RAPPORT DE RECHERCHE

InterActions
Centre de recherche et de partage des savoirs
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

LA FRAGILISATION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL DES PRÉPOSÉES AUX BÉNÉFICIAIRES ET DES AUXILIAIRES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX EXPÉRIMENTÉES DU SECTEUR PUBLIC AU QUÉBEC :

QUELLES CONSÉQUENCES SUR LA VIE PERSONNELLE ET FAMILIALE?

FRANÇOIS AUBRY, PH. D.
YVES COUTURIER, PH. D.

JANVIER 2019

CHERCHEUR PRINCIPAL

François Aubry, Ph.D., professeur, département de travail social, Université du Québec, chercheur, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions..

CO-CHERCHEUR

Yves Couturier, Ph.D., professeur, école de travail social, chercheur, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions.

ASSISTANTES DE RECHERCHE

Flavie Lemay, étudiante en travail social, Université du Québec en Outaouais.
Janick Allyson, étudiante en travail social, Université du Québec en Outaouais.
Jasmine Cardinal, étudiante en travail social, Université du Québec en Outaouais.
Magalie Proulx, étudiante en travail social, Université du Québec en Outaouais.

COORDINATION DE L'ÉDITION

Geneviève Grenier, CRPS InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

GRAPHISME

Le Zeste Graphique et Patricia Décarie

DIFFUSION

CRPS InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

REPRODUCTION

Il est permis de reproduire à des fins purement informatives et non commerciales tout extrait du présent document pourvu qu'aucune modification n'y soit apportée et que les noms des auteurs originaux et de la source soient clairement indiqués.

© Centre InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

ISBN 978-2-550-82160-1 (en ligne)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec

InterActions
Centre de recherche et de partage des savoirs
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

CENTRE DE RECHERCHE ET DE PARTAGE DES SAVOIRS INTERACTIONS DU CIUSSS DU NORD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

Le Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions du CIUSSS de Nord-de-l'Île-de-Montréal est un centre soutenu depuis 2001 par le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQ-SC : 2015 – SI-182311). Il est désigné Centre affilié universitaire (CAU) par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Sa programmation porte sur les services sociaux et de première ligne intégrée et les aborde sous l'angle de l'articulation des réseaux familiaux, communautaires et publics face aux problèmes sociaux et psychosociaux complexes. Le centre intègre une vingtaine de chercheurs universitaires multidisciplinaires et d'universités diverses. Outre la recherche sociale, le centre réalise et soutient des activités d'évaluation de programmes et de pratiques et de mobilisation des connaissances. Il accompagne les praticiens et gestionnaires du CIUSSS ainsi que du réseau des partenaires sur son territoire dans l'appropriation de nouvelles connaissances et dans le développement des pratiques de pointe.

InterActions
Centre de recherche et de partage des savoirs
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal
Québec

Université de Montréal

Fonds de recherche Société et culture
Québec

Table des matières

INTRODUCTION 7

CONTEXTE DE L'ÉTUDE 8

Vieillissement de la population au Québec 8
Fonctions des PAB et ASSS 8
Caractéristiques des PAB et ASSS 8
Problématiques relatives aux PAB et ASSS en termes d'attraction et de rétention 10
Problématiques relatives aux PAB et ASSS en termes de santé au travail 11

CADRE THÉORIQUE ET PROBLÉMATIQUE 13

Deux modèles théoriques pertinents 13
Dimensions spécifiques aux PAB et ASSS 15
Intensification de la charge de travail 16
Fragilisation de la santé au travail 16

QUESTION DE RECHERCHE 18

MÉTHODOLOGIE 19

Origine de l'étude 19
Type de devis et outils utilisés 19
Échantillonnage et processus de recrutement 19
Retranscription, codage et analyse 19

RÉSULTATS 21

1. Trajectoires et caractéristiques des PAB et ASSS interrogées 21
    1.1 Trajectoires socioprofessionnelles 21
    1.2 Caractéristiques individuelles, familiales et professionnelles des PAB et ASSS 21
2. L'intensification de la charge de travail 23
3. La fragilisation de la santé au travail 25
4. Un éloignement du gestionnaire immédiat et peu soucieux des enjeux d'articulation ? 27
5. La précarité salariale : l'impact du second salaire 29
6. Horaires de travail 30

DISCUSSION 32

CONCLUSION 34

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 35

Table des figures

Figure 1. Caractéristiques sociales des PAB et ASSS et problématiques organisationnelles en lien avec l'articulation travail-famille-vie personnelle 12

Figure 2. Modèle de conciliation travail-famille, selon Duxbury et Higgins (2003)..... 14

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1. Taux de préposées et auxiliaires du réseau de la santé et des services sociaux par statuts d'emploi au Québec, en 2016..... 10

Tableau 2. Taux d'assurance salaire et d'accident du travail pour les PAB et ASSS, en 2016 11

Tableau 3. Descriptif des PAB interrogées..... 22

Tableau 4. Descriptif des ASSS interrogés..... 22

Sommaire

Ce rapport présente les résultats d'une étude exploratoire visant à identifier les difficultés organisationnelles vécues par les PAB et les ASSS et leurs effets sur l'articulation travail-famille-vie personnelle. L'intérêt de cette étude prend sens dans le contexte actuel de rareté de main d'œuvre, de fragilisation de la santé au travail du personnel du réseau de la santé, et de difficultés d'attraction du personnel. Onze préposées aux bénéficiaires[1] (PAB) travaillant en CHSLD ont été interrogées, de même que onze auxiliaires en santé et services sociaux (ASSS), intégrés dans un Centre intégré de santé et de services sociaux. Plusieurs thèmes furent abordés, comme l'intensification de la charge de travail, l'éloignement du gestionnaire immédiat, l'influence positive d'un second salaire, ainsi que l'impact d'une double charge de travail en termes professionnels et familiaux.

RECOMMANDATIONS

Nos résultats mettent de l'avant plusieurs recommandations :

1. Réduire l'intensité de la charge de travail, notamment en termes de ratios de résidents ou personnes par PAB / ASSS.
2. Réduire le taux de lésions professionnelles et de détresse psychologique en permettant aux PAB de participer directement au développement des programmes de prévention, tels que Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB).
3. Rapprocher davantage les gestionnaires dits « de proximité » des employées PAB et ASSS, afin qu'ils résolvent plus facilement les problématiques d'articulation travail-famille-vie personnelle que les employées pourraient subir.
4. Accroitre le salaire des PAB et ASSS, et créer de nouveaux échelons salariaux pour ce personnel, afin que ces employées, majoritairement des femmes, haussent leur niveau de vie et ne dépendent pas d'un second salaire (le plus souvent celui du conjoint).
5. Flexibiliser les horaires de travail des PAB et ASSS qui détiennent de lourdes responsabilités parentales (jeunes enfants, notamment)

1 Nous féminisons ici le terme de préposée aux bénéficiaires, du fait du grand nombre de femmes exerçant le métier (près de 80 % au Québec, selon Grenier, 2008)

Introduction

Ce rapport présente les résultats d'une recherche exploratoire menée entre 2016 et 2017, qui a pour objectif général d'identifier les difficultés subies par les préposées aux bénéficiaires (PAB) et auxiliaires en santé et services sociaux (ASSS) expérimentées du secteur public au Québec en termes d'articulation travail-famille-vie personnelle.

D'où vient l'intérêt d'un tel objet de recherche ? Dans le contexte actuel du vieillissement de la population, les PAB et ASSS forment deux catégories d'emploi d'une très grande importance dans les organisations de santé. Les PAB ont comme mandat de réaliser des actes d'assistance quotidiens avec l'ensemble des usagers et résidents dans les diverses structures institutionnelles des CISSS et CIUSSS, tandis que les ASSS réalisent globalement les mêmes activités, mais au domicile des personnes. Dans ces métiers de service, au contact quotidien des résidents et usagers, les problématiques professionnelles peuvent avoir des effets sur la vie personnelle et familiale, et vice-versa. Par exemple, les quarts de travail des PAB et ASSS sont basés sur des horaires stricts et les employés doivent travailler durant les fins de semaine, ce qui peut provoquer des conflits d'horaire en lien avec les responsabilités parentales ou la vie personnelle. Aussi, en termes d'activité de travail, le mandat de ces employés est d'assister quotidiennement des résidents en institution et des usagers à domicile, ce qui nécessite un travail physique et émotionnel important qui peut avoir des répercussions dans la vie familiale et personnelle. De même, puisque les PAB et ASSS sont majoritairement des femmes, la garde des enfants peut entrainer une difficulté à accepter des postes à temps complet, ce qui peut fragiliser leur statut d'emploi et leur revenu.

Actuellement, au Québec, nous assistons à une rareté de ce type de personnel, principalement de PAB. Les candidates formées sont relativement peu nombreuses et la plupart d'entre elles intègrent le métier de PAB ou ASSS de manière provisoire, en vue de devenir infirmière auxiliaire ou clinicienne. En termes de valorisation, ces catégories professionnelles sont placées au bas de la hiérarchie organisationnelle des CISSS et CIUSSS. Ces difficultés d'attraction, de rétention et de valorisation ont conduit tout récemment le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) à développer de nouvelles propositions pour faire face à ces défis, tel que mentionné dans le contrat d'engagement des PDG des CISSS et CIUSSS lors du *Forum sur les bonnes pratiques en CHSLD* qui eut lieu en octobre 2016 à Montréal.

Il est raisonnablement possible d'anticiper que plusieurs de ces défis sont d'une importance accrue pour les PAB et ASSS expérimentées, cumulant souvent plusieurs dizaines d'années d'expérience. Pourtant, peu d'études portent sur les difficultés vécues cumulées par ces PAB et ASSS en termes d'articulation travail-famille-vie personnelle. De fait, un tel sujet présente un intérêt certain : l'âge moyen du personnel PAB et ASSS tend globalement à augmenter et, corrélativement, les problématiques de santé au travail deviennent de plus en plus importantes pour la catégorie la plus âgée du personnel. Les taux d'assurance-salaire pour les PAB et ASSS dans les organisations CISSS et CIUSSS, de même que les taux d'accidents du travail, démontrent clairement cette réalité. Ainsi, il semble pertinent de nous interroger sur les enjeux d'articulation travail-famille-vie personnelle de ces employées expérimentées, en montrant comment les difficiles conditions de travail et la fragilisation de la santé au travail provoquent des conséquences en termes d'articulation, notamment sur la vie individuelle et la vie de couple. L'intérêt d'un tel angle de recherche a trait au fait que l'approche classique des études sur le sujet, en termes de conflits de rôle et de conflits d'horaires du fait de la présence d'enfants à charge, semble ici moins pertinente puisque le personnel interrogé est globalement plus âgé, plus stable statutairement, et que leurs enfants sont, pour une majorité d'entre eux, autonomes.

Notre rapport se compose comme suit : dans une première partie, nous présenterons le contexte de l'étude, afin d'en préciser sa pertinence. Ensuite, nous développerons le cadre théorique, débouchant sur la problématique générale. Puis la méthodologie sera décrite, ainsi que les résultats de la recherche. Enfin, nous développerons une discussion générale et quelques recommandations destinées aux gestionnaires administratifs et cliniques des organisations CISSS et CIUSSS.

Contexte de l'étude

Vieillissement de la population au Québec

Le Québec est une société très vieillissante. Selon l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), les personnes de 65 ans et plus composaient 18.1 % de la population québécoise en 2016, et ceux de 85 ans et plus environ 2.3 %. Ces taux augmentent rapidement depuis le début des années 2010, du fait de l'arrivée des premiers baby-boomers à cet âge. Le processus de vieillissement s'accompagne d'une aggravation des problématiques de santé physique et/ou cognitive subies par une partie des ainés. De ce fait, certains d'entre eux, subissant une perte d'autonomie légère ou lourde, doivent obtenir une assistance quotidienne ou ponctuelle en termes d'assistance à la vie domestique (AVD, telles que l'aide au ménage, à la préparation des repas, etc.) pour les cas légers, ou en termes d'assistance à la vie quotidienne (AVQ, telles que l'aide au déplacement, à l'hygiène, etc.) pour les personnes en forte perte d'autonomie. Les AVD sont soutenues majoritairement par les proches aidantes (majoritairement des femmes), qui cumulent de 80 à 90 % de l'ensemble de l'assistance aux ainés au Québec (Clément et Lavoie, 2013), et par des entreprises privées et/ou sociales (entreprises d'économie sociale en aide à domicile, agences privées, etc.). Les AVQ sont plutôt la responsabilité des PAB en hébergement et des ASSS à domicile, mais aussi, de plus en plus, par d'autres acteurs du secteur privé.

Fonctions des PAB et ASSS

Du fait du vieillissement de la population, les PAB et ASSS occupent une place majeure dans le soin et le soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie. Elles sont globalement responsables des actes d'assistance directe les plus lourds auprès des personnes, que ce soit à domicile ou en institution. Elles ont à répondre à leurs besoins fonctionnels quotidiens en vue de maintenir leur autonomie fonctionnelle. Trois types d'actes résument leur pratique : 1) les soins et services directs à la personne, 2) les services à l'environnement de la personne, et 3) les éventuelles tâches administratives (Cognet, 2003).

