

L'intégration des nouveaux préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec : la santé au travail au risque des temporalités

The integration of new oderlies in geriatric organizations in Quebec: The risks to occupational safety and health

François Aubry

Volume 3, Number 4, Fall 2014

Rythmes et temporalités formatives de la professionnalisation

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1028785ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1028785ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université de Sherbrooke

ISSN

1925-4873 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Aubry, F. (2014). L'intégration des nouveaux préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec : la santé au travail au risque des temporalités. *Phronesis*, 3(4), 48-55. <https://doi.org/10.7202/1028785ar>

Article abstract

The objective of this article is to explain how the integration of new oderlies in geriatric organizations in Quebec must be considered as a problematic process in terms of occupational safety and health. This article is based on data from a qualitative study conducted in 2012 in two geriatric organizations in Quebec. We show how the new recruits having to respect two organizational standards: one concerning compliance with the prescribed workload; the other relates to the quality of work. We show how prudent strategies hold a major role in the protection of new recruits to the risks in the organization. Finally, we present the causes playing a role in the weakening of the transmission process of these strategies.

L'intégration des nouveaux préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec : La santé au travail au risque des temporalités

François AUBRY

Centre affilié universitaire
CSSS Bordeaux Cartierville Saint Laurent
11822 Avenue de Bois-de-Boulogne
Montréal, QC H3M 2X6
Francois.Aubry.bcstl@ssss.gouv.qc.ca

Mots-clés : préposés aux bénéficiaires, organisations gériatriques, santé au travail, temporalités, intégration

Résumé : L'objectif de cet article est d'expliquer en quoi l'intégration des nouveaux préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec doit être considérée comme un processus problématique en termes de santé et sécurité du travail. Notre article prend appui sur les données d'une étude qualitative menée en 2012 dans deux organisations gériatriques du Québec. Nous montrons comment les nouvelles recrues apprennent à devoir respecter deux normes organisationnelles difficilement conciliables : l'une concerne le respect de la charge de travail prescrite; l'autre a trait à la qualité du travail. Nous montrons ensuite en quoi les stratégies de prudence détiennent une place majeure dans la protection des nouvelles recrues face aux risques inhérents à l'organisation. Enfin, nous référençons les causes pouvant jouer un rôle dans la fragilisation du processus de transmission de ces stratégies.

The integration of new oderlies in geriatric organizations in Quebec : The risks to occupational safety and health

Key-words : oderlies, geriatric organizations, occupational safety and health

Abstract : The objective of this article is to explain how the integration of new oderlies in geriatric organizations in Quebec must be considered as a problematic process in terms of occupational safety and health. This article is based on data from a qualitative study conducted in 2012 in two geriatric organizations in Quebec. We show how the new recruits having to respect two organizational standards: one concerning compliance with the prescribed workload; the other relates to the quality of work. We show how prudent strategies hold a major role in the protection of new recruits to the risks in the organization. Finally, we present the causes playing a role in the weakening of the transmission process of these strategies.

Introduction

L'objectif de cet article¹ est d'expliquer en quoi et comment l'intégration des nouveaux préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques² au Québec doit être considérée comme un processus problématique en termes de santé et sécurité du travail.

Nous montrons comment les nouvelles recrues, durant cette phase d'intégration, apprennent à devoir respecter deux normes organisationnelles difficilement conciliables : l'une concerne le respect de la charge de travail prescrite; elle se définit par le ratio entre le nombre de résidents par jour à assister et le nombre de préposés par service gériatrique; l'autre a trait à la qualité du travail; les indicateurs de cette qualité n'existent pas concrètement, même si les programmes de formation ou de bonification de la pratique destinés aux préposés se sont accumulés ces dernières années au Québec³. Notre idée est que les préposés nouvellement recrutés doivent se voir transmettre par des préposés expérimentés des stratégies de régulation des temporalités nécessaires afin de respecter les enjeux organisationnels prescrits. Ces stratégies sont des compétences tacites collectivement partagées qui jouent un rôle majeur dans la pratique quotidienne et le respect des objectifs contradictoires.

