la prise de retraite. Or, les réponses à ce chapitre ne vont pas dans cette direction.

En effet, les mesures d'aménagements qui visent l'enrichissement des tâches – se voir offrir une promotion, devenir formatrice ou avoir plus de responsabilités – s'avèrent moins populaires que celles qui, au contraire, visent un désinvestissement progressif du

travail – réduction du temps de travail et des exigences accompagnée d’une augmentation de salaire. 20% des répondantes seulement accepteraient de retarder leur départ à la retraite dans le premier cas contre 40% à 50% de notre échantillon dans le deuxième cas.

Ceci établi, il importe de souligner que les pratiques en matière de vieillissement de la main-d’œuvre construisent, sur le plan analytique, le vieillissement en emploi en regard au contexte de transformation des dix dernières années. Selon certains gestionnaires interviewés, ce ne sont pas toutes les employées qui possèdent les caractéristiques nécessaires pour faire face au changement, entre autres la capacité de leadership qui est attendu de la part des infirmières, surtout chez les chefs d’équipe : l’âge d’une employée sera valorisé si elle répond aux nouvelles exigences organisationnelles, mais, en contrepartie, il sera dévalorisé s’il apparaît comme un obstacle dans l’atteinte des objectifs fixés par la direction. Le style de gestion est également un facteur important à considérer.

Enfin, soulignons également un autre facteur de taille qui construit socialement le vieillissement en emploi : les régimes de retraite. Notre recherche a mis en évidence que les milieux de travail étudiés favorisent l’expression autonome des compétences de la part des travailleuses d’expérience malgré les impacts négatifs évidents des transformations des dernières années sur leur travail³. Toutefois, même si des réaménagements de l’organisation du travail favoriseraient la reconnaissance de ces compétences, les choix des répondantes s’orienteront davantage vers le retrait de l’activité d’emploi par le biais des régimes de retraite. Ceci montre que même les pratiques de gestion novatrices ne peuvent favoriser, tel que le postule la littérature et notre hypothèse de recherche, un maintien en emploi de la main-d’œuvre vieillissante, dans le cas d’emplois qui bénéficient d’un solide régime de retraite conventionné.

Références

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M, Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M. et Shamian, J. (2001). Nurses’ Report on hospital care in five countries. *Health Affairs*, May/june, 43-53.

Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2003). *Au-delà des structures, mieux servir la population*. Mémoire sur le projet de loi 25 – Loi portant sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Adopté par le conseil d’administration le 28 novembre 2003. Montréal.

Comité de réflexion inter-établissements (2000). *Rapports sur la réflexion relative à la démarche de rapprochement entre CHSLD CLSC*. Montréal.

Demailly, L. (1998). Les métiers relationnels de service public: approche gestionnaire, approche politique. *Lien Social Et Politiques- RIAC*, (40), 17-23.

³ Une claire majorité des répondantes est d’accord pour dire que les transformations du système de santé ont un impact négatif sur leurs conditions de travail, entre autres les changements fréquents de personnel et le recours à du personnel d’agences privées.

Denis, J.-L. (1999). Trois modèles et trois terrains pour penser la décentralisation. Dans J.-P. Claveranne (Éd.) *La santé demain. Vers un système de soins sans murs*. Dixièmes entretiens du Centre Jacques Cartier, Rhône Alpes. Paris : Économica.

Dubar, C. (1996). La sociologie du travail face à la qualification et à la compétence. *Sociologie du travail*, 38 (2), 179-193.

Dugué, E. (1994). La Gestion des compétences, les savoirs dévalués, le pouvoir occulté. *Sociologie du travail*, 3, 273-292.

Fédération des infirmières et des infirmiers du Québec (2003). *Pour l'avenir des services publics...des projets de loi inutiles, incomplets et dangereux*. Montréal : FIIQ.

Gadrey, J. (1996). *Services : la productivité en question*. Paris: Desclée de Brouwer.

Guillemard, A.-M. (2003). *L'âge de l'emploi : les sociétés à l'épreuve du vieillissement*. Paris : Armand Colin.

Hatchuel, A. (2000). Prospective et gouvernance : quelle théorie de l'action collective? Dans E. Heurgon et J. Landrieu (Éds). *Prospective pour une gouvernance démocratique. Colloque de Cerisy* (pp. 29-42). La Tour d'Aigues : Éditions de l'Aube.

Lagacé, C., Tourville, Y. et Robin-Brisebois, A., avec la collaboration de Stéphane Crespo, sous la direction de Frédéric Lesemann (2005). *Vieillesse de la main-d'oeuvre, pratiques d'entreprises, politiques publiques: développer une compréhension différenciée du phénomène pour mieux agir*. Montréal, INRS Urbanisation, Culture et Société, septembre, 202 p.

Lapointe, P.-A., Chayer, M., Malo, F. B., & Rivard, L. (2000). La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 13(2), 164-180.

Laville, J.-L. (2005). *Sociologie des services. Entre marché et solidarité*. Ramonville Saint-Agne : Érès.

Le Boterf, G. (2005). La compétence professionnelle. De quoi s'agit-il? Comment l'évaluer? Quelques hypothèses de travail. Conférence donnée à la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Montréal le 6 mai.

Ministère de la santé et des services sociaux (2001). *Rapport du forum national sur la planification de la main d'œuvre infirmière*. Québec : Gouvernement du Québec.

Oiry, E. et d'Iribarne, A. (2001). La notion de compétence : continuité et changements par rapport à la notion de qualification. *Sociologie du travail*, 43, 49-66.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2005a). *Évolution de l'effectif de la profession infirmière au Québec. Donnée au 31 mars 2005*. Octobre. Montréal : OIIQ.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2005b). *Données sur la population infirmière par région administrative à partir du fichier des membres au 31 mars 2005*. Montréal: OIIQ.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2002). Les rapprochements CLSC-CHSLD dans la région de Montréal-Centre. Un état de situation : les enjeux et les défis. Jean Claude Boisvert et associés.

Tourville, Y. (2006). Les innovations sociales en santé et vieillissement en emploi dans le cadre du passage du modèle de la qualification à celui de la compétence. Actes du Colloque des étudiants du CRISES. Québec, le 31 mars et le 1 avril 2005.

Zarifian, P. (2001). *Le modèle de la compétence*. Paris : Liaisons