Les PAB du secteur public travaillent principalement dans les CHSLD du Québec, mais aussi au sein des centres de réadaptation et des centres hospitaliers. Elles ont à réaliser l'ensemble des actes d'assistance envers les résidents et usagers. Si l'on prend le cas spécifique des CHSLD, les PAB doivent notamment aider les résidents en forte perte d'autonomie pour les soins d'hygiène, pour les déplacements, ou encore pour l'aide au repas. La majorité des PAB expérimentées sont assignées à des unités spécifiques, et travaillent en étroite collaboration avec des avec des infirmières auxiliaires et des infirmières. Elles ne détiennent aucune responsabilité en termes d'activités médicales. Les ASSS, quant à elles, travaillent quotidiennement au domicile des résidents. Elles s'inscrivent dans le cadre de la mission « CLSC » (centre local de services communautaires) du réseau public de santé. Leurs tâches sont globalement identiques à celles des PAB, mais dans des environnements de travail variés, auprès d'une population en perte d'autonomie plus faible et qui peut demeurer à domicile. Néanmoins, leur responsabilité est plus importante car elles doivent réaliser depuis 2002 quelques actes professionnels délégués par les infirmières (soins de stomie urinaire, par exemple). Les ASSS doivent aussi se déplacer individuellement d'un domicile à un autre, sur un territoire à dimension et densité variables.

Caractéristiques des PAB et ASSS

Au Québec, selon l'Information sur le marché du travail (IMT – Emploi Québec), on comptait 63000 préposées dans les divers métiers de type « préposées et auxiliaires » en 2014, soit une catégorie générale d'emploi

très importante en termes de volume de main d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux public du Québec. Ces chiffres, néanmoins, prennent en compte l'ensemble des catégories « préposées » et « auxiliaires » du secteur public et privé, institutionnel et domiciliaire. Si l'on considère uniquement le secteur public, selon les informations du MSSS (2016) pour 2016, on comptabilisait 39497 PAB et 6203 ASSS.

Les PAB et ASSS sont au croisement de plusieurs caractéristiques sociales : le genre féminin, l'appartenance ethnique, l'âge élevé, et la forte précarité. Environ 80% de ces employés sont des femmes (Grenier, 2008. Selon le MSSS (2016), l'âge moyen des PAB était de 42.7 ans en 2016, et de 45.4 ans pour les ASSS. Nous ne disposons pas de données québécoises sur le nombre d'années d'expérience moyen des employées. La précarité des PAB et ASSS est un enjeu central, puisque le taux d'occupation de postes dits « à temps complet » est de 31.6 % pour les PAB, contre 50.7 % pour les ASSS. Le précariat des PAB et ASSS se manifeste par la diversité des statuts d'emploi (travaillant sur appel, ou de un à quatre jours par semaine, sans poste à temps complet, et subissant des horaires instables). Les employées à temps complet, de quart de jour, de soir ou de nuit, ne subissent *a priori* pas d'instabilité d'horaire ou de poste de travail. Enfin, 20% de la catégorie « préposée » au Québec, selon l'IMT d'Emploi-Québec, font partie des minorités ethniques, soit l'un des métiers les plus représentés à ce sujet au Québec, surtout dans les grandes villes (Montréal, Québec et leurs périphéries principalement).

Les statuts d'emploi des PAB et ASSS sont identiques. Ils se distinguent en trois catégories de postes, du plus stable au plus précaire :

- Temps complet régulier : l'employée détient un poste lui assurant de travailler cinq jours par semaine, sur un horaire régulier (incluant des fins de semaines).
- Temps partiel régulier : l'employée détient un poste lui assurant de travailler quelques jours par semaine, sur un horaire régulier, et complète éventuellement sa semaine de travail par des remplacements.
- Temps partiel occasionnel : l'employée ne détient pas de poste fixe, ni à temps complet, ni à temps partiel. Il remplace au jour le jour du personnel absent pour cause de congés.

Au Québec, nous retrouvons des PAB et ASSS dans chacun des trois statuts. Les PAB expérimentées détiennent majoritairement des postes à « temps complet régulier », à moins d'un choix délibéré de leur part de réduire le nombre d'heures travaillées par semaine (et ce, notamment pour des raisons familiales). Le statut de « temps partiel occasionnel » est celui qui conduit les employées, surtout nouvellement recrutées, à subir une très forte précarité, les rendant dépendants des remplacements de congés des autres employées. Ces travailleuses sont dites « sur appel », puisque les responsables des dotations de poste des CISSS et CIUSSS peuvent les contacter la veille, voire le jour même de la demande de disponibilité de travail, ce qui nécessite pour elles des ajustements importants en termes d'horaires et d'articulation travail-famille-vie personnelle.

Selon les données du MSSS, l'obtention d'un poste à temps complet pour une PAB ou une ASSS peut prendre plusieurs années. Pour les PAB, par exemple, environ un quart d'entre elles intégrées dans le réseau en 2010-2011 n'ont pas encore obtenu de poste à temps complet régulier en 2016, soit quatre ans après leur intégration initiale. Le taux est d'environ un tiers pour les ASSS. La précarité est donc très forte pour les employées peu expérimentées. Les employées détenant plus de 10 ans d'expérience occupent quasi-intégralement un statut de temps complet. De plus, du fait de leurs années d'expérience, elles travaillent majoritairement durant les quarts de travail de jour, approximativement entre 07h et 15h (et non de soirs, entre 15h et 23h, ou de nuit). Leur salaire est fixé via une convention collective négociée, qui leur permet de ne profiter que de cinq échelons d'ancienneté, contre 12 pour les infirmières ou les infirmières auxiliaires, par exemple.

Le tableau suivant présente le taux de PAB et ASSS travaillant dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec selon le type de postes (MSSS, 2016).

TABLEAU 1. TAUX DE PRÉPOSÉES ET AUXILIAIRES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX PAR STATUTS D'EMPLOI AU QUÉBEC, EN 2016

	Préposées	Auxiliaires
Temps complet régulier	32 %	51 %
Temps partiel régulier	43 %	19 %
Temps partiel occasionnel	25 %	30 %

Source : MSSS (2016)

L'articulation travail-famille-vie personnelle peut être un enjeu pour l'ensemble des PAB et ASSS, quels que soient leur statut d'emploi. Mais les employées précarisées restent tout de même davantage sujets aux conflits d'horaires et de rôle, surtout lorsqu'il s'agit de femmes, mères de jeunes enfants, qui doivent impérativement respecter les disponibilités d'emplois imposés par le CISSS ou le CIUSSS.

Problématiques relatives aux PAB et ASSS en termes d'attraction et de rétention

Plusieurs enjeux spécifiques concernent les PAB et ASSS. Les organisations publiques souffrent actuellement d'une crise de l'attraction et de la rétention du personnel PAB et ASSS, ce qui a conduit récemment le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS) à promettre de « développer une stratégie provinciale visant à améliorer l'attraction et la rétention des préposées aux bénéficiaires en CHSLD »[2]. Les difficultés d'attraction et la rétention du personnel ne sont pas propres uniquement au Québec (la situation est identique en France, selon Martin, 2014), mais elles deviennent actuellement des problématiques centrales pour les organisations de la province. Les enjeux de rétention de personnel nouvellement recruté sont cruciaux. Selon le MSSS (2016), le taux de rétention des PAB et ASSS est faible : 38% resteront PAB cinq ans après leur intégration, contre 47% pour les ASSS. Une majorité de démissionnaires auront choisi de devenir infirmières auxiliaires et infirmières cliniciennes, donc de ne pas quitter le réseau. Par ailleurs, le taux de roulement comptabilise les départs pour l'effectif en poste en début d'année, le suivi des arrivées pendant l'année étant mesuré par le taux de rétention. Le taux de roulement est de 10.8% pour les ASSS en 2016, contre 11.2% pour les PAB. Par contre, les taux sont de 14.8% pour les ASSS de 55 ans et plus, contre 14.6% pour les PAB de la même tranche d'âge. Pour ce personnel démissionnaire, la quasi-intégralité (environ 90%) quittera le RSSS pour une retraite anticipée.

Aussi, le réseau de la santé et des services sociaux s'est récemment transformé suite à l'adoption en 2015 d'une loi visant à réorganiser les services de santé, et entrainant une réduction des effectifs gestionnaires pour l'ensemble du réseau. Cette loi, dans l'optique de la « nouvelle gestion publique » (Hufty, 2016), vise à limiter les dépenses publiques en rendant plus efficientes les organisations de santé. A ce titre, une telle transformation peut entrainer des conséquences dans la gestion du personnel PAB et ASSS, notamment dans la capacité d'encadrement des employés par les gestionnaires immédiats.

2 Description complète des promesses du MSSS à : http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-chsld/

De fait, l'articulation travail-famille-vie individuelle ne présente pas les mêmes enjeux pour les employées peu expérimentées et très expérimentées. Les plus jeunes recrues peuvent décider de quitter leur emploi pour trouver un milieu de travail plus propice à cette articulation, tandis que les plus expérimentées décident, pour certains d'entre eux, de quitter progressivement leur emploi et de favoriser leur vie personnelle.

Problématiques relatives aux PAB et ASSS en termes de santé au travail

Les PAB et ASSS souffrent actuellement de nombreux problèmes, principalement en termes de santé au travail. Un trait général qui ressort de ces études concerne le fort taux d'absentéisme et de lésions professionnelles (blessures, accidents, etc.,). Les taux d'assurance salaire pour des invalidités de courte et longue durée sont une préoccupation majeure pour les directions des Ressources humaines de ces organisations publiques, de même que les taux d'accident du travail, puisque ces événements représentent un coût important pour chacun des CISSS et CIUSSS et nécessitent une gestion organisationnelle importante en termes de remplacements. Le tableau suivant présente les statistiques relatives à ces deux enjeux, et montre une similarité statistique pour les préposées et auxiliaires.

TABLEAU 2. TAUX D'ASSURANCE SALAIRE ET D'ACCIDENT DU TRAVAIL POUR LES PAB ET ASSS, EN 2016

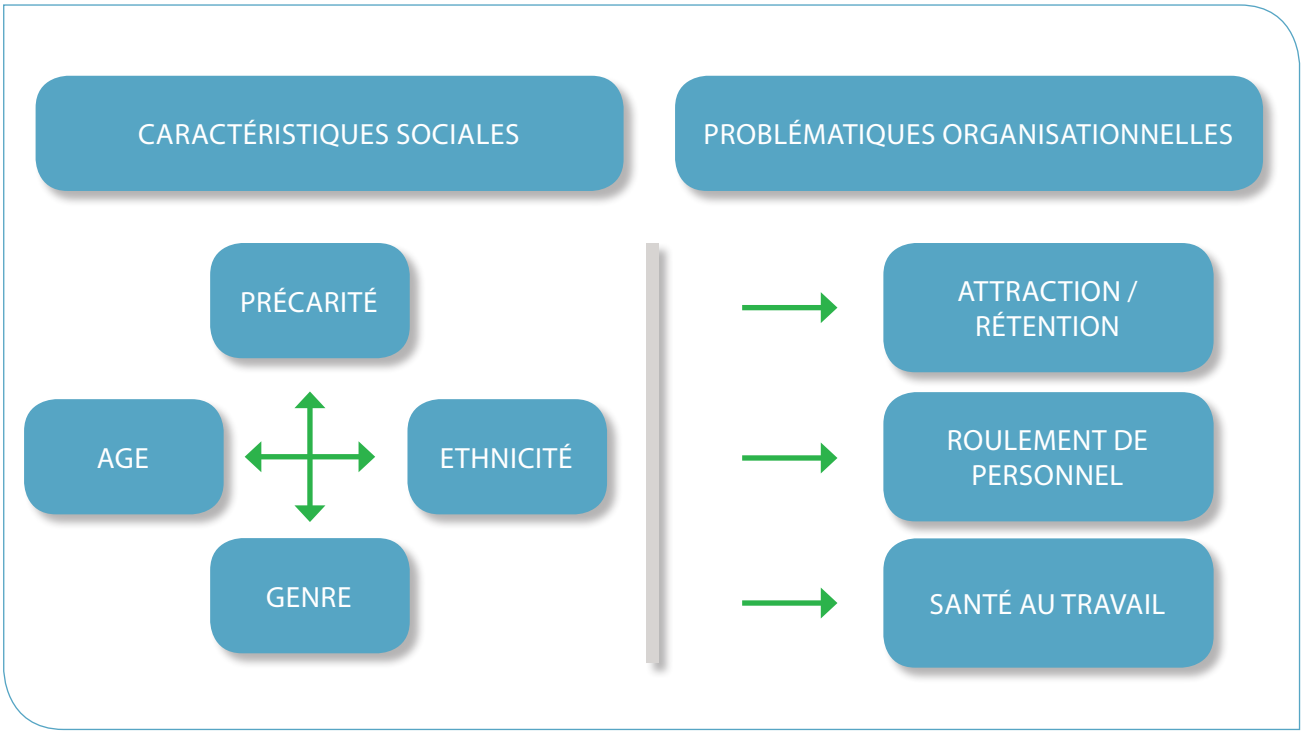
	Préposées	Auxiliaires
Taux d'assurance salaire	8.23 %	9.16 %
Taux d'accident du travail	3.36 %	2.88 %

Source : MSSS (2016)

Bédard (2016) a démontré également que les PAB et ASSS font partie des catégories d'emploi les plus fréquemment victimes de problèmes de santé au travail, comptabilisées principalement par le nombre important de troubles musculosquelettiques (TMS). Les PAB travaillant dans des organisations de santé de type CHSLD sont particulièrement visés, puisqu'elles cumulent près de 30 % de l'ensemble des lésions du réseau de la santé et des services sociaux (Bédard, 2012). Sont mis en cause les « efforts excessifs », suivi des « mouvements de soignants pour s'étirer, se pencher, se tourner », c'est-à-dire les activités réalisées avec les personnes, au contact de leur corps. Quoique les taux soient comparables, les auxiliaires sont un peu moins visés par les problèmes relatifs aux TMS, mais leur taux d'assurance salaire montre des enjeux réels en termes de santé psychologique. Dit autrement, les PAB sont plus à risque de problématique de santé physique du fait de travailler dans un milieu institutionnel avec des résidents en forte perte d'autonomie, parfois incapables de se mouvoir sans assistance ; et les ASSS peuvent souffrir davantage de problèmes de santé psychologique, compte tenu des contraintes accrues en termes de tâches (plus importantes en termes de responsabilité que celles des préposées), de déplacement et d'environnement de travail (le domicile de l'usager). Mais ces données ne doivent pas occulter le fait que les problématiques de santé physique et psychologique sont importantes statistiquement pour les deux types d'emploi, comparativement aux autres titres d'emploi du réseau.