Néanmoins, cette forte polarisation sur le respect des enjeux organisationnels entraîne deux conséquences négatives pour la santé et la sécurité du travail. D'une part, la création, l'usage et le partage de stratégies de régulation des temporalités laissent peu de place au développement des stratégies de prudence, pourtant reconnues essentielles pour ce type de métier (Cloutier, David, Teiger et Prévost, 1999). D'autre part, l'intensification du travail, c'est-à-dire de l'augmentation du nombre de résidents par préposés, réduit les possibilités de travail en commun entre préposés détenant des années d'expérience différentes; et les normes de qualité sont de plus en plus importantes dans les organisations gériatriques du Québec; ceci aboutit à une accentuation de l'écart entre les deux objectifs organisationnels contradictoires présentés plus haut. L'usage des stratégies de prudence n'est donc pas assuré d'un processus de transmission réussi. Cela peut donc jouer un rôle majeur dans le développement des problématiques actuelles de santé et sécurité au travail pour les préposés nouvellement recrutés.

Notre article prend appui sur les données d'une étude qualitative menée en 2012 dans deux organisations gériatriques du Québec. Après avoir présenté la méthodologie de cette étude, nous présenterons les données pertinentes actuelles relatives aux problématiques de santé et sécurité au travail pour les jeunes recrues préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques du Québec. Nous montrerons ensuite en quoi les stratégies de prudence détiennent une place majeure dans la protection des nouvelles recrues face aux risques inhérents à l'organisation. Enfin, nous référencerons les causes pouvant jouer un rôle dans la fragilisation du processus de transmission de ces stratégies.

1. Méthodologie

L'étude fût réalisée entre janvier et octobre 2012, dans un centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la région de Montréal comptant deux Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Un des objectifs de cette étude fut d'identifier les principales problématiques relatives à la santé et sécurité au travail pour les préposés nouvellement recrutés. Nous avons opté pour une méthodologie qualitative, de type semi-inductif. Ce choix provient du fait que, d'une part, nous souhaitions collecter les représentations des préposés sur ce sujet et que, d'autre part, peu d'écrits ont été publiés sur cette thématique dans le contexte québécois. Nous avons réalisé 30 entrevues avec des préposés aux bénéficiaires (hors personnel d'agences privées) travaillant sur un quart de jour (7 h-15 h00), soit 15 entrevues dans deux services du CHSLD 1, et 15 entrevues dans deux services pour le CHSLD 2. Les préposés participants sont à « temps complet » (n=10), à « temps partiel » (n=10) et à « temps partiel occasionnel », recrutés depuis moins de 6 mois (n=10). Nous avons choisi des services de soins gériatriques, en excluant néanmoins les services spécialisés pour des maladies ou déficiences spécifiques, telles que les unités spécialisées dans le soin aux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. Une partie de l'entrevue, de type semi-dirigée, a été construite à partir de trois thématiques,

1 Cet article a initialement été publié dans Aubry (2014).

2 Par centre d'hébergement, nous entendons CHSLD, soit Centre d'hébergement et de soins de longue durée - équivalent des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendants (EHPAD) en France.

3 Pensons par exemple au modèle Planetree ou à la formation AGIR, initiée par le ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS, 2008).

soit : 1) les problématiques relatives à la santé et la sécurité du travail pour les nouvelles recrues, 2) la représentation du processus d'intégration des nouvelles recrues par les préposés expérimentés, et 3) l'identification des stratégies de prudence. Nous illustrerons dans le cadre de l'article certaines analyses soutenues par des extraits des discours des préposés qui seront identifiés par leurs statuts et années d'expérience.

2. Problématiques des préposés aux bénéficiaires en termes de santé et sécurité du travail

Les préposés aux bénéficiaires répondent à la catégorie générique de « personal care workers in health services – Health care assistants », selon le classement de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2008). Plus précisément, l'institution note que ces acteurs professionnels « provide routine personal care, support and assistance with activities of daily living to patients and residents (...). They assist patients with personal, physical mobility and therapeutic care needs as per established care plans and practices, and generally under the direct supervision of medical, nursing or other health professionals or associate professionals » (OMS, 2008, p. 10). Les préposés aux bénéficiaires sont donc responsables des actes d'assistance envers les résidents, hors de tout acte de soins.

