

publications

Centre de santé et de services sociaux
de Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension

SERIE DE PUBLICATIONS DU CENTRE
DE RECHERCHE ET DE FORMATION

NUMÉRO 11

PRATIQUES INFIRMIÈRES EN MILIEU PLURIETHNIQUE

Volet 1

Organisation des soins infirmiers de santé primaire en milieu pluriethnique

Marguerite Cognet, Ph.D. sociologie, METISS
Centre de recherche et de formation, CSSS
Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension

Jocelyne Bertot, Msc. intervention sociale,
Centre de recherche et de formation, CSSS
Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension

Yves Couturier, Ph.D. travail social, Université
de Sherbrooke

Jacques Rhéaume, Ph.D. sociologie, UQAM

Barbara Fournier, Msc. Anthropologie



CENTRE AFFILIÉ UNIVERSITAIRE
AFFILIÉ À L'UNIVERSITÉ MCGILL

SEPTEMBRE 2005

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
CSSS CÔTE-DES-NEIGES, MÉTRO ET PARC-EXTENSION
5700, chemin de la côte-des-Neiges
Montréal, Québec
H3T 2A8

(514) 731-8531, poste 2340
crf_clsccdn@ssss.gouv.qc.ca

ISBN 2-922748-48-0
Dépôt légal - Bibliothèque du Québec, 2005
Graphisme et mise en page: Jeanne-Marie Alexandre

Tous droits réservés
© Centre de recherche et de formation, CSSS Côte-des-Neiges,
Métro et Parc-Extension

SÉRIE DE PUBLICATION DU CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION

Depuis juin 1999, le Centre de recherche et de formation publie une série intitulée «*Série de publication du Centre de recherche et de formation*» qui reprend les rapports de recherche, les comptes rendus de colloques ou autres textes extraits de travaux en lien avec sa thématique «Services de santé et services sociaux en milieu pluriethnique : vers une pratique de citoyenneté inclusive». Cette thématique soutient la pertinence à considérer la pluriethnicité du territoire comme milieu spécifique de l'intervention. Elle répond en priorité au souci d'utilité concrète pour les interventions sanitaires et sociales du CSSS Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension et de ses partenaires compte tenu de la diversité des origines ethniques et culturelles de la population des quartiers qu'ils desservent et des questions qui lui sont inhérentes.

Série de publications du Centre de recherche et de formation :

- *Impact du fait d'être témoin de violence conjugale sur la santé mentale d'enfants âgés de 6 à 12 ans de familles d'immigration récente et québécoise* - Vania Jimenez, Jean-François Saucier, Jacques Rhéaume
D. Marleau, Catherine Murphy, Antonio Ciampi, Brigitte Côté, Guo Tong- **Numéro 1, février 1999.**
- *Évaluation de l'implantation du projet Répit : quand des partenaires unissent leurs forces pour le mieux-être des familles de Côte-des-Neiges* - Pauline Carignan, Myra Piat, Bilkis Vissandjée, Denise Beaulieu, Louise Couture, Claudette Forest, Isa lasenza, Nadia Merah, My-Huong Pham Thi, Johanne Archambault, Suzanne Descoteaux, Monique Lapointe, Michel Laporte - **Numéro 2, mars 1999.**
- *La paternité aujourd'hui. Bilan et nouvelles recherches. Actes du Colloque, 66^e Congrès de l'ACFAS, Université Laval, Québec, 12 mai 1998* - Jean-François Saucier, Nathalie Dyke- **Numéro 3, mai 1998.**
- *Pratiques professionnelles et relations interethniques dans le travail des auxiliaires familiaux* - Deirdre Meintel, Marguerite Cognet, Annick Lenoir-Achdjian - **Numéro 4, avril 1999.**
- *Les enjeux pour l'intervention : La pauvreté dans un quartier multiethnique* – Catherine Montgomery, Christopher McAll, Andrea Seminario, Julie-Ann Tremblay - **Numéro 5, décembre 2000.**
- *La sociologie implicite des intervenants en contexte pluriethnique* - Jacques Rhéaume, Robert Sévigny, Louise Tremblay - **Numéro 6, novembre 2000.**
- *La violence conjugale en contexte interculturel : facteurs liés à la persévérance des femmes des communautés ethnoculturelles dans l'intervention en service social* - My Huong Pham Thi - **Janvier 2001**
Services de santé et services sociaux en milieu pluriethnique. Bilan critique de recherche 1997 – 2000- Marguerite Cognet - **Numéro 7, mars 2001.**
- *Les pratiques traditionnelles affectant la santé physique et mentale des femmes; l'excision et l'infibulation Situation actuelle et perspectives d'avenir* - Vissandjée Bilkis, Ndjeru Radegonde, Kantiébo Mireille - **Numéro 8, juillet 2001.**
- *Young refugees seeking asylum: the case of separated youth in Quebec* - Catherine Montgomery – **Numéro 9, 2003.**
- *Empowerment et femmes immigrantes. Projet de diffusion des connaissances. Rapport* – Jacques Rhéaume, Ginette Berteau, Brigitte Côté, Danielle Durand - **Numéro 10, octobre 2003.**