Ces indications en termes de santé au travail sont significatives pour l'articulation travail-famille-vie personnelle. Une PAB ou une ASSS expérimentée, ayant subi une blessure, peut décider de quitter temporairement, progressivement ou totalement son emploi. La figure suivante résume ces constats :

FIGURE 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIALES DES PAB ET ASSS ET PROBLÉMATIQUES ORGANISATIONNELLES EN LIEN AVEC L'ARTICULATION TRAVAIL-FAMILLE-VIE PERSONNELLE



Si l'on considère uniquement le personnel PAB et ASSS expérimenté, les caractéristiques sociales peuvent être précisées : il s'agit principalement de femmes, dont l'âge moyen augmente, détenant pour la plupart un poste à temps complet, et qui, pour 20% d'entre elles, sont issues d'une minorité ethnique ou visible (surtout dans les grandes métropoles). Pour ce personnel, l'attraction / rétention ne sont pas des enjeux, au contraire du roulement de personnel et des problématiques de santé au travail.

Cadre théorique et problématique

La thématique de l'articulation travail-famille-vie personnelle est au croisement de la sociologie du travail et de la famille. Elle est particulièrement pertinente lorsque l'on s'intéresse aux métiers très féminisés du secteur de la santé, souvent dévalorisés (Aubry, 2017). Si les écrits sur la thématique de l'articulation travail-famille-vie personnelle sont nombreux, peu d'entre eux ciblent les PAB et ASSS. Notre étude a pour objectif principal de combler cette lacune. Par le concept d'articulation travail-famille-vie personnelle, nous entendons les difficultés identifiées dans la réalisation des activités en lien avec la responsabilité familiale et personnelle, d'une part, et avec la responsabilité professionnelle d'autre part, ainsi que les stratégies développées pour gérer ces difficultés. Notons que nous ne souhaitons pas nous arrêter à l'unique responsabilité des personnes envers des enfants ou des parents, comme le font St-Amour et Bourque (2013), mais décliner les enjeux vers la vie personnelle ou de couple qui nous semblent fondamentaux à prendre en considération lorsque l'on parle de personnel vieillissant ou expérimenté. Les responsabilités familiales sont alors *a priori* moins fortes que pour les parents de jeunes enfants.

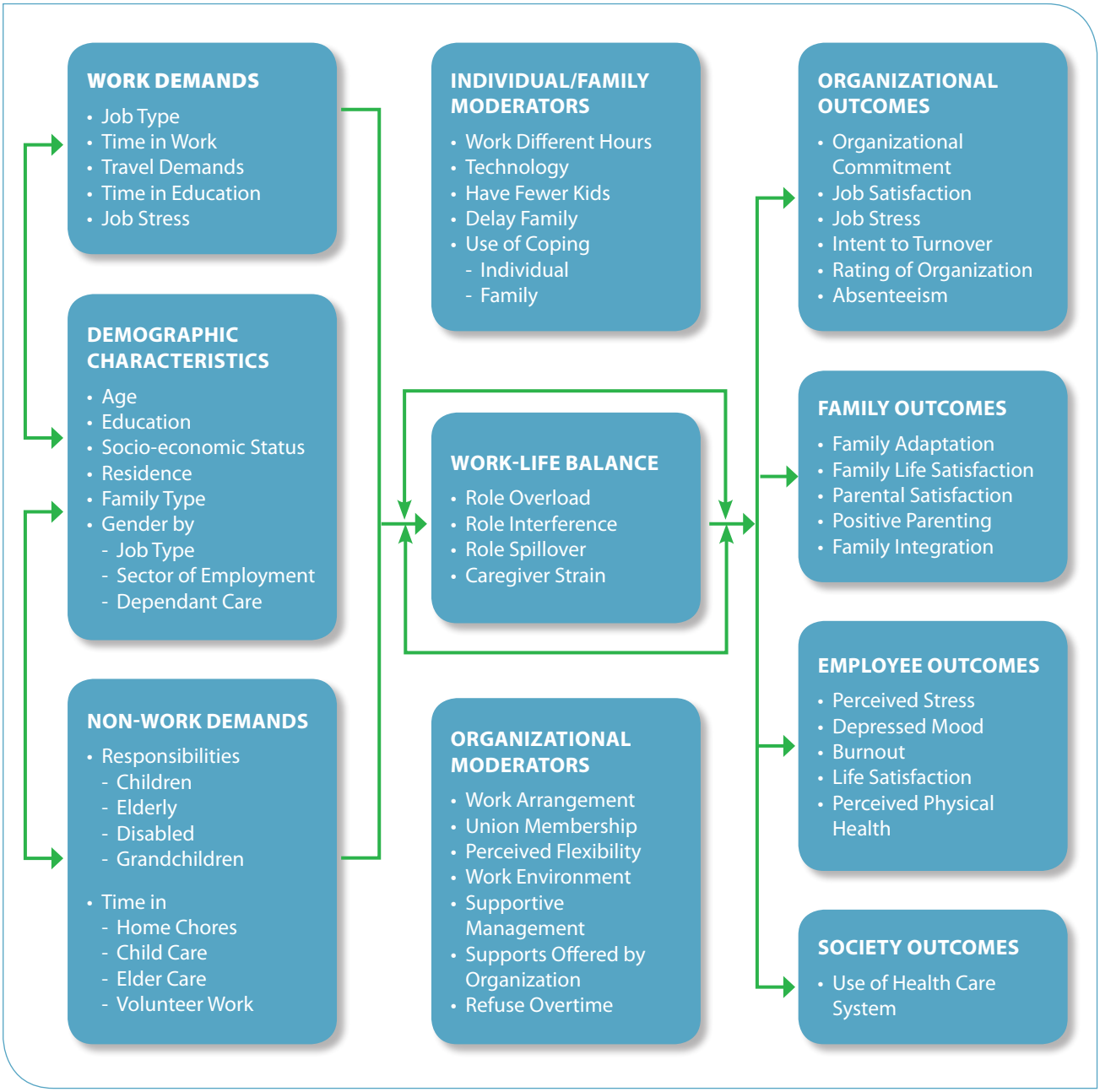
Deux modèles théoriques pertinents

Deux modèles nous paraissent particulièrement pertinents et complémentaires pour identifier les facteurs contribuant à l'articulation travail-famille-vie personnelle. Le premier est développé par Tremblay (2008) qui identifie plusieurs variables pour comprendre l'articulation entre travail et famille. L'auteure met clairement en lumière l'influence causale de déterminants individuels et familiaux d'une part, et de déterminants professionnels et organisationnels d'autre part.

- Les caractéristiques de l'employé (sexe, âge, revenu, niveau de scolarité, etc.).
- Les caractéristiques familiales (nombres d'enfants, type de famille, emploi du conjoint, etc.).
- Les caractéristiques de l'emploi (niveau de scolarité nécessaire, horaires, nombre d'heures, etc.).
- Les caractéristiques de l'environnement de travail (pratiques de gestion, etc.).

L'autre modèle est celui de Duxbury et Higgins (2003). Plus général, il tend à mettre en lien des facteurs contextuels (caractéristiques du travail, caractéristiques démographiques, exigences professionnelles et non professionnelles), des modérateurs spécifiques (individuels / familiaux, conciliation travail-famille, et organisationnels) et des résultats (organisationnels, familiaux, professionnels et sociétaux). La figure suivante, issue de Duxbury et Higgins (2003), précise les caractéristiques du modèle.

FIGURE 2. MODÈLE DE CONCILIATION TRAVAIL-FAMILLE, SELON DUXBURY ET HIGGINS (2003)



Dimensions spécifiques aux PAB et ASSS

En accord avec ce dernier modèle, et selon Lazzari Dodeler et Tremblay (2016) ou Fusilier, Sanchez et Ballatore (2013), il est important d'étudier l'articulation travail-famille-vie personnelle à travers le prisme du groupe professionnel, voire du type d'emploi. Celui-ci définit un « éthos » professionnel spécifique, c'est-à-dire un « dénominateur commun à un ensemble d'individus pratiquant une activité similaire qui se reconnaissent et sont reconnus comme membres d'un groupe professionnel » (Fusilier, 2011, p. 105). Pour les PAB et ASSS, des traits sont constitutifs du métier : l'aspect vocationnel, la dimension relationnelle de l'activité, les horaires de travail atypiques pour les moins expérimentées, le mode d'organisation hiérarchique stricte ainsi que la féminisation.

L'articulation travail-famille-vie personnelle pour les PAB et ASSS se déclinent en divers points. Les principales dimensions organisationnelles concernent le fait de travailler à temps partiel, de subir des horaires atypiques et une flexibilité des horaires, qui sont tous des enjeux des métiers de services, majoritairement occupés par des femmes (Barrère-Maurisson, et Tremblay, 2009). Cette exigence de « disponibilité permanente » (Boivin, 2013) peut créer des tensions familiales et professionnelles. Pour les organisations, de récents articles portant sur les PAB et ASSS montrent qu'il y a de nombreux avantages à promouvoir cette articulation, tels que l'augmentation de la performance et de l'engagement des employées (Butler et al., 2014). Le gestionnaire immédiat détient une place centrale dans le développement d'une culture organisationnelle soucieuse d'une articulation travail-famille-vie personnelle (Pailhé et Solaz, 2009).

Plusieurs modalités existent dans les CISSS et CIUSSS pour répondre aux problématiques d'articulation dans les milieux de santé, issues des politiques publiques : congés parentaux, congés de maternité, retraite anticipée, etc. Boulet et Bordais (2016) mentionnent que le genre a une importance fondamentale dans l'usage des mesures d'aménagement du temps de travail. Pour les femmes, la finalité de cet usage concerne clairement le soutien et le soin aux enfants et, parfois, au soutien aux parents pour les travailleuses âgées majoritairement de plus de 55 ans (au contraire des hommes, pour qui cet usage profite davantage à leur vie sociale et associative). Mais plusieurs auteurs critiquent le manque de mesures et de programmes dans le secteur de la santé. Tremblay et Larivière (2009), qui ont étudié la conciliation emploi-famille auprès des infirmières, démontrent le manque de programmes soutenants et d'implication des gestionnaires cliniques et administratifs sur cette question. L'appui des collègues demeurent positif, de même que la syndicalisation, mais sont des ressources trop faibles pour produire des conséquences positives sérieuses dans le contexte du réseau de la santé et des services sociaux. Fusilier, Sanchez et Ballatore (2013) dénoncent également le manque de programmes organisationnels d'articulation chez les infirmières, quoi que les programmes existants soient très utilisés. Ce constat global est en grande partie inversé pour certaines entreprises du secteur privé délivrant le même type de services, telles que les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (Llama et Tremblay, 2014 ; Aubry et al., 2018); la gestion de proximité compense un salaire plus faible et une faible syndicalisation.

Les principaux enjeux familiaux et de vie personnelle concernent les conflits de temps (St-Amour et al., 2005), et notamment les difficultés à gérer conjointement un horaire de travail flexible et un horaire relatif aux responsabilités familiales, comme le soutien aux parents ou conjoint malade (Najem et Tremblay, 2011), et aussi aux choix personnels ou de couple. St-Amour et Bourque (2013) précisent que l'enjeu majeur pour la conciliation travail-famille (sans égard aux enjeux personnels ou de couple) porte sur les horaires atypiques et la pression temporelle des 25/44 ans qui ont des responsabilités parentales. Il est aussi démontré qu'un niveau de stress élevé dans la vie personnelle des employés influence leur capacité à faire face aux difficultés professionnelles : cela joue un effet sur l'épuisement professionnel et, conséquemment, sur le maintien en emploi (Coogle et al., 2007). Un autre enjeu de cette articulation concerne la précarité financière du fait de subir un emploi à temps partiel. L'obligation financière de trouver un second emploi peut être un irritant pour beaucoup d'employées (Nancarrow, 2007). Néanmoins, le fait de travailler à temps partiel peut être

aussi un choix du travailleur, et permettrait à certaines PAB et ASSS de disposer de suffisamment de temps pour la vie familiale, et de réduire l'exposition aux contraintes physiques et psychologiques au travail. Ce choix n'est pas sans impacts néanmoins, notamment en termes de perte de revenu.