Au Québec, le métier de préposé n'est pas catégorisé dans les groupes prioritaires en termes de risques relatifs à la santé et la sécurité au travail par la commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST); il est en effet intégré au groupe VI, dans le sous-groupe « services médicaux et sociaux » (Pérusse, 2004), qui n'est pas reconnu pour rassembler des métiers dits « à risque ». Pourtant, selon Legault et Dionne-Proulx (2003), en termes de lésions professionnelles, les préposés aux bénéficiaires subissent un fort taux d'incidence (46,4 %, alors que le taux est de 5,9 % pour le Québec) et un fort taux de prévalence (61,8 ‰, alors que le taux est de 9 ‰ pour le Québec). La plupart des problématiques subies par les préposés concernent les accidents du travail (98,5 %, contre 1,5 % pour les maladies professionnelles). Par ailleurs, ces centres d'hébergement font partie des contextes de travail les plus à risque pour ces acteurs.

Une problématique majeure subie par ce personnel, déjà aperçue précédemment (St-Vincent, Tellier & Petitjean-Roget, 1995) concerne les blessures au dos. Deux causes majeures sont identifiées : la blessure est consécutive à un effort excessif lors du levage et du déplacement d'un malade, ou elle est due à un effort excessif pour atteindre un objet. Pour répondre à ce problème, un des programmes les plus populaires au Québec en matière de prévention en santé et sécurité du travail, le principe de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB), soutenu par l'association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ou ASSTSAS : Poulin & Robitaille, 2007), se base sur l'idée que la connaissance du patient et le développement de sa motivation est une des bases du développement de stratégies de déplacement efficace et sécuritaire. Néanmoins, du fait de la variabilité des contextes de soins en centre d'hébergement (roulement des personnes hébergées et/ou roulement de personne), la prévention est reconnue difficile à mettre en œuvre.

Le constat est donc assez sombre : les taux de lésions professionnels sont forts, pour un groupe professionnel non reconnu par la CSST comme à risque de développer de tels troubles. Par ailleurs, quand bien même les programmes de formation gardent une utilité, leurs limites ont été démontrées. Des données récentes (Bédard, 2012) illustrent en quoi les préposés sont les membres professionnels les plus touchés actuellement dans le secteur de la santé et des services sociaux par des lésions professionnelles : 30 % de l'ensemble des lésions indemnisées par la CSST en 2009 dans ce secteur concernent les préposés. Il est noté, par exemple, que les efforts excessifs auprès des résidents sont responsables de la majorité des lésions engendrées, principalement en termes de maux de dos.

De même, les taux de démissions sont éloquentes, et prouvent la complexité de rester actuellement en emploi en tant que préposé. Selon Grenier (2008), la forte mobilité des aides-soignantes s'illustre par un taux de départ de 6,3 % parmi l'effectif en poste pour la période 2006-2007, mais de 24,2 % pour l'effectif arrivé en cours d'année, et de 37,6 % pour les moins de 30 ans. Il y a donc un intérêt majeur à réfléchir aux enjeux relatifs à la santé et sécurité au travail pour cette population professionnelle, jeune et/ou non expérimentée qui intègrent les organisations gériatriques.

3. Utiliser des stratégies collectives pour répondre aux exigences organisationnelles contradictoires

Les principales critiques exprimées par les préposés aux bénéficiaires dans le cadre des organisations gériatriques concernent principalement le manque de solutions à une problématique majeure, soit le fait de devoir respecter deux exigences contradictoires : savoir réaliser une pratique de qualité tout en s'assurant de répondre à la charge de travail imposée. Ceci conduit à l'émergence de problématiques relatives aux rythmes de travail (Aubry, 2012), en concordance avec les travaux de Bonnemain, Vidal-Gomet et Bourmaud (2011) en France. Plus précisément, les préposés disent devoir travailler en respectant deux temporalités différentes, soit tout d'abord accélérer, durant la journée de travail, pour respecter les injonctions quantitatives.