Organisation des soins infirmiers de santé primaire en milieu pluriethnique

COGNET Marguerite, Ph.D sociologie, METISS
BERTOT Jocelyne, Msc. intervention sociale, CRF
COUTURIER Yves, Ph.D travail social, Université de Sherbrooke
RHÉAUME Jacques, Ph.D sociologie, UQAM
FOURNIER Barbara, Msc. anthropologie

avec la collaboration de

M. BASQUE, Responsable de soins infirmiers
L. BOULAIS, Présidente de CII
A. BOURGON, Responsable de soins infirmiers
M. BÉRARD, Directrice
C. BOURGEOIS, Directrice
F. DANDURAND, Conseillère à la programmation qualité
L. DUFOUR, Responsable de soins infirmiers
J. GAUTHIER, Responsable de soins infirmiers
M. KUSTER, Chef de programme
R. LAFLEUR, Responsable de soins infirmiers
M. LAHAYE, Chef de programme
L. LEFEBVRE, Responsable de soins infirmiers
M. MOATTI, Directrice des programmes clientèle
L. RASO, Infirmière
A. RUDY, Directrice de secteur
J. ROBERGE, Spécialiste en activités cliniques

Équipe de recherche Migrations et Ethnicité dans les Interventions en
Santé et Service social (METISS)
Centre de recherche et de formation, CSSS Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension
Centre affilié universitaire McGill

Rapport de recherche Volet 1 – Avril 2004

REMERCIEMENTS

Tout processus de recherche est le fruit d'efforts conjugués et de collaborations de différents types, toutes aussi précieuses les unes que les autres. Nous tenons donc à remercier toutes les personnes qui ont permis à ce projet de se réaliser, à commencer par les directeurs, les responsables de soins infirmiers et les infirmières des associations, des agences, du CLSC Côte-des-Neiges et de ses partenaires des autres CLSC qui ont généreusement partagé avec nous leur temps et leurs réflexions dans le cadre de ce premier volet de la recherche et qui ont contribué à mobiliser leurs employés ou collègues pour la suite du processus.

Nous remercions également toute l'équipe de soutien professionnel à ce projet dont Richard Ashby pour la traduction en anglais du matériel terrain, Maria Eugenia Morales et Myriam Hadiri pour leur implication lors des premières phases, Mounia Amine pour les transcriptions des entrevues, Pernilla Palsson pour sa disponibilité à tous nos besoins de vérification de langue anglaise. Un merci chaleureux aussi, pour leur support, au secrétariat et aux collègues du Centre de recherche et de formation (CRF) du CLSC Côte-des-Neiges, ainsi qu'à l'équipe administrative du CLSC. Nous pensons en particulier à la patience de Jinny Chow, Céline Fontaine, Serge Gétin, Laurent Lux, Fatiha Hammoudi, Jeanne-Marie Alexandre et au support de la directrice du CRF, Spyridoula Xenocostas.

Que toutes et tous soient assurés de notre plus vive reconnaissance.

Nous adressons enfin nos remerciements aux Instituts de Recherche en Santé du Canada qui ont financé cette recherche et Immigrations et Métropoles pour sa part de contribution financière à sa réalisation.