Selon le point de vue féministe, les organisations du travail promeuvent encore des modalités d'activité qualifiées d' « androcentriques » (Prévost et Messing, 2001), puisqu'elles ne prennent pas suffisamment en considération les difficultés subies par les femmes, et notamment les conflits de rôle et de temps entre vie professionnelle et vie familiale. Ceci est également vrai pour les employés expérimentés : les PAB et ASSS de 45 ans et plus, globalement peu précaires, seraient les « oubliées » des arrangements de l'articulation, alors même qu'elles peuvent avoir à leur charge leurs propres parents ou conjoint dont l'autonomie se fragilise (Harris et al., 2010).

Intensification de la charge de travail

Si peu d'études portent sur l'articulation travail-famille-vie personnelle des PAB et ASSS, plusieurs recherches menées durant les dernières années au Québec mettent en lumière les problématiques organisationnelles qu'elles subissent en termes de santé au travail. Pour les deux catégories d'emploi, l'accent est mis sur le rapport entre l'intensification de la charge de travail (et plus particulièrement le ratio d'usagers par employées) et l'aggravation des caractéristiques cliniques des personnes assistées. Bourbonnais et ses collaborateurs (2005) notent à quel point les employées des organisations gériatriques doivent répondre à des prescriptions fortes et parfois contradictoires, entre une conception industrielle de leur travail, caractérisé par le ratio d'usagers, et une conception domestique illustrée par le souci des résidents. Ce constat est conforté par les analyses en France de Martin et Gadbois (2008) qui démontrent en quoi les contraintes temporelles à l'hôpital sont importantes, du fait de l'intensification de la charge de travail. Estryn-Behar et ses collaborateurs (2011) illustrent la même idée, et mettent l'emphase sur l'impact de la charge de travail sur l'épuisement professionnel, le sentiment d'isolement et l'impression de ne pas pouvoir réaliser un travail de bonne qualité. Allaire, Jauvin et Duchesne (2016) ont également clairement mis en évidence l'impact de l'intensification de la charge de travail chez les ASSS, et notamment l'exigence de respecter les horaires des « routes », c'est-à-dire des déplacements et des rendez-vous. Les ASSS doivent respecter un délai limité pour effectuer leurs trajets et donner les services aux usagers, mais des imprévus peuvent occasionner un stress lors de leurs « routes » : circulation difficile, stationnements rares, tempêtes de neige, etc. Cette intensification peut entrainer des conséquences en termes d'articulation travail-famille-vie personnelle, notamment par le biais de la fragilisation de la santé au travail.

Fragilisation de la santé au travail

Dans un rapport récent, Marquier et ses collaborateurs (2016, p. 15) notent qu'en EHPAD (équivalent en France des CHSLD), « *il s'agit de travailler vite, en ayant en tête la prochaine tâche ou le prochain résident, sans prendre le temps de « bien » travailler mais aussi de s'interroger sur la manière optimale ou adéquate de réaliser tel ou tel acte pour chacun des résidents* ». Le constat peut être aisément transporté en sol québécois. Ce dilemme classique dans le réseau de la santé entre la dimension productive et la dimension relative à la qualité du travail relationnel (Linhart, 2005) se prolonge aujourd'hui par l'injonction organisationnelle destinée aux employés à respecter des normes relatives à la santé au travail. Un rapport que nous avons publié récemment (Aubry et al., 2017), portant sur l'impact d'une formation destinée à réduire les risques psychosociaux en CHSLD chez les préposées, nous permet aussi de mettre l'emphase sur la difficulté de mettre en œuvre ces contenus de formation étant donné l'intensification de la charge de travail, et la difficulté de prioriser la santé au travail au détriment des objectifs quantitatifs et qualitatifs prescrits.

Ces informations sont vérifiées pour l'ensemble des employées préposées et auxiliaires. Mais qu'en est-il plus spécifiquement des employées expérimentées ? Par exemple, nous ne disposons pas d'informations précises qui nous indiquent une corrélation entre l'âge et le développement de troubles musculosquelettiques (TMS) dans le secteur de la santé au Québec. Un document provincial précise néanmoins que les « les nouveaux cas de TMS dans [le secteur de la santé] touchent davantage les femmes et les travailleurs âgés de 45 à 54 ans » (Agence de la santé et des services sociaux, 2012, p. 48). Ceci nous laisse penser que les travailleurs âgés, majoritairement expérimentés, sont plus susceptibles de subir des TMS. Mais Duguay et Cloutier (1996) notent que le taux d'incidence des lésions professionnelles décroît avec l'âge, du fait de l'usage, par les travailleuses, de stratégies préventives. Ces informations ne rentrent en contradiction qu'en apparence : certes l'expérience permet le développement de stratégies et compétences spécifiques dites « stratégies de prudence » permettant de réduire le risque de problématiques de santé au travail (Cloutier et al., 2012). Mais le développement de ces stratégies dépend intimement de plusieurs caractéristiques organisationnelles : pénibilité du travail, modalités de gestion, présences de marges de manœuvre, capacité de travailler en collectif, etc. (David, Volkoff, Cloutier et Derriennic, 2001). Dans le cas des PAB et ASSS, certaines de ces caractéristiques organisationnelles font clairement défaut. De plus, la critique d'un manque de soutien organisationnel par les PAB et les ASSS peuvent créer davantage de difficultés que de solutions. Comme le mentionne justement Messing, « *revendiquer des ajustements, dans le milieu de travail, pour tenir compte de la vie familiale risque de révéler « un manque d'organisation » chez celle qui les demande, et peut ainsi nuire à leur reconnaissance professionnelle* » (2009, p.50).

L'ensemble de ces thèmes issus des écrits scientifiques nous permettent de mettre l'emphase sur les facteurs organisationnels subis par les PAB et ASSS. Dans le cadre de notre étude, nous avons insisté sur l'impact de tels facteurs organisationnels (intensification de la charge de travail, SST, valorisation des compétences, etc.) sur l'articulation travail-famille-vie personnelle.

Question de recherche

Notre question de recherche est la suivante : *Quelles sont les difficultés organisationnelles vécues par les PAB et les ASSS et quels sont leurs effets sur l'articulation travail-famille-vie personnelle ?*

Méthodologie

Origine de l'étude

Cette étude a été financée par le programme de « fonds institutionnel de recherche et de création » de l'UQO (FIRC) destiné aux professeurs nouvellement intégrés. L'ensemble du projet a reçu l'approbation éthique du CISSSO et de l'UQO en 2016.

Type de devis et outils utilisés

Nous avons opté pour une recherche qualitative. Le choix d'un tel devis s'explique d'une part par l'absence majeure de travaux portant sur le sujet, et ainsi par le faible nombre de variables quantitatives à mesurer et, d'autre part, par le caractère exploratoire de notre recherche. De fait, nous souhaitions identifier des thèmes susceptibles d'éclairer les problématiques d'articulation travail-famille-vie personnelle de ces employées.

Nous avons opté pour la réalisation d'entrevues semi-dirigées. En effet, nous souhaitions obtenir le point de vue des employées sur les difficultés qu'elles subissent. Les entrevues furent semi-dirigées, puisque nous avons développé une grille d'entrevue composée de thèmes spécifiques, tout en restant ouvert à la découverte et validation de thèmes non identifiés *a priori,* nous inspirant ainsi des principes de la théorisation ancrée (Glaser et Strauss, 2010). La grille d'entrevue initiale se composait de trois parties, soit 1) un descriptif du parcours socio-professionnel en tant que PAB ou ASSS, 2) une description des difficultés organisationnelles subies actuellement autour des conditions de travail, de la valorisation des compétences, de l'expérience professionnelle acquise et des conditions statutaires et salariales, et 3) les enjeux d'articulation travail-famille-vie personnelle identifiés par les employées (la grille est fournie en annexe 3).

Échantillonnage et processus de recrutement

Nous avons interrogé 11 PAB travaillant en CHSLD et 11 ASSS travaillant au domicile des personnes, dans le cadre de la mission CLSC des CISSS et CIUSSS. Les PAB travaillent dans trois CHSLD différents, et les ASSS dans deux CLSC. Tous les PAB et ASSS cumulent plus de 10 ans d'expérience, même si elles n'ont pas toujours travaillé dans la même organisation. La très grande majorité des employées détiennent des statuts à temps complet (TC), sauf deux ASSS et deux PAB qui ont décidé de garder un statut d'emploi partiel (TP). Enfin, en concordance avec les statistiques provinciales, la majorité des personnes interrogées sont des femmes, soit 10 sur 11 PAB et 9 sur 11 ASSS.

Notre processus d'échantillonnage s'est construit par l'intermédiaire des gestionnaires immédiats (chefs d'unité ou coordinatrices) de ces organisations, qui ont transmis le feuillet d'information aux PAB et ASSS sous leur responsabilité (voir annexe 1). Le formulaire d'information et de consentement a été signé par l'ensemble des participants (voir annexe 2).

Retranscription, codage et analyse

L'ensemble des entrevues furent enregistrées sous format audio et retranscrites. L'anonymat fut respecté à chacune des entrevues pour éviter les risques d'identification. Le codage et l'analyse furent réalisés sur une base thématique (Demazière et Dubar, 1997) qui a pris appui sur les différents thèmes de la grille d'entrevue. Nous avons identifié d'autres thèmes émergents durant notre démarche de codage et d'analyse,

non connus préalablement, ou en lien étroit avec le contexte de l'étude (Miles et Huberman, 2003). Notre analyse nous a permis de constater la valeur heuristique de certains thèmes inscrits dans la grille d'entrevue, mais aussi la faiblesse de quelques autres. Il est apparu que les thématiques relatives aux conditions de travail, à la valorisation des compétences, à la santé du travail et à la vie personnelle furent très pertinentes, au contraire des enjeux familiaux, moins convaincants pour du personnel âgé. Nous utilisons des extraits d'entrevue pour illustrer les thématiques de l'analyse.

Résultats

Nos résultats mettent en lumière une idée générale : les problèmes d'articulation travail – famille – vie individuelle des PAB et ASSS expérimentées diffèrent nettement de ceux des employées peu expérimentées. La précarité d'emploi et le bas âge des enfants des employées peu expérimentées concentrent la majorité des problématiques d'articulation travail-famille-vie personnelle. Pour le personnel expérimenté que nous avons interrogé, ayant globalement moins de responsabilités familiales, les enjeux concernent davantage les conséquences des caractéristiques du travail sur la santé au travail de l'employée et, incidemment, sur la qualité de sa vie personnelle et de couple.

1. Trajectoires et caractéristiques des PAB et ASSS interrogées

1.1 Trajectoires socioprofessionnelles

Pour une très grande majorité des répondants (20/22), leur métier de PAB et ASSS n'était pas leur première expérience professionnelle. Avant leur entrée en fonction, elles avaient occupé un ou plusieurs emplois, principalement dans les métiers des services. Certaines avaient travaillé dans la restauration, notamment comme serveuse, ou encore dans le secteur des ventes. Une minorité avait une expérience dans des métiers de type « ouvrier », tels que l'entretien ménager, l'imprimerie, l'électricité, la cuisine, etc. Une seule PAB était gérante (d'un restaurant), et une seule ASSS était préalablement mère au foyer. En général, devenir PAB ou ASSS n'était pas le choix premier des personnes interrogées.

Les raisons principales énoncées par les PAB et ASSS pour changer de milieux et devenir PAB ou ASSS sont de deux ordres. La première concerne le fait de travailler dans un métier « relationnel », où le lien d'attache avec une personne serait un attribut important de leur métier. La plupart nous ont mentionné l'intérêt de trouver un emploi plus valorisant, parce que doté d'un aspect relationnel. La seconde raison porte davantage sur l'envie d'obtenir un emploi assuré, un salaire stable et un horaire régulier. Certaines nous ont mentionné leur fierté de « travailler pour le gouvernement », c'est-à-dire pour le MSSS, illustrant ici que l'obtention de leur emploi constitue une forme de réussite sociale et une sortie de la précarité

La majorité des PAB et ASSS (20/22) détiennent un diplôme d'étude professionnel (DEP), soit « en assistance à la personne en hébergement » pour les PAB, soit « en assistance à la personne à domicile » pour les ASSS. Une minorité (2/22) n'a pas de DEP, mais a suivi préalablement un cours d'infirmière ou infirmière auxiliaire, non terminé. Les raisons de cet arrêt concernent pour une part le fait de quitter le secteur scolaire à cause d'un congé de maternité et, pour une autre part, le fait de manquer d'argent pour terminer ses études.

1.2 Caractéristiques individuelles, familiales et professionnelles des PAB et ASSS

Nous avons interrogé 10 PAB femmes, et 1 PAB homme, cumulant environ 15 ans d'expérience en moyenne, pour un âge moyen de 41.5 ans. La majorité (9/11) détient un poste à temps complet. Deux PAB détiennent des postes à temps partiel. L'ensemble des personnes sont mariées ou conjoint de fait, et sont parents d'un ou plusieurs enfants (2,36 enfants en moyenne). Le tableau suivant présente le détail descriptif des PAB interrogées.