Durant toute la journée, c'est go, go, il faut se dépêcher, on ne peut pas perdre une minute... On a une grosse pression à ce niveau. Quand on regarde le plan de travail, on n'a pas vraiment de moment libre (40 ans, 16 ans d'expérience).

L'autre norme revient plutôt au fait de ralentir au contact du résident, dans un souci de travail relationnel afin d'effectuer un travail de qualité et éviter les gestes de maltraitance. Il s'agit ainsi de suivre le rythme du patient, qui diffère en tout point du rythme promu par l'organisation.

Un problème important, c'est qu'on doit toujours être rapide durant la journée, mais quand on est près du résident, il faut qu'on suive son rythme, donc aller doucement, ne pas la brusquer... Ce n'est pas simple d'aller d'un rythme à l'autre parce que c'est mal équilibré (45 ans, 23 ans d'expérience).

Notons que cette critique semble recouvrir l'intégralité des métiers dits « de service » puisque, dans ces métiers, les objectifs humains de l'activité se confrontent aux moyens souvent limités pour y parvenir. Clot (2006, p. 10) a particulièrement bien démontré cela : « Avec le développement des services où "l'objet de travail" (...) est de plus en plus la vie d'autrui, les buts à atteindre et les moyens pour y parvenir sont beaucoup plus controversés par nature et fondamentalement discutables ». Le respect de ces temporalités n'est pas un processus aisé. Afin de parvenir à « tenir » ces temporalités, les préposés font preuve d'ingéniosité collective dans la constitution de leurs pratiques quotidiennes, pour atteindre les normes temporelles traduites collectivement. Il semble par exemple très complexe de passer d'un rythme à un autre durant certaines phases, notamment durant les phases de toilettes et repas : comment gagner du temps, accélérer la procédure, lorsque le rythme du patient semble primordial? Les préposés aux bénéficiaires utilisent donc une forme particulière de compétence collective, soit des stratégies de régulation (Caroly et Clot, 2004) collectivement partagées pour tenter de respecter les normes temporelles contradictoires. Par stratégies de régulation, nous entendons des arrangements collectivement approuvés permettant aux préposés d'utiliser des moyens informels pour respecter les objectifs formels. Notons toutefois que celles-ci peuvent être catégorisées en trois grands types :

- Certaines stratégies permettent de « maîtriser » le temps, comme le fait prendre en compte la lourdeur des patients dans le plan de travail journalier : les préposés catégorisent les patients selon le temps nécessaire pour s'en occuper, et tentent de les placer au début ou à la fin du plan de travail.

Ce qu'on fait, c'est qu'on place monsieur X à la fin du plan de travail, c'est une personne lourde, difficile à manœuvrer. Comme ça, ça nous permet de nous occuper des cas légers au début de la journée, quand il ne reste que lui, on peut prendre plus de temps, on n'a pas le stress des autres qui attendent derrière (51 ans, 22 ans d'expérience).

- D'autres stratégies permettent de « limiter » la phase de ralentissement, comme le fait de réduire la période de discussion au temps de la toilette : par cette stratégie, les préposés ont la conviction de réaliser un acte d'intimité pertinent (parler avec la personne) tout en perdant le moins de temps possible durant les phases de toilettes.

Une chose qu'on fait toutes, c'est discuter avec le résident et de travailler en même temps, durant le temps de la toilette, par exemple. Parce qu'on ne peut pas attendre trop longtemps auprès de la personne. Donc on discute avec elle en s'occupant d'elle (35 ans, 12 ans d'expérience).

- Enfin, un dernier type de stratégies permet de « rattraper » du temps : il s'agit, par exemple, de réduire au minimum la période de toilette du matin, en effectuant ce que les préposés nomment le « signe de croix », soit une toilette partielle (visage, aisselles et organes génitaux) lorsqu'il faut rattraper du temps suite à un incident, un impondérable, ou lors des cas d'urgence (décès d'un résident, maladie contagieuse, etc.).