SOMMAIRE

Première partie

1. Introduction à l'étude
2. Méthodologie

Deuxième partie

3. La prestation des soins de santé primaire : un partage entre les secteurs public, privé et associatif
4. Portrait organisationnel : CLSC, Agences, Associations
5. La gestion du personnel et des soins infirmiers dans les trois types d'organisation
6. La philosophie des soins
7. La dimension pluriethnique : façons de voir et façons de faire

Conclusion

AVANT PROPOS

Le présent rapport constitue le volet organisationnel du projet de recherche *Pratiques infirmières en milieu pluriethnique : entre modèles culturels et modèles professionnels*, financé par les Instituts canadiens de la recherche en santé (ICRS) en 2001. L'étude, échelonnée sur trois ans (2001-2004), a été implantée à Montréal, troisième ville d'immigration au Canada après Toronto et Vancouver. Elle fait partie d'un programme de recherche centré sur les pratiques professionnelles dans le contexte pluriethnique des interventions de santé et de services sociaux qui caractérise les grandes villes de forte immigration. Ce programme est lui-même intégré à la programmation plus large de l'équipe de recherche METISS (Migration et Ethnicité dans l'Intervention en Santé et Service social)¹. Accueillie dans un milieu de pratique au cœur de Montréal, le CLSC Côte-des-Neiges, cette équipe de chercheurs de sciences sociales entend par sa programmation proposer un espace de réflexion aux intervenants, organismes communautaires, usagers et aux décideurs sur les enjeux relatifs à l'ethnicité dans l'intervention².

Le processus d'implantation du projet, conformément aux principes de partenariat chercheurs / praticiens défendus par l'équipe METISS, a préalablement réuni un comité avisé. Outre les chercheurs, ce comité comptait des infirmières et des responsables de soins infirmiers des trois secteurs organisationnels visés par le projet à savoir : le secteur public, représenté par les CLSC, le secteur privé marchand, représenté par les agences de soins infirmiers, le secteur privé à but non lucratif, représenté par les associations de soins infirmiers à domicile.

Le comité est d'abord un lieu d'échanges privilégié où sont discutés : a) l'implantation de la recherche (le calendrier des enquêtes; les outils et les procédures de collecte), b) les analyses préliminaires, c) les résultats finaux. Les chercheurs ont la responsabilité de présenter au comité les objectifs de l'étude, ses hypothèses et ses modalités d'enquête. Ils doivent lui soumettre les outils et procédures de collecte, les analyses et les résultats. Les praticiens, de leur côté, assument principalement un rôle d'interface entre l'équipe de chercheurs et les milieux de pratique. Leurs responsabilités se déclinent en 3 points : 1)

¹ - L'équipe METISS (Migration et Ethnicité dans l'Intervention en Santé et Service social) est subventionnée par le Fond Québécois de la Recherche sur la Société et la Culture (FQRSC).

² - La programmation est consultable sur le site www.clscote_des_neiges.qc.ca

au titre de responsables mandatés par leur milieu, ils assistent les chercheurs dans l'implantation des enquêtes, comme cela a été fait pour le questionnaire au cours de l'hiver 2002 et du printemps 2003; 2) ils doivent s'assurer que l'étude rejoint les préoccupations de leurs milieux (dans ce cas-ci, de leurs infirmières). Pour cela, ils se font le relais des questions et réflexions des praticiennes et praticiens auprès des chercheurs et, inversement, le relais de la recherche auprès de celles-ci et ceux-ci, au fur et à mesure de l'avancement des travaux, depuis les premières présentations jusqu'à la diffusion qui suit le dépôt du rapport final; 3) enfin, de par leur connaissance des milieux de pratique, les membres du comité aviseur représentant ces milieux ont assumé pour cette recherche le rôle d'informateurs privilégiés qui ont aidé les chercheurs à se familiariser à l'organisation des soins infirmiers dans leur secteur respectif.