TABLEAU 3. DESCRIPTIF DES PAB INTERROGÉES

Numéro	Age	Genre	Expérience	Statut prof.	Statut marital	Enfants
PAB (21)	38	Femme	15 ans	TC - jour	Conjoint de fait	2 (4 et 7 ans)
PAB (20)	43	Femme	12 ans	TC - jour	Mariée	3 (22, 16 et 14 ans)
PAB (15)	40	Femme	10 ans	TP – jour (10/15)	Mariée	3 (12, 9 et 2 ans)
PAB (8)	46	Femme	10 ans	TC - jour	Mariée	2 (14 et 11 ans)
PAB (10)	53	Femme	15 ans	TC - nuit	Mariée	2 (20 et 18 ans)
PAB (14)	27	Femme	10 ans	TP – jour (7/15)	Conjoint de fait	2 (8 et 4 ans)
PAB (13)	38	Femme	18 ans	TC - jour	Conjoint de fait	3 (18, 14 et 6 ans)
PAB (12)	37	Femme	11 ans	TC - jour	Conjoint de fait	3 (15, 13 et 8 ans)
PAB (19)	52	Homme	25 ans	TC - jour	Marié	1 (9 ans)
PAB (22)	31	Femme	12 ans	TC - jour	Conjoint de fait	2 (10 et 9 ans)
PAB (11)	52	Femme	25 ans	TC - jour	Conjoint de fait	3 (26, 24, et 18 ans)

Nous avons interrogé 9 ASSS femmes, et 2 ASSS hommes, cumulant environ 15 ans d'expérience en moyenne, pour un âge moyen de 49 ans. La majorité (7/11) détienne un poste à temps complet. Quatre ASSS détiennent des postes à temps partiel. Une majorité (9/11) sont mariées ou conjoint de fait, et sont parents d'un ou plusieurs enfants (1,81 enfants en moyenne). Le tableau suivant présente le détail descriptif des ASSS interrogées.

TABLEAU 4. DESCRIPTIF DES ASSS INTERROGÉS

Numéro	Age	Genre	Expérience	Statut prof.	Statut marital	Enfants
ASSS (1)	51	Femme	26 ans	TC	Mariée	3 (27, 25 et 18 ans)
ASSS (18)	40	Femme	11 ans	TP	Conjoint de fait	2 (10 et 4 ans)
ASSS (17)	62	Femme	20 ans	TC	Mariée	2 (35 et 31 ans)
ASSS (16)	29	Femme	10 ans	TC	Conjoint de fait	1 (4 ans)
ASSS (9)	60	Femme	9 ans	TP	Célibataire	2 (34 et 28 ans)
ASSS (7)	51	Homme	20 ans	TC	Conjoint de fait	2 (25 et 23 ans)
ASSS (6)	51	Femme	15 ans	TC	Célibataire	0
ASSS (5)	33	Femme	10 ans	TC	Conjoint	2 (9 et 2 ans)
ASSS (4)	62	Femme	12 ans	TP	Conjoint	2 (32 et 28 ans)
ASSS (3)	42	Femme	10 ans	TP	Conjointe	2 (21 et 22 ans)
ASSS (2)	58	Homme	26 ans	TC	Marié	2 (38 et 30 ans)

Ce descriptif permet de considérer le fait que pour une majorité de PAB et ASSS, leurs enfants sont suffisamment âgés pour qu'ils ne souffrent plus d'une lourde responsabilité familiale. Ceci permet de comprendre en quoi les principaux enjeux d'articulation travail-famille-vie personnelle concernent davantage les facteurs organisationnels tels que l'intensification de la charge de travail.

2. L'intensification de la charge de travail

Le premier enjeu cité par les PAB et ASSS, et que nous retrouvons dans l'ensemble des entrevues menées, concerne l'intensification de la charge de travail ressentie progressivement depuis leur entrée en fonction. Plusieurs éléments spécifiques sont mentionnés : l'accroissement du ratio de personnes à charge par employée, la perte du contact relationnel et le manque de temps pour l'encadrement des nouvelles recrues.

Le premier élément porte sur l'alourdissement du ratio de résidents ou personnes assistées par PAB ou ASSS. Il s'agit d'un enjeu fondamental, puisque les plans de travail des PAB et les « routes » des ASSS sont structurés autour de ce ratio; de fait, le temps dévolu à chacune des personnes assistées par l'employée dépend de ce ratio, imposé par les gestionnaires des organisations. L'ensemble des employées mentionnent cet enjeu, et déclarent également avoir constaté cet accroissement au fur et à mesure des années. Une PAB donne ici un exemple concret :

> « *Avant, quand j'ai commencé, ce n'était pas aussi lourd. On avait moins de résidents à s'occuper, peut-être 4 ou 5. Maintenant c'est 7, 8 ou plus encore si on est moins 1 ou moins 2 sur les étages* » (PAB 10)

L'alourdissement année après année du ratio de résidents se double de difficultés ponctuelles, lorsque le remplacement de PAB absentes est impossible. « Être moins 1 ou moins 2 » signifie qu'il manque un ou deux PAB sur l'unité de travail du CHSLD. Lorsqu'une employée ne peut pas travailler, des PAB « sur appel » sont contactées pour le remplacement. Lorsque le remplacement ne peut pas se réaliser, les PAB qui travaillent sur l'unité devront se diviser la charge de travail de la préposée absente. Ceci peut clairement accroitre la charge de travail, et créer un stress concernant le fait de finir dans les temps.

> « *La semaine dernière, on était moins deux sur l'unité. J'ai dû prendre deux résidents en plus, ça veut dire que tu travailles plus vite, tu ne prends pas ta pause, tu finis plus tard. C'est pénible, tu finis complètement épuisé, et tu donnes souvent du travail au quart de travail qui suit* » (PAB 15)

Les ASSS critiquent aussi cette intensification de la charge de travail. Pour le travail à domicile, cela se traduit par une augmentation de nombres de « routes » à réaliser, c'est-à-dire de déplacements et services à produire dans une journée. Ceci provoque un stress du fait d'arriver à l'heure auprès des personnes qui attendent de l'assistance. Pour les ASSS, le stress est d'autant plus grand qu'elles ont une responsabilité individuelle de se déplacer à temps au domicile de la personne, et qu'elles ont quelques actes délégués (nommés aussi « actes réservés ») par les infirmières qu'elles doivent réaliser.

> « *On a des familles et des personnes qui nous attendent. On leur donne un rendez-vous, il faut qu'on arrive à l'heure, alors ça nous laisse pas de temps mort, on est toujours sur le « go ». On est stressé par le trafic, par la neige si c'est l'hiver. (…) On n'a pas d'équipe pour nous « backer »*, surtout quand on doit faire des actes réservés. Et le nombre de routes a beaucoup augmenté durant les dernières années, on a plus à faire, et les personnes sont plus malades aussi, mais on reste moins longtemps avec eux » (ASSS 16)

Cet accroissement du ratio provoque une aggravation des contraintes temporelles pour les deux catégories d'emploi. Clairement, les employées ont le sentiment de devoir toujours accélérer, et de réduire le temps dévolu au travail relationnel, et ce, autant pour la personne assistée que pour les proches aidants. À domicile tout comme au CHSLD, les aidants peuvent accroitre la charge de travail en termes de critiques, de discussion, etc.

> « *Il y a un certain épuisement chez les auxiliaires. On le voit quand elles s'absentent. Ce qui est dur je trouve, ce n'est pas vraiment les proches aidants mais surtout les familles : il faut les rassurer, parler avec elles. (…) Et on a moins de temps avec les clients qu'avant, ce n'est pas de la faute à mes boss, rien de ça dans le fond mais c'est comme si le côté humain y s'en va petit peu à petit peu* » (ASSS 3)

Les employées mettent en avant la dimension industrielle de leur activité, difficile à accepter surtout dans un contexte où les personnes accueillies ou visitées présentent des caractéristiques de santé lourdes et complexes. L'alimentation, les toilettes, etc. doivent se réaliser rapidement, et empêchent la construction d'un lien positif avec la personne.

> « *Il nous faudrait plus de préposées, mais sans nous rajouter des tâches. On a l'impression d'être un numéro qui donne des services à un autre numéro. On perd de la qualité, du lien et du relationnel. On a beaucoup moins le temps qu'avant. Je ne peux pas trop jaser avec la personne, c'est « Go, bonjour madame, on ouvre les rideaux madame, on vous lève sur le lit, à plus tard madame ». Et on passe à l'autre* » (PAB 19)

Cette intensification du travail conduit les PAB et ASSS à critiquer le manque de temps pour encadrer le nouveau personnel. En effet, les employées expérimentées sont principalement visées par les gestionnaires pour réaliser les phases dites d' « orientation » des nouvelles recrues (leur présenter les personnes, l'environnement de travail, etc.). L'intensification de la charge de travail produit un manque de temps pour que les expérimentées réalisent correctement cette phase de travail.

> « *Quand un Pierre-Jean-Jacques arrive, un nouveau, tu le sais que tu vas devoir travailler plus fort. Parce que tu vas devoir montrer le travail, présenter l'organisation, présenter les résidents. Comme on manque de personnel, on manque de temps, alors la phase d'encadrement, on la fait tout croche* » (PAB 10)

Aussi, les employées mentionnent clairement à quel point l'encadrement des nouvelles recrues nécessite de transmettre non seulement un nouveau contenu de savoirs (environnement de travail, modalités des rencontres avec les collègues, etc.) mais aussi de modifier la perception du temps disponible des recrues pour réaliser l'ensemble des tâches prescrites. Les nouvelles recrues ne sont pas sensibilisées, durant leur formation initiale, à la gestion des temporalités consécutive à l'intensification de la charge de travail. Un tel encadrement peut accroitre la charge de travail des employées responsables de l'orientation ; pourtant, il est rare que les organisations de santé acceptent de libérer le personnel expérimenté de leur charge de travail normale pour ce type d'activité supplémentaire.

> « *Quand tu es à l'école, il te dit que tu as tes patients et que tu dois prendre le temps, mais sur le terrain c'est beaucoup de go, go, go ! Je trouve ça bien plate. Alors les jeunes qui sortent de l'école, faut que tu leur réapprennes à travailler. A travailler avec les personnes, mais plus vite! C'est tout une job de leur montrer ça. Comme on n'est pas libéré de nos tâches, on leur montre en faisant, mais on ne leur explique rien* » (ASSS 17)

L'ensemble de ces informations nous permettent de mentionner que les PAB et ASSS expérimentées disent souffrir d'une intensification de la charge de travail, produite d'une part par l'accroissement du ratio et d'autre part par l'accroissement des problématiques physiques et psychologiques des résidents. Cette intensification a des conséquences sur la vie familiale, mais uniquement pour celles qui ont des enfants en bas âge.

> « *Après une journée de travail, et tu reviens à la maison, t'es brûlée, il faut vraiment que t'aies un système d'organisation. Moi, le soir, il y a le souper, le linge, les boites à lunch… Ça prend vraiment de l'organisation. Tu dois préparer ta semaine de soupers, regarder les*

> *circulaires. C'est dur des fois, les petits ont faim, ils s'en foutent que maman est fatiguée ! Je fais des listes…* » (ASSS 5)

Cet épuisement a d'abord et avant tout des conséquences négatives sur la qualité de la vie personnelle des employées, ainsi que pour leur vie de couple, pour ceux ayant des enfants plus âgés. En effet, les responsabilités familiales sont moins importantes pour les PAB et ASSS expérimentées, du fait de l'âge avancé des enfants, pour la plupart des employées. Par contre, la vie de couple peut être fragilisée, si un équilibre n'est pas trouvé avec le conjoint ou la conjointe.

> « *Je n'ai pas d'enfants à la maison, donc ce n'est pas un problème. Mais quand je suis épuisée, c'est surtout avec mon conjoint que c'est plus difficile. Je peux lui parler de mon travail, me plaindre, il m'écoute, mais je sais que la fatigue me rend plus sensible, je deviens facilement énervée* » (PAB 11)

L'intensification de la charge de travail peut conduire ainsi à des enjeux d'articulation travail-famille mais qui concerne moins les conflits de rôle ou de temps pour ce personnel expérimenté. La difficulté réside davantage dans la gestion de cette fatigue, et les conséquences de celle-ci dans la vie individuelle et de couple.

3. La fragilisation de la santé au travail

Un autre problème corrélé au premier, et mis de l'avant autant par les PAB que pour les ASSS, concerne l'alourdissement de la clientèle assistée, et ce, en CHSLD comme au domicile des personnes. Cet enjeu conduit à plusieurs difficultés, soit la répétitivité des actes d'assistance, le manque d'ancrage des formations destinées à prévenir les risques de blessures avec la réalité du terrain et, enfin, l'agressivité et la violence de certaines personnes souffrant de démence ou d'autres troubles cognitifs.

La répétitivité des actes d'assistance est un sujet beaucoup abordé dans les entrevues. Les PAB en CHSLD, par exemple, mettent de l'avant le fait que ces tâches répétitives provoquent souvent des blessures, notamment aux poignets, au dos ou aux épaules. Le fait de devoir réaliser quotidiennement des transferts de résidents entre le lit et le fauteuil pour des personnes en forte perte d'autonomie provoquent, selon elles, de fréquents TMS. Cet aspect est particulièrement criant pour les employées expérimentées, qui ont réalisé les mêmes activités durant plusieurs années :

> « *Tous les jours, je dois aider une résidente qui est là depuis longtemps, quelques années. Je dois l'aider à la tourner sur le lit, on dit « faire une assistance partielle », et l'aider à rejoindre sa chaise. Mais à chaque fois, je dois la tirer, et parfois je force. Pareil quand on doit aider des personnes qui doivent être lavées, on les tourne sur le lit, et il faut de la force. Bon, année après année, je le sens, j'ai des douleurs, au dos, aux épaules* » (PAB 10)

Les ASSS subissent aussi les mêmes problématiques. Même si les personnes à domicile souffrent en théorie d'une perte d'autonomie moindre par rapport à celles en CHSLD, les ASSS doivent néanmoins réaliser des actes de déplacement et d'hygiène répétitifs.