La semaine dernière, la section était fermée à cause d'une inclusion d'influenza. On était un peu en retard, alors pour deux personnes qui sont un peu plus autonomes, on a fait rapidement le « signe de croix » pour laver la dame (...). Bon, bien sûr, on revient vers la personne pour faire une toilette complète quand on a du temps (40 ans, 16 ans d'expérience).

Bien sûr, ces stratégies ne recouvrent pas l'image idéale du métier telle que les préposés se la représentent. Mais elles sont une manifestation de l'action du collectif de travail. Elles sont en rapport direct avec la situation. En ce sens, les stratégies peuvent prendre la définition de la compétence, selon le lexique ergonomique et éducatif. Dans nombre d'écrits en éducation, la situation prend une place centrale. De Ketele (2008) montre que la compétence se définit par la maîtrise de la situation complexe, au-delà de la maîtrise des savoirs et savoir-faire observables et évaluables. Crahay (2006) insiste aussi sur la notion de situation, puisque pour lui la compétence permet un « agir juste » (p. 98) dans un contexte spécifique. Comme le note Weill-Fassina et Pastré (2004, p. 217), « Un des points qui caractérisent une compétence est que celui qui la possède sait généralement faire plus de choses qu'il ne sait en expliciter ». Ces stratégies ont tout de la définition des compétences tacites puisque « les compétences caractérisent l'organisation de l'activité en contexte, la manière dont elle est réalisée » (p. 214).

Selon nos résultats, le collectif de travail détient une place majeure d'instance facilitatrice permettant à chacun de ses membres de parvenir à respecter les exigences de travail (Clot, 2006). Nous définissons le collectif de travail comme la forme aboutie du travail collectif (Caroly et Clot, 2004), c'est-à-dire comme un groupe de préposés aux bénéficiaires partageant des stratégies afin de donner une solution informelle aux problématiques organisationnelles. Cette compétence collective provient directement de l'incapacité des préposés aux bénéficiaires à respecter les prescriptions, puisque le travail prescrit est mal accordé à la réalité du terrain, et de la nécessité de répondre néanmoins aux exigences. Un décalage se crée ainsi entre les organisations du travail et les compétences prescrites par les gestionnaires et celles utilisées et préconisées par les travailleurs.

Ainsi, le collectif de préposés aux bénéficiaires est à la base de la création de pratiques afin que chacun des membres puisse respecter les prescriptions et atteindre les objectifs assignés (Dejours, 2003). Ceci forme une nouvelle définition de la compétence, indépendante de celles apprises durant le temps de la formation. Elle se définira plutôt par la capacité collective des acteurs de ne pas respecter intégralement les pratiques prescrites, et de mettre en œuvre celles jugées positives par le collectif, comme les stratégies utiles et nécessaires au respect des exigences organisationnelles. Le collectif joue un rôle majeur dans la traduction des enjeux organisationnels contradictoires en normes temporelles conflictuelles dans le cadre du travail réel des préposés aux bénéficiaires.

Néanmoins, l'importance de suivre et de respecter les normes et compétences collectives nées de l'impossibilité, selon les préposés, de respecter les exigences prescrites, tend à poser la question de la place laissée aux savoirs et compétences relatifs à la santé et sécurité au travail des préposés. Il a été démontré que les contraintes temporelles augmentent considérablement le sentiment de pénibilité au travail (Gollac et Volkoff, 1996). Si les préposés font preuve d'ingéniosité collective pour respecter les exigences organisationnelles, se réservent-ils une latitude suffisante afin de mettre en application des savoirs afin de préserver leur santé et sécurité au travail? Quelles sont les conséquences de l'intensification du travail sur la transmission des compétences entre préposés détenant un niveau d'expérience différent?