> « *À force de faire toujours la même geste, j'ai attrapé deux tendinites au poignet en 5 ans. Les personnes sont de plus en plus lourdes, donc on doit forcer un peu plus. Et à force, ça craque. Pour assister certaines personnes, on devrait être deux, plutôt que tout seul. Par exemple, on a de plus en plus de personnes obèses à domicile. On peut s'en occuper tout seul, mais au fur et à mesure, ça va provoquer des problèmes* » (ASSS 6)

A priori, les PAB et ASSS ont suivi une formation spécifique, nommée « PDSB[3] », pour réduire les risques en termes de santé au travail, et notamment pour apprendre à réaliser les manœuvres de transfert adéquates. Néanmoins, cette formation n'est pas jugée totalement efficace par les PAB et ASSS. Plusieurs raisons nous ont été mentionnées dans le cadre de ce projet, mais aussi dans le cadre d'une autre recherche (Aubry et al., 2017). Elles concernent principalement le manque de temps pour réaliser la manœuvre prescrite, le manque ou la qualité délétère du matériel ou encore l'agencement de l'environnement de la personne assistée qui rend de telles manœuvres impossibles à réaliser.

> « *On doit travailler très vite, parfois ce n'est pas possible d'utiliser tel ou tel matériel, soit parce qu'il n'est pas disponible, ça arrive, soit parce que les chambres ne sont pas bien aménagées pour qu'on ait suffisamment d'espace. Et comme la clientèle est de plus en plus lourde, il faut qu'on assiste de plus en plus les résidents pour toutes les activités, ça prend du temps* » (PAB 22)

> « *Ce que j'ai remarqué avec les années, c'est vraiment la lourdeur des cas qui se transforme, qui s'aggrave, alors les formations on en a, c'est utile mais pas toujours adapté. Si on se blesse, c'est à force de toujours faire les mêmes gestes (…) Il y a des outils qu'on peut utiliser, comme des souleveurs qu'on met dans la chambre de certaines personnes, mais souvent ça prend du temps, on ne le prend pas trop, c'est là qu'on se blesse* » (ASSS 4)

L'agressivité des résidents ou clients est enfin une problématique majeure soulevée par les employées expérimentées. Ce sujet est particulièrement sensible pour les PAB qui travaillent en CHSLD, mais il l'est aussi dans certaines situations pour les auxiliaires. En CHSLD, les résidents souffrent pour une grande partie d'entre eux de problématiques de démence de type Alzheimer. Certaines actions (transferts, aides au repas ou à l'alimentation, déplacements au bain, etc.) peuvent être des situations à risque pour les employées, et celles-ci doivent mettre en acte diverses stratégies pour parvenir à réaliser les activités prescrites.

> « *Ce qui a beaucoup changé, je trouve, depuis quelques années, c'est la santé mentale des résidents. Ils arrivent avec des gros problèmes de démence. Et ils sont souvent très agressifs, en tout cas certains d'entre eux. Je me suis déjà pris des claques à la figure, des coups de poings. Il y a 10 ans, ça existait moins que maintenant. Alors il faut y aller doucement, arrêter et revenir si ça ne marche pas* » (PAB 21)

> « *Le problème, c'est avec les personnes qui ont des démences. On en retrouve à domicile, pas beaucoup parce qu'ils sont surtout en CHSLD, mais il y en a quelques-uns qui sont avec leurs familles. Les gens savent pas comment difficile d'arriver, cogner à la porte, en pur étranger, se présenter et donner un bain. Aussi, ce que je dis quand je dois encadrer l'intégration d'une nouvelle auxiliaire, c'est de rester à distance de bras, ne pas trop se rapprocher pour ne pas prendre de coups* » (ASSS 18)

Ces différentes informations nous permettent de mieux comprendre en quoi la répétitivité des actes d'assistance et l'alourdissement de la clientèle accroit les problématiques de santé au travail des PAB et ASSS expérimentées, et ce surtout dans un contexte où la nouvelle gestion publique menée par le MSSS du Québec ne vise pas l'accroissement du nombre d'employées pour réaliser ces activités, ni le développement de programmes de prévention dans le cadre duquel les préposées seraient directement *actrices*, malgré l'expérience accumulée. L'intensification du travail croisée à l'alourdissement de la clientèle tend à individualiser le rapport à la tâche, et ce, autant à domicile qu'en CHSLD, et empêche la constitution d'un collectif de travail qui pourrait servir d'espaces de discussion, de création et de transmission des stratégies exemplaires à mettre en œuvre auprès de cette clientèle.

3 PDSB signifie « principes de déplacement sécuritaires des bénéficiaires ». Il s'agit d'une formation très populaire dans les CISSS et CIUSSS du Québec, développée par un organisme sans but lucratif, l'ASSTSAS (Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales), qui est un partenaire des organisations de santé de type CISSS et CIUSSS.

La fragilisation de la santé au travail a, comme l'intensification de la charge de travail, des conséquences sur la vie familiale et personnelle. Certaines nous ont mentionné avoir été blessées durant plusieurs jours, voire plusieurs mois, suite par exemple à une chute, une blessure, ou l'agression d'un résident. Ceci peut conduire à devoir arrêter le travail durant un temps spécifique, et, dans les cas les plus graves, empêcher les personnes à réaliser leurs activités personnelles ou familiales.

> « *Je me suis blessé en chutant avec une dame sur le carrelage, dans une unité. Je me suis cassé la cheville. J'ai dû arrêter le travail durant huit semaines. Mais j'étais incapable de travailler aussi à la maison, donc c'est mon conjoint qui a tout assuré, le ménage, les repas (…) Les enfants sont grands, une chance, mais c'était huit semaines « mortes »* » (PAB 15)

Pour les PAB et ASSS ayant encore des responsabilités familiales, la fragilisation de la santé au travail est une difficulté majeure qui peut donc avoir de multiples répercussions lors des phases d'arrêt de travail, et notamment sur la garde des enfants, la réalisation des tâches domestiques, etc. Pour les employées qui n'ont plus de responsabilités familiales régulières, les conséquences concernent davantage la vie personnelle et de couple : impossibilité de réaliser certains projets, nouvelle répartition des tâches domestiques, etc.

4. Un éloignement du gestionnaire immédiat et peu soucieux des enjeux d'articulation ?

Un troisième thème majeur mentionné porte sur l'éloignement du gestionnaire immédiat, c'est-à-dire le chef d'unité pour les PAB, et le coordonnateur des services pour l'ASSS. Trois enjeux plus précis sont mentionnés : la faible fréquence des rencontres avec le gestionnaire immédiat, les relations complexes avec ces mêmes gestionnaires pour les enjeux de santé au travail, et le manque d'appui des gestionnaires sur l'expérience professionnelle des employées expérimentées.

La gestion des PAB et ASSS est assez différente, du fait que les unes travaillent en équipe dans une organisation institutionnelle, tandis que les autres travaillent individuellement à domicile. Néanmoins, les PAB et ASSS mettent clairement en évidence le fait que les gestionnaires immédiats se sont éloignés progressivement de leur réalité quotidienne, c'est-à-dire du « terrain » ou du « plancher ». Les effets de la nouvelle gestion publique sont clairement incriminés : Le nombre de gestionnaires de proximité tend à diminuer, au profit d'une présence de cadres ayant des fonctions davantage administratives et responsables de réaliser un nombre croissant de redditions de compte sur l'usage des finances des organisations publiques. Pour les employées, sont ciblées principalement les difficultés de rencontrer le gestionnaire pour discuter d'enjeux relatifs à l'organisation du travail et à l'articulation travail-famille. Quelques PAB que nous avons rencontrées critiquent la difficulté de pouvoir discuter avec des gestionnaires d'enjeux relatifs à leur pratique quotidienne (conflit avec les familles, difficultés d'assister un résident nouvellement arrivé, etc.), et réclament un temps de rencontre plus important avec eux.

> « *Les chefs d'unité, on ne les voit pas trop. Ils sont dans leurs bureaux, aux réunions, mais rarement sur le plancher. On leur demande parfois de les voir, mais ce n'est pas toujours facile. Par exemple, j'ai dit à ma gestionnaire que selon moi on devait suivre une formation pour le déplacement des cas lourds, pour éviter de se blesser, mais je n'ai jamais eu de retour, je n'arrive pas à la voir* » (PAB 22)

D'autres PAB mettent aussi en évidence le fait que les gestionnaires se sont progressivement tournés uniquement vers les résidents et proches aidants, et sans égard pour le sort des employées. Pour ces dernières, il serait plus important que les gestionnaires donnent conjointement de l'intérêt pour les enjeux vécus autant par les PAB que par les résidents et proches aidants.

> « *Ma précédente gestionnaire me disait que pour elle, on est là uniquement pour les résidents, que c'est nos CLI-ENTS et qu'on a pas le choix. Qu'on doit se tourner entièrement vers eux. Je suis d'accord, mais le gestionnaire il doit aussi nous appuyer, pas seulement nous tordre le bras sur tel ou tel sujet* » (PAB 15)

Les ASSS dénoncent la même réalité, et ce d'autant plus qu'elles sont majoritairement à l'extérieur des bâtiments des CISSS et CIUSSS, rendant encore plus difficile une éventuelle rencontre physique avec leur gestionnaire immédiat. Elles mettent aussi l'emphase sur les difficultés de se faire remplacer lorsqu'une urgence familiale se présente, de même que l'impossibilité de contacter un gestionnaire rapidement lors d'un enjeu d'articulation travail-famille. Lorsque la discussion est possible, les ASSS critiquent le manque d'intérêt de certaines gestionnaires.

> « *La semaine dernière, ma fille était malade, je voulais rester avec elle et j'ai appelé ma boss pour être remplacé. Il a fallu que je me justifie, que j'explique pourquoi, c'est épuisant à la longue. (…) Il y a des gestionnaires conciliantes avec les problèmes familiaux ou les problèmes de santé, d'autres qui le sont moins. Mais elles ont toutes les mains liés, il faut qu'on soit remplacé, et ce n'est pas facile* » (ASSS 16)

Un second enjeu porte sur la difficulté subie par les employées lorsqu'elles sont victimes de problèmes de santé au travail. La plupart d'entre elles ressentent une pression lorsqu'elles doivent s'absenter en cas de blessures ou de problème médical, et une difficulté à en parler avec un gestionnaire proche qui pourrait se rendre disponible, entendre et comprendre la situation qu'elles vivent.

> « *T'oses pas dire que tu es épuisée. Tu n'oses pas en parler à la gestionnaire. Alors je suis déjà tombé malade, et maintenant, même s'il manque de personnel, je mis dis que j'ai le droit d'être malade. Je culpabilisais avant. Ou non, c'est mon ancienne gestionnaire, elle me faisait culpabiliser plutôt. Alors maintenant, même s'il manque 10 employées, ça, ça ne me concerne pas* » (ASSS 5)

Une PAB dénonce la même situation, et notamment une difficulté pour les gestionnaires à comprendre ce que peuvent subir les employées, et les conséquences de certaines blessures ou maladies sur leur capacité à travailler. Ces dernières dénoncent le fait que les gestionnaires se concentrent davantage sur l'atteinte des objectifs prescrits en termes de productivité ou de satisfaction du client et de l'aidant plutôt que sur la gestion du personnel via un encadrement humain et de proximité.

> « *Une fois j'étais malade, j'avais une grosse bronchite qui tournait à la pneumonie. Et quand je suis revenu au travail, ce n'était pas totalement guéri, mais j'avais hâte de reprendre. Ma gestionnaire de l'époque m'a dit : « Alors comme ça tu quittes trois semaines à cause d'un rhume ? », elle ne comprenait pas ce que j'avais eu. Elle ne m'en a pas reparlé après d'ailleurs, elle voulait juste qu'on fasse la job* » (PAB 21)

Enfin, le dernier facteur concerne le manque d'intérêt des gestionnaires sur l'expérience accumulée des employées expérimentées. Un nombre important d'employées nous a mentionné qu'elles ne se sentent pas reconnues par les gestionnaires comme un personnel expérimenté, détenant des savoirs issus de leurs nombreuses années de travail. Il n'existe pas non plus d'espaces de discussion et de rencontres durant lesquelles ce personnel pourrait partager leurs connaissances. Les gestionnaires ne valoriseraient que trop peu les connaissances et stratégies que peuvent développer les PAB et ASSS expérimentées.

> « *On participe pas beaucoup aux rencontres d'équipes avec les infirmières et gestionnaires. Ce serait un bon moyen de participer activement à l'organisation. Je trouve cela dommage, on a pourtant des connaissances sur les problèmes que vit la personne. Mais on ne nous écoute pas* » (PAB 8)

Pour les ASSS, ce manque de consultation est tout aussi important, sauf pour les enjeux qui concernent l'évolution de l'état de santé des résidents. Elles doivent en effet donner de l'information importante aux professionnelles qui vont se déplacer (infirmières, ergothérapeutes, etc.) en cas de modification de l'état de santé de la personne. Mais ces renseignements portent exclusivement sur l'état de santé des résidents, et non sur l'activité de travail des employées elles-mêmes, qui pourtant mettent en œuvre des trucs, astuces et stratégies utiles pour répondre adéquatement aux besoins des personnes. Les ASSS ne se rencontrent en équipe que de 4 à 10 fois par an. La majorité des discussions avec les gestionnaires se font par téléphone, en cas de problématique majeure (maladie, blessure, etc.).

> « *On fait attention si la personne va bien, si on doit transmettre de l'information aux professionnels. Si on voit un changement majeur, on doit transmettre l'information. Mais par contre, on ne peut rien dire sur notre situation à nous. Tout doit être tourné vers le résident, c'est lui qui a des besoins et je comprends, mais les gestionnaires devraient être plus attentifs à ce qu'on pourrait donner* » (ASSS 7)

Ainsi, ces renseignements nous permettent de mettre en lumière sur l'impact de l'éloignement du gestionnaire immédiat des employées les plus rapprochées des personnes en perte d'autonomie. Elles mettent clairement en exergue le manque de soutien de la part de ces gestionnaires, tournés davantage vers des mandats administratifs (mise en place de protocole de qualité tels que l'approche « Milieu de vie », déploiement de programmes de sensibilisation, etc.) répondant aux exigences ministérielles mais déconnectées des besoins concrets des employées en termes d'articulation travail-famille, de gestion de personnel et de fructification des savoirs acquis par le personnel expérimenté. Les PAB et ASSS mentionnent par ailleurs que les gestionnaires devraient être plus conciliants avec les enjeux familiaux, et notamment les heures d'ouverture des garderies. Certaines mentionnent qu'il est difficile de « prendre des jours » ou de se faire remplacer par des collègues, puisque les gestionnaires seraient réticents à cette idée.

> « *La cadre qu'on a là, c'est pas qu'elle veut pas. Elle a cinq ou six points de service, on ne la voit pas. Même si elle était là, je n'irais pas la voir. Je pense qu'elle est tellement occupée, je n'irais pas la déranger. […] On a une bonne équipe, mais c'est le support qui manque. Surtout pour les enjeux quotidiens : tes enfants sont malades, tu es malade ou ton conjoint, il faut te faire remplacer. Le boss n'aime pas ça, parce qu'on ne peut pas prévoir !* » (ASSS 3)

5. La précarité salariale : l'impact du second salaire

La majorité des PAB et ASSS mentionnent que leur salaire est insuffisant considérant l'ensemble des tâches qu'ils ont à réaliser, en comparaison avec autres types d'employées (infirmières et infirmières auxiliaires, principalement). On ne retrouve pas de différences majeures entre les deux catégories d'emplois puisqu'elles bénéficient uniquement de cinq échelons salariaux avec des salaires comparables. Par contre, les ASSS mettent de l'avant l'injustice de leur niveau salariale en comparaison de leurs responsabilités à domicile, tandis que les PAB justifient la même injustice via la lourdeur de leur charge de travail. Un point fondamental porte sur le fait que, selon elles, leur salaire est jugé correct, « vivable », à la condition de profiter d'un second salaire, celui du conjoint ou de la conjointe.

> « *C'est sûr qu'il y a des limitations au niveau du salaire. On a un faible salaire pour toutes responsabilités qu'on a, les lois 90 et autres. On est les yeux et les oreilles des résidents. On a la vie des gens entre nos mains, et on est sous payé. Mais, c'est plus confortable que le minimum ou que travailler dans le privé ! Au moins, dans le public, on te paye ton kilométrage. Mon conjoint a un salaire aussi. En fait, on y arrive avec deux salaires, mais avec uniquement le mien, et avec des enfants, ce serait très difficile.* » (ASSS 3)

> « *Le salaire est vraiment faible. On a 5 échelons d'ancienneté, c'est trop peu. On est mal payé pour toute la charge de travail qu'on a à supporter. (…) Pour les plus expérimentées qui sont en couple, on ne roule pas sur l'or mais c'est vivable. Je pense surtout aux plus jeunes, ou à moi quand je suis rentrée au début. Ce n'était pas facile. C'est dur pour les monoparentales aussi.* » (PAB 22)

De fait, si la précarité salariale est mise de l'avant par les PAB et ASSS que nous avons interrogées, il ne s'agit pas de leur problématique majeure. L'enjeu mentionné concerne moins le salaire en tant que tel que le déséquilibre entre le niveau salarial et la charge de travail et responsabilité envers les personnes assistées. Le second salaire du conjoint ou de la conjointe pallie les limites financières, même si cet équilibre peut entrainer une majorité de femmes dans une relation de dépendance vis-à-vis du salaire du mari. Par contre, les personnes interrogées mentionnent que la faible attraction et rétention des employées les moins expérimentées peut être dû en partie à la faiblesse du salaire : On parle en effet ici des PAB et ASSS plus jeunes, sur un poste à temps partiel ou temps partiel occasionnel, qui peuvent avoir un ou plusieurs jeunes enfants à leur charge, et parfois des familles monoparentales, surtout dans les villes où le coût immobilier est important (Montréal, Québec, etc.).

L'autre conséquence d'un faible salaire est la difficulté pour les PAB et ASSS de prolonger leur parcours scolaire par une autre formation. Certaines PAB ont souhaité reprendre des études en sciences infirmières, mais n'ont pu le faire pour des raisons de coût et de responsabilités familiales.

> « *J'ai voulu reprendre des cours de sciences infirmières, mais j'avais des enfants. Je ne pouvais pas vraiment quitter mon emploi, j'avais besoin de mon salaire. Donc je ne l'ai pas fait, et puis après j'ai continué comme préposée* » (PAB 10)

Ainsi, globalement, le niveau salarial est une problématique reconnue dans la qualité de l'articulation travail – famille – vie personnelle, mais moins évoquée que les enjeux relatifs à l'intensification de la charge de travail ou les problématiques de santé au travail. Par contre, cet enjeu n'est pas mentionné à la condition qu'un second revenu permette de compenser la relative faiblesse des salaires des PAB et ASSS.

6. Horaires de travail

Enfin, un dernier point mentionné porte sur les horaires de travail. Comme pour le salaire, les PAB et ASSS mettent l'emphase sur le fait que leur métier nécessite de travailler malgré des horaires difficiles (travail de soir, travail de nuit), durant la fin de semaine ou durant les jours de fêtes. Certains aussi critiquent la difficulté de pouvoir choisir les jours de vacances. Même en bénéficiant d'un poste à temps complet, le rythme de travail est intense, surtout pour les jeunes mères qui ont des responsabilités parentales.

> « Il faut se lever tôt, préparer les repas, préparer à partir à l'école ou à la garderie, aller mener les enfants, aller travailler, aller rechercher les enfants, préparer le repas, faire les devoirs, s'occuper de l'autre enfant, faire ses appels pour le travail, coucher les enfants, se coucher. Je n'arrête pas. » (PAB 22)

Elles mentionnent aussi que les difficultés sont plus grandes lorsque les PAB et ASSS occupent un emploi à temps partiel occasionnel, du fait de la nécessité de répondre aux appels de disponibilité. Il est difficile pour les jeunes mères de subir cette précarité. Pour elles, du fait du manque de soutien de l'organisation, elles doivent pouvoir prendre appui sur la solidarité familiale, par exemple l'aide familiale (mère ou mari pour garder les enfants).

> « *Ce que je trouve déplorable un peu c'est que quand il t'appelle, il faut que tu sois disponible! Et puis, moi, je me souviens les premiers temps qu'il m'appelait, je leur disais : «écoute-là, je ne reste pas chez nous le temps que tu m'appelles ». Je me suis presque fait dire : « il faut que tu acceptes si on t'appelle* ». (PAB 14)

> *« Si t'es sur la liste de rappel, tu dois trouver quelqu'un assez vite. Et à mon ancien lieu de travail, ils ne comprenaient pas. Si tu ne peux pas rentrer, il y a une petite coche à côté de ton nom. Je pense que si tu n'as pas de de grand-maman, ton emploi, tu ne l'as pas longtemps ! »* (ASSS 17)

Ici encore, les horaires de travail sont certes mentionnés par les PAB et ASSS, mais surtout pour illustrer la difficulté des employées à temps partiel ou temps partiel occasionnel. La plupart des personnes interrogées travaillant à temps complet, l'enjeu des horaires de travail n'était pas le plus important, au contraire des rythmes de travail intenses, que ce soit en CHSLD ou à domicile.

Discussion

Notre problématique de recherche visait à déterminer l'impact des facteurs organisationnels sur l'articulation travail-famille-vie personnelle des PAB et ASSS. La littérature scientifique nous apprend en effet que les enjeux relatifs à la charge de travail à la fragilisation de la santé au travail sont majeurs pour ces employées. Nous avons pu constater en effet que les problématiques familiales des PAB expérimentées sont peu mentionnées par les PAB et ASSS, du fait 1) de posséder un statut d'emploi à temps plein qui assure un salaire certes faible, mais fixe, ainsi que des horaires stables, et 2) de l'âge avancé des enfants d'une majorité de PAB et ASSS interrogées. Aucune d'entre elles n'a mis de l'avant une responsabilité en qualité de proche aidant envers leurs propres parents.

Globalement, les enjeux recensés concernent principalement les conséquences des caractéristiques du travail sur la qualité de sa vie personnelle et de couple. Cinq thèmes majeurs recensés dans nos résultats nous semblent dignes d'être mentionnés.

- La principale thématique a pour objet **l'intensification de la charge de travail** (accroissement du ratio de personnes à assister, perte du contact relationnel et manque de temps pour l'encadrement des nouvelles recrues), du fait notamment de l'alourdissement de la clientèle assistée, **qui provoque une fragilisation de la santé au travail** (répétitivité des actes, manque d'ancrage des formations destinées à prévenir les risques de blessures avec la réalité du terrain et agressivité et violence de certaines personnes), **ainsi que des conséquences négatives de la fatigue et du stress sur la relation de couple.**

- La seconde thématique concerne **l'éloignement du gestionnaire immédiat** (manque de fréquence dans les rencontres avec le gestionnaire immédiat, relations complexes avec les gestionnaires concernant la santé au travail, et manque d'appui des gestionnaires sur l'expérience professionnelle des employées expérimentées), et **son manque de capacités à identifier des solutions pour les PAB et ASSS lors d'enjeux d'articulation travail-famille-vie personnelle**.

- La troisième thématique a trait à **l'influence positive d'un second salaire** (celui du conjoint, principalement) pour maintenir la qualité de vie des PAB et ASSS dont leur propre salaire est jugé trop faible.

- En fin, la quatrième thématique porte sur **la double charge de travail en termes professionnels et familiaux** pour certains PAB et ASSS qui gardent une responsabilité familiale importante, ainsi que le développement de stratégies pour réduire ces charges. La complexité des horaires de travail et des horaires familiaux / personnels sont un indicateur majeur de cette double charge.

Notons ces constats sont globalement valables autant pour les auxiliaires que pour les préposées, mis à part quelques différences relatives à l'environnement de travail, à la nature des tâches à effectuer, ainsi qu'au niveau d'autonomie des personnes assistées. Les employées expérimentées ont pu juger et nous informer de la transformation de l'organisation et de l'état de santé des personnes qu'ils assistent du fait de leur nombre d'années d'expérience. Ils détiennent également un haut niveau de connaissances et de savoir-faire qui, du fait des éléments présentés plus haut, ne sont pas utilisés à bon escient par les gestionnaires des CISSS et CIUSSS. Par exemple, les PAB et ASSS expérimentées détiennent la responsabilité des phases de transmission et d'orientation avec les nouvelles recrues; mais cette phase est souvent réduite à quelques minutes d'encadrement, empêchant une discussion entre deux employées de deux niveaux d'expérience sur ce qu'est le « prendre soin », sa visée et ses limites (Gaudart et Thébault, 2012).

Plus généralement, cette étude met l'emphase sur le manque d'importance que donnent les organisations publiques du Québec des actrices professionnelles travaillant au plus près des personnes en perte d'autonomie, en hébergement ou à domicile. En choisissant de donner la priorité à la satisfaction des « clients » et en limitant les dépenses publiques (deux piliers majeurs de la « nouvelle gestion publique »), les organisations et les gestionnaires qui les dirigent ne prennent pas conscience de l'impact de leur désintérêt relatif pour le personnel de proximité, et du manque d'ancrage entre les prescriptions organisationnelles que ce personnel subit et la réalité du terrain. En accord avec les analyses de Dujarier (2015), nous émettons l'avis que la nouvelle gestion publique dans le réseau de la santé du Québec permet le développement de dispositifs de prescription déconnectés de la réalité du terrain et de l'expérience des travailleuses. Selon la même auteure, celui qui fait le service n'est pas celui qui prescrit le service. Les taux accablants de lésions professionnelles et le nombre croissant de jours d'absentéisme sont, selon nous, les marques d'une gestion déconnectée de ce que vivent les employées dans un contexte général d'intensification de la charge de travail, et qui font des ASSS et PAB des catégories d'emplois très fragilisées actuellement au Québec (Aubry, 2016). Il serait alors pertinent et efficace de réintégrer ce type de personnel comme une pièce maitresse dans le fonctionnement des organisations de santé, que ce soit à domicile ou en institution.