4. Un processus de transmission fragilisé : quelle place pour les stratégies de prudence?

Nous avons vu que le collectif de travail de préposés est une instance de création et d'usage de stratégies de régulation des temporalités. Ces stratégies sont partagées par l'ensemble des membres du collectif, qui tentent de les appliquer dans le cadre du travail quotidien. Afin que les préposés nouvellement recrutés ou peu expérimentés puissent utiliser ces stratégies, il faut qu'une transmission de ces stratégies se réalise. De ce fait, il faut que le collectif, par la voie d'une « ancienne », transmette à une « nouvelle » les stratégies nécessaires afin de respecter les enjeux contradictoires (Aubry, 2012).

Mais ces stratégies ne sont pas les seules à être transmises entre préposés. Cloutier, David, Teiger et Prévost (1999) montrent que, dans les métiers de service, le collectif de travail est une instance de transmission de stratégies de prudence afin que la santé et sécurité du travail (SST) puissent être garanties par l'ensemble des intervenants dans des situations délicates souvent non prévues par les formations. Par exemple, des préposés expérimentés peuvent montrer aux jeunes recrues comment alimenter un résident nerveux, voire agressif, pour éviter de se blesser par un geste violent du résident.

On a parfois des nouvelles qui arrivent, alors on leur donne des trucs qu'il faut savoir (...). Par exemple, on a un monsieur qui est vraiment agressif, il n'aime pas quand on le touche, pour les toilettes; on a aussi une dame, qui devient aussi agressive quand on lui donne les repas, elle a peur de s'étouffer. Alors il y a des trucs à savoir, comme par se placer d'un bord ou de l'autre du résident pour éviter ses coups (51 ans, 22 ans d'expérience).

Nous avons vu que les données contextuelles portant sur les préposés aux Québec illustrent une situation inquiétante quant à l'état de la santé et sécurité au travail pour ce personnel. Selon Legault et Dionne-Proulx (2003), les causes à la base du développement des problématiques en santé et sécurité du travail pour les jeunes recrues sont nombreuses, notamment l'organisation du travail qui conduit à concentrer les activités de déplacement à des heures précises, donc à intensifier le travail, et la connaissance superficielle des résidents. Ceci explique en partie tout l'intérêt de se questionner sur l'intégration des nouveaux préposés, qui entrent dans l'organisation. Il a été prouvé (Cheung, 2004) que le fait de quitter un métier dans le secteur de la santé était dû en partie à une absence de support pour supporter les conditions de travail. En accord avec l'idée que la fatigue au travail peut être implicitement liée au fait de ne pas pouvoir répondre à ce qui fait sens dans notre pratique (Loriol, 2000), le fort taux d'absences et de démissions des préposés nouvellement recrutés peut s'expliquer en partie par leur incapacité à développer des stratégies de prudence, puisque l'ensemble du travail collectif a pour objet la réponse à apporter aux problématiques organisationnelles contradictoires. Précisément, les préposés notent leur peur de devenir une « machine » dans un univers organisationnel dans lequel le temps est compté, alors pourtant que les idéaux du métier et de l'organisation sont tournés vers le relationnel et le prendre soin.

Ici, c'est une entreprise, oui. Je vous dis, les préposés, pour moi, c'est des machines, en fait on nous pousse à travailler comme des machines... mais je pense qu'on ne devrait pas travailler comme ça, et on fait tout pour ne pas être comme ça (27 ans, 4 ans d'expérience).

Ceci nous pousse à penser que des stratégies relatives à la santé et à la sécurité au travail sont aussi transmises afin de mieux se protéger en tant que préposés dans l'effectuation des stratégies de régulation. Maîtriser, limiter, et rattraper du temps ne sont pas des processus sans risques; ils sont même à la base, parfois, de situations complexes dans lesquelles la santé et sécurité au travail des intervenants peuvent être mises en danger. Le collectif peut ainsi être considéré comme un vecteur de transmission de stratégies de régulations afin de contourner les prescriptions contradictoires en organisation gériatrique, mais aussi de stratégies relatives à la santé et à la sécurité au travail afin que les préposés puissent éviter de se blesser dans des situations temporelles tendues.

En fait, ces deux types de stratégies sont en tension l'une par rapport à l'autre. Plus exactement, il semble que le temps dévolu à la transmission interexpérientielle de stratégies relatives à la santé et sécurité au travail se réduise au moment où l'intensification du travail se fait plus forte. Du fait de cette intensification, le collectif de travail peut se fragiliser. Estryne-Behar, Jasseron et Le Nezet (2006) notent que l'effritement des collectifs entraîne une individualisation du rapport au métier. En ce sens, dans les organisations gériatriques actuelles, la problématique centrale provient de la destruction progressive du cadre collectif en tant qu'instance de collaboration et de partage de normes, compétences et stratégies entre acteurs. De fait, le manque de collectif peut provoquer également des problématiques en termes de transmission des savoir-faire relatifs à la santé et la sécurité au travail entre nouvelles et anciennes préposés.

Ainsi, nous émettons le constat que le collectif de préposés aux bénéficiaires, dans ce contexte d'intensification du travail et de qualité du travail, tend à transmettre davantage de stratégies de régulation, mais donne peu de place à la transmission de stratégies de l'ordre de la santé et sécurité du travail; celles-ci tendent à être occultées par les préposés, du fait de l'engagement qui leur est demandé par les gestionnaires des centres d'hébergement pour respecter les normes en termes de qualité et quantité de travail. Par ailleurs, le fort taux de roulement reconnu dans le cas des préposés – un quart des préposés intégrés en cours d'années dans une organisation gériatrique ou hospitalière démissionnera avant la première année d'expérience (Grenier, 2008) – peut être considéré comme une conséquence d'une non-transmission de stratégies en termes de santé et sécurité au travail, mais aussi comme une cause de l'intensification du travail. Ainsi, un cercle vicieux naît autour de l'intensification du travail : un fort roulement de personnel obligera les préposés expérimentés à effectuer davantage de phases d'orientation destinées à former les nouvelles recrues aux normes et stratégies collectives.

Conclusion

Il est fondamental de constater le rôle majeur du processus de transmission des stratégies de prudence dans la régulation organisationnelle quotidienne des organisations gériatriques, permettant aux préposés de réduire les risques en termes de santé et sécurité au travail. Nous avons vu que le travail réel des préposés n'est jamais recouvert totalement par le travail prescrit. Afin de répondre aux exigences contradictoires, les préposés utilisent ces stratégies de régulation des temporalités, collectivement créées et partagées, mais non développées par la formation. Pour reprendre Clot (2004, p. 319), « si le travail réel n'est pas conforme au travail prescrit, c'est que la femme ou l'homme ne sont pas seulement des producteurs, mais des acteurs engagés dans plusieurs mondes et plusieurs temps vécus à la fois, mondes et temps qu'ils

cherchent à rendre compatibles entre eux, dont ils espèrent surmonter les contradictions en les pliant à leur propre exigence d'unité, même s'il ne s'agit là que d'un idéal ». Les stratégies de prudence, quant à elles, sont développées parallèlement, mais leur existence et leur efficacité dépendent en grande partie de la capacité du collectif à ne pas se focaliser sur les exigences organisationnelles. Ainsi, il semble nécessaire que les préposés expérimentés et nouvellement recrutés disposent de suffisamment de temps pour qu'une telle transmission se réalise de manière adéquate; à ce titre, le développement de la phase d'orientation, ou la libération d'un membre du personnel expérimenté lors de l'intégration des nouvelles recrues nous semblent être deux propositions majeures dans le but de construire un espace de délibération suffisant pour que se transmettent ces stratégies (Aubry, 2013). Selon Dejours (2009), ce type d'espace permet le développement d'une réflexion collective sur les enjeux d'un tel usage, et ainsi une efficacité accrue du processus de transmission.