Nos résultats démontrent donc que l'articulation travail-famille-vie personnelle se concentre principalement sur les effets de l'intensification de la charge de travail et de la fragilisation de la santé au travail sur la vie familiale lorsque les responsabilités parentales sont fortes, mais plus précisément sur la vie individuelle et de couple (lorsque les responsabilités parentales sont faibles. En effet, le marqueur statistique majeur porte sur les taux d'accidents du travail ou d'épuisement psychologique. Ces événements ont des conséquences d'abord sur la vie personnelle du PAB et de l'ASSS, puis sur l'équilibre familial (conjoint, enfant). En ce sens, nous pouvons émettre cinq recommandations majeures destinées aux gestionnaires des organisations de type CISSS et CIUSSS ainsi qu'au MSSS afin de faciliter l'articulation chez ces employées.

1) Réduire l'intensité de la charge de travail, notamment en termes de ratios de résidents ou personnes par PAB / ASSS.

2) Réduire le taux de lésions professionnelles et de détresse psychologique en permettant aux PAB de participer directement au développement des programmes de prévention, tels que le PDSB.

3) Rapprocher davantage les gestionnaires dits « de proximité » des employées PAB et ASSS, afin qu'ils résolvent plus facilement les problématiques d'articulation travail-famille-vie personnelle que les employées pourraient subir.

4) Accroitre le salaire des PAB et ASSS, et créer de nouveaux échelons salariaux pour ce personnel, afin que ces employées, majoritairement des femmes, haussent leur niveau de vie et ne dépendent pas d'un second salaire (le plus souvent celui du mari).

5) Flexibiliser les horaires de travail des PAB et ASSS qui détiennent de lourdes responsabilités parentales (jeunes enfants, notamment).

Conclusion

L'objectif principal de cet article fut de présenter l'impact des facteurs organisationnels subis par les PAB et ASSS expérimentées travaillant dans le réseau de la santé public au Québec. Nous souhaitions mettre l'emphase sur le personnel expérimenté puisqu'il forme un volume d'employées important, et qu'ils sont plus susceptibles de subir des problématiques relatives à leur santé physique et/ou psychologique au travail.

Nous avons pu constater en effet que les problématiques familiales des préposées expérimentées sont peu mentionnées par les PAB et ASSS, du fait 1) de posséder un statut d'emploi à temps plein qui assure un salaire certes faible, mais fixe, ainsi que des horaires stables, et 2) de l'âge avancé des enfants des PAB et ASSS interrogées. Ce sont davantage les facteurs organisationnels qui furent mis de l'avant, et notamment 1) l'intensification de la charge de travail, 2) la fragilisation de la santé au travail, 3) l'éloignement du gestionnaire immédiat et son faible intérêt pour les enjeux d'articulation, 4) les faibles salaires conduisant à dépendre en partie du second salaire (celui du mari, principalement), et 5) la difficulté relative aux horaires de travail et aux conflits de rôle, lorsque la PAB ou l'ASSS subit une lourde charge parentale.

Nous pensons que réfléchir à l'articulation travail-famille-vie personnelle des PAB et ASSS expérimentées à travers les enjeux organisationnels est une voie féconde. Une des preuves les plus saillantes porte sur les taux d'accidents du travail ou d'assurance salaire que subissent les organisations de santé. De fait, la dimension familiale semble moins importante pour ce personnel, au contraire de la dimension personnelle ou de couple à travers la santé au travail. Nous présentons cinq recommandations aux gestionnaires des CISSS et CIUSSS et au MSSS qui peuvent permettre aux PAB et ASSS de moins subir cette problématique.

A contrario, les enjeux d'articulation travail-famille semblent plus complexes pour les employées moins expérimentées, qui subissent un statut d'emploi précaire ainsi que de lourdes responsabilités parentales. Selon nous, une prochaine étude devrait s'attarder à identifier des pistes de solution pour ce personnel peu expérimenté, et de plus en plus rare dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Références bibliographiques

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2012. *Les troubles musculosquelettiques liées au travail. Portrait montréalais de surveillance des TMS indemnisés, 1998-2007*, ASSSM : Montréal.

Allaire, É., Jauvin, N. et Duchesne, A. 2015. *Démarche participative de prévention des problèmes de santé et sécurité au travail chez les auxiliaires de santé et de services sociaux du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale*, Québec : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

Aubry, F. 2016. Les préposés aux bénéficiaires au Québec: entre amour du métier et dégoût de la tâche: Comment l'analyse de l'activité permet de comprendre le paradoxe, *Sociologie et sociétés*, 48(1), 169-189.

Aubry, F. 2017. Préposé aux bénéficiaires : un métier inconnu et invisible, *Vie et vieillissement*, 14(3), 4-6.

Aubry, F., Feillou, I., Torres, M., Ledoux, E., Couturier, Y. et Desmarais, L. 2017. *Comprendre l'influence de la régulation des contraintes temporelles sur l'appropriation des principes généraux de déplacement sécuritaire des bénéficiaires par les recrues préposés aux bénéficiaires*, Rapport de recherche, R-998, Montréal : IRSST.

Aubry, F., Bernier, A., Ziam, S., Couturier, Y., Desmarais, L. et Ledoux, E. 2018. *Conditions et stratégies gagnantes du maintien en emploi des préposés aux bénéficiaires dans les ressources d'hébergement domiciliaires et institutionnelles privées et publiques*, Rapport de recherche, FRQSC « Action concertée », Québec, Canada.

Barrère-Maurisson, M.-A. et Tremblay, D.-G. 2009. *Concilier travail et famille. Le rôle des acteurs France-Québec*, Québec : PUQ

Bédard, S. 2012. Portrait des lésions dans le secteur de la santé et des services sociaux, *Objectif prévention*, 35(1), 8-9.

Bédard, S. 2016. L'importance des TMS chez les soignants en quelques chiffres, *Objectif prévention,* 39(2), 31-32.

Boivin, L. 2013. Réorganisation des services d'aide à domicile au Québec et droits syndicaux: de la qualification à la disponibilité permanente juste-à-temps. *Nouvelles questions féministes*, 32(2), 44-56.

Boulet, M. et Le Bourdais, C. 2016. Pratiques de conciliation travail-famille et détresse psychologique des salariés québécois : une comparaison selon le genre, *Relations industrielles*, 71(3), 442-467.

Bourbonnais, R., Gauthier, N., Vézina, M., Viens, C., Durand, P.-J., Brisson, C., Alderson, M., Bégin, P. et Ouellet, J.-P. 2005. Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail, *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé - PISTES*, 7(2).

Butler, S.S., Brennan-Ing, M., Wardamasky,S. and Ashley, A. 2014. Determinants of longer job tenure among home care aides : what makes some stay on the job while others leave? *Journal of Applied Gerontology*, 33(2), 164-188.

Clément, S., et Lavoie, J.-P. 2013. *Prendre soin d'un proche âgé. Les enseignements de la France et du Québec*. Paris : Erès.

Cloutier, E., Fournier, P.-S., Ledoux, E., Gagnon, I., Beauvais, A. et Vincent-Gernod, C. 2012. *La transmission des savoirs de métier et de prudence par les travailleurs expérimentés. Comment soutenir cette approche dynamique de formation dans les milieux de travail*, Rapport de recherche R-470, Montréal : IRSST.

Cognet, M. 2003. Les femmes, les services et le don, *Cahiers de recherche sociologique*, 37, 51-77.

Coogle, C.L., Parham, I.A and Young, K.A. 2007. Job satisfaction and career commitment among nursing assistants providing Alzheimer's care. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 22(4), 251-260.

David, H., Volkoff, S., Cloutier, E., et Derriennic, F. 2001. Vieillissement, organisation du travail et santé. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé - PISTES*, 3(1).

Demazière, D. et Dubar, C. 1997. *Analyser les entretiens biographiques: l'exemple des récits d'insertion*. Paris : Gallimard.

Duguay, P. et Cloutier, E. 1996. Taux d'incidence des accidents du travail et vieillissement: l'importance du type de dénominateur, *Cahiers québécois de démographie*, 25(2), 279-291.

Dujarier, M.-A. 2015. *Le management désincarné. Enquête sur les nouveaux cadres du travail*, Paris : La découverte.

Duxbury, L. et Higgins, C. 2003. *Work–Life Conflict in Canada in the New Millennium. A Status Report*, Health Canada.

Estryn-Behar, M., Chaumon, E., Garcia, F., Milanini-Magny, G., Bitot, T., Ravache, A.-E. et Deslandes, H. 2011. Isolement, parcellisation du travail et qualité des soins en gériatrie, *@ctivités*, 8 (1), 77-103.

Fusilier, B. 2011. Le concept d'ethos. De ses usages classiques à un usage renouvelé, *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 42(1), 97-109.

Fusilier, B., Sanchez, E. et Ballatore, M. 2013. Appartenance professionnelle et articulation travail / famille. Comparaison de deux groupes professionnels : les infirmières et les policiers, *Enfances, familles, générations*, 18, 94-119.

Gaudart, C., Thébault, J. 2012. La place du care dans la transmission des savoirs professionnels entre anciens et nouveaux à l'hôpital, *Relations industrielles*, 67(2), 242-262.

Glaser, B. G. et Strauss, A. L. 2010. *La découverte de la théorie ancrée : Stratégies pour la recherche qualitative*. Paris : Armand Colin.

Grenier, N. 2008. *Portrait de la main d'œuvre Préposés aux bénéficiaires (Rapport Grenier)*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Harris, R. et al. (2010). Flexible working and the contribution of nurses in mid-life to the workforce: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 418-426.

Hufty, M. 2016. *La pensée comptable. État, libéralisme, nouvelle gestion publique*, Cahiers de l'IUED, Genève : Graduate Institute Publications.

Ilama, I.-I. et Tremblay, D.-G. 2014. Conciliation travail-famille et vie personnelle chez les préposés aux ainés à domicile : enjeux et analyse fondée sur une perspective de genre. *Revue Interventions économiques*, 51.

Lazzari Dodeler, N. et Tremblay, D-G. 2016. La conciliation emploi-famille/vie personnelle chez les infirmières en France et au Québec, *Revue Intervention économiques*, 54.

Linhart, R. 2005. L'hôpital malade du temps. *Dans* Linhart, D. et Moutet, A. (Dir.). *Le travail nous est compté. La construction des normes temporelles du travail* (pp.335-344), Paris : La découverte.

Marquier, R., Vroylandt, T., Chenal, M., Jolidon, P., Laurent, T., Peyrot, C., Straub, T. et Toldre, C. 2016. *Les conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés*, Les dossiers de la DREES, n°5, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2016.

Martin, C. 2014. *Pour une meilleure attractivité des emplois de l'accompagnement de la perte d'autonomie. Enjeux et leviers. Référentiel pour la pratique*. Lyon : Agence régionale de santé Rhône-Alpes.

Martin, C. et Gadbois, C. 2008. L'ergonomie à l'hôpital, *Dans* Falzon, P. (Dir.). *Ergonomie* (pp.603-620.). Paris : PUF.

Messing, K. 2009. Santé des femmes au travail et égalité professionnelle : Des objectifs conciliables ?, *Travailler*, 22(2), 43-58.

Miles, M. B. et Huberman, A. M. 2003. *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec – MSSS. 2016. *Portrait de la main d'œuvre. Soins d'assistance*, Québec : Gouvernement du Québec.

Najem, E. et Tremblay, D.-G. 2011. Les travailleurs vieillissants et les pratiques d'articulation emploi-famille : de quelles mesures bénéficient les personnes de 55 ans et plus et que souhaitent-elles ?, *Regards sur le travail*, 7(3).

Nancarrow, S. 2007. The impact of intermediate care services on job satisfaction, skills and career development opportunities. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1222-1229.

Pailhé, A. et Solaz, A. 2009. Pourquoi les salariés sont-ils satisfaits de la conciliation famille-travail ? L'effet des politiques des entreprises, Dans Pailhé, A. et Solaz, A. (dirs). *Entre famille et travail. Des arrangements de couples aux pratiques des employeurs* (pp. 383-407), Paris : La Découverte.

Prévost, J. et Messing, K. 2001. Stratégies de conciliation d'un horaire de travail variable avec des responsabilités familiales, *Le travail humain*, 64(2), 119-143.

St-Amour, N., Laverdure, J., Devault, A. et Manseau, S. 2005. *La difficulté de concilier travail-famille : ses impacts sur la santé physique et mentale des familles québécoises*, Institut national de santé publique, INSPQ : Montréal.

St-Amour, N. et Bourque, M. 2013. *Conciliation travail-famille et santé : Le Québec peut-il s'inspirer des politiques gouvernementales mises en place dans d'autres pays ?*, Rapport de recherche, Montréal : INSPQ.

Tremblay, D.-G. 2008. *Conciliation emploi-famille et temps sociaux*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Tremblay, D.-G. et Larivière, M. 2009. L'articulation emploi-famille dans le secteur infirmier au Québec. Une conciliation possible ?, Éthique publique, 11(2), 43-51.

Tremblay, D.-G. et Larivière, M. 2009. La conciliation emploi-famille dans le secteur de la santé au Québec. Le soutien organisationnel fait-il défaut aux infirmières ?, *Note de recherche de la Chaire de recherche sur les enjeux socio-organisationnels de l'économie du savoir*, No 09-02, Montréal : TELUQ-UQAM.

InterActions
Centre de recherche et de partage des savoirs
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

www.centreinteractions.ca

ISBN 978-2-550-82160-1 (PDF)