Références bibliographiques

- Aubry F. (2012). Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante. Conséquences sur la santé au travail de rythmes temporels contradictoires, en France et au Québec. *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, (16).
- Aubry F. (2013). L'innovation en milieu hyper-normalisé. Le cas des préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec. *Cahiers de recherche sociologique*, 53, 11-32.
- Aubry, F. (2014). Les enjeux en santé et sécurité du travail de l'intégration des nouveaux préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec. Dans L. Lerouge, (Dir.). *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail* (p. 91-100). Toulouse : Octarès.
- Bédard S. (2012). Portrait des lésions dans le secteur de la santé et des services sociaux, *Objectif Prévention*, 35 (1), 8-9.
- Bonnemain A., Vidal-Gomel C. & Bourmaud G. (2011). Conflits de temporalités et conflits éthiques : perspectives de recherche et pistes d'intervention pour le traitement de risques psychosociaux en EHPAD. Communication présentée à *L'ergonomie à la croisée des risques*, SELF, Congrès International d'Ergonomie, Paris, France, septembre.
- Caroly S. & Clot Y. (2004). Du travail collectif au collectif de travail : développer des stratégies d'expérience : Autour de l'expérience et de sa validation, *Formation Emploi* (88), 43-55.
- Cheung J. (2004). The decision process of leaving nursing, *Australian Health Review*, 28 (3), 340-348.
- Clot Y. (2004). Travail et sens du travail. Dans P. Falzon (dir.), *Ergonomie* (p. 317-331). Paris, Presses universitaires de France.
- Clot Y. (2006). Après Le Guillant : quelle clinique du travail? Dans Le Guillant, L. (dir.), *Le drame humain du travail. Essais de psychopathologie du travail*, Paris : Erès.
- Cloutier, E., David, H., Teiger, C. & Prévost, J. (1999). Les compétences des auxiliaires familiales et sociales expérimentées dans la gestion des contraintes de temps et des risques de santé. *Formation emploi* (67), 63-75.
- Crahay M. (2006). Dangers, incertitudes et incomplétude de la logique de la compétence en éducation, *Revue française de pédagogie* (154), 97-110.
- Dejours C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*. Paris : INRA.
- Dejours C. (2009). *Travail vivant. Tome 1 : Sexualité et travail*. Paris : Payot.
- De Ketele, J.M. (2008). L'approche par compétences : au-delà du débat d'idées, un besoin et une nécessité d'agir. Dans M. Ettayebi, R. Operti & P. Jonnaert (dir.), *Logique de compétences et développement curriculaire. Débats, perspectives et alternative pour les systèmes éducatifs* (p. 61-78). Paris : L'Harmattan.
- Estryn-Behar M., Jasseron C. & Le Nezet O. (2006). Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle. Analyse longitudinale des soignants de l'enquête Presst/Next, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 54(6), 555-562.
- Gollac M., Volkoff S. (2006). La santé au travail et ses masques, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 163(3), 4-17.
- 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.
- Legault M.J, Dionne-Proulx, J. (2003). *Problèmes de sécurité au travail*. Québec : Télé-Université.
- Loriot M. (2000). *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*. Paris : Anthropos.
- MSSS — Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2008). *Agir auprès de la personne âgée. Programme de la formation pour les préposés aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec, Direction des communications du

- Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- OMS – Organisation mondiale de la santé (2008). *Classifying health workers: Mapping occupations to the international standard classification*. Genève : OMS.
- Poulin P., Robitaille M.J. (2007). *Guide de gestion du programme de formation PDSB par l'établissement*. Montréal, ASSTSAS.
- Péresse M. (2004). La santé et la sécurité au travail. Dans J. Boivin (dit.). *Introduction aux relations industrielles*, Montréal (p.193-216). Montréal : Gaëtan Morin.
- St-Vincent M., Tellier C. & Petitjean-Roget, T. (1995). *Analyse des accidents survenus durant une année dans trois centres hospitaliers*. (Rapport R-093). Montréal : IRSST.
- Weill-Fassina, A., Pastré P. (2004). Les compétences professionnelles et leur développement, Dans P. Falzon (coord.), *Ergonomie* (p. 213-231). Paris : Presses universitaires de France.