Pour la partie propre à ce présent volet, le comité a donc suivi le processus de recherche pas à pas, depuis l'implantation jusqu'à la validation du présent rapport. Les différents outils de collecte et les résultats préliminaires ont été discutés et validés aux cours de six séances de travail entre l'automne 2002 et l'hiver 2003/2004. Ce type de fonctionnement, très fécond, a permis aux chercheurs de s'ajuster aux réalités du terrain et d'enrichir les analyses et l'interprétation des résultats dont il est rendu compte ici.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Sommaire</i>	<i>i</i>
<i>Avant-propos</i>	<i>iii</i>
<i>Table des matières</i>	<i>v</i>
<i>Liste des schémas et tableaux</i>	<i>viii</i>
<i>Glossaire des acronymes</i>	<i>3</i>
 PREMIÈRE PARTIE	
<i>1. Introduction à l'étude</i>	<i>7</i>
Bref exposé de la problématique et précisions conceptuelles.....	10
Ethnicité, groupes ethniques et relations interethniques.....	10
L'analyse des pratiques professionnelles.....	14
Un aperçu de la théorie de la structuration.....	15
Le paradigme de la structuration dans l'analyse des pratiques professionnelles en milieu pluriethnique.....	16
Objectif général et objectifs spécifiques de l'étude.....	19
 <i>2. Méthodologie</i>	 <i>21</i>
L'échantillonnage.....	21
La taille et la structure des établissements des trois types de secteurs.....	22
Les Centres locaux de services communautaires.....	22
Les agences privées de soins infirmiers.....	28
Le secteur associatif.....	32
La densité pluriethnique des territoires desservis.....	34
Démarche et procédure de cueillette des données.....	36
L'implantation de la recherche dans les terrains.....	38
Traitement et analyse des données.....	41
 DEUXIÈME PARTIE	
<i>3. La prestation des soins infirmiers de santé primaire : Un partage entre le secteur public et le secteur privé</i>	 <i>45</i>
Quelques jalons historiques.....	47
Sous le coup des épidémies.....	47
Les années 1960 : l'émergence d'un réseau public de services de santé.....	49
Les années 1980 : récession économique et rationalisation des coûts en santé...	52
Le virage ambulatoire et ses conséquences sur les soins de santé primaire.....	53
L'évolution de la profession et de ses paradigmes dans la réorganisation du paysage des soins infirmiers de santé primaire.....	59

Apparition d'une segmentation.....	59
Évolution des paradigmes en soins infirmiers.....	63
4. Portrait organisationnel : CLSC, Agences, Associations	69
Les Centres locaux de services communautaires.....	69
Taille des CLSC.....	70
Caractéristiques des populations desservies.....	71
Organisation des soins infirmiers.....	72
Les agences privées de soins infirmiers.....	76
Les structures organisationnelles des agences.....	77
L'organisation du travail au plan local.....	81
La sous-traitance des soins infirmiers dans le volume des activités des agences.....	84
Le secteur privé à but non lucratif : les associations de soins infirmiers.....	86
Le financement.....	86
La structure administrative des associations.....	87
L'organisation du travail dans l'association.....	90
Les soins et services offerts aux usagers.....	91
Des styles de gestion transversaux aux trois types de secteur organisationnel.....	93
5. La gestion du personnel et des soins infirmiers dans les trois types d'organisation	103
Structures d'encadrement des soins infirmiers.....	103
Structure d'encadrement dans les CLSC.....	103
Structure d'encadrement dans les agences.....	106
Structure d'encadrement dans les associations.....	108
Recrutement et sélection des infirmières.....	108
Recrutement et sélection dans les CLSC.....	108
Niveau de formation.....	108
Expérience.....	109
Autres critères de sélection.....	111
Procédure d'embauche et gestion interne.....	113
Gestion des candidatures internes.....	114
Recrutement et sélection dans les agences.....	115
Procédure d'embauche.....	115
Critères de sélection.....	116
Recrutement et sélection dans les associations.....	118
Procédure de sélection.....	119
Critères de sélection.....	119

Contrôle de la qualité des soins et soutien des infirmières.....	121
Dans les CLSC.....	121
Dans les agences.....	124
Dans les associations.....	131
Les relations entre partenaires de travail.....	134
<i>6. La philosophie des soins et les mécanismes de transmission aux infirmières</i>	<i>143</i>
Les CLSC.....	143
Les agences	152
Les associations	159
<i>7. La dimension ethnique : façons de voir et façons de faire</i>	<i>167</i>
La dimension ethnique dans les CLSC.....	169
Façons de voir.....	170
Politiques relatives à l'ethnicité.....	170
De l'ethnicité de l'utilisateur.....	171
De l'ethnicité du personnel.....	173
Façons de faire.....	175
Façons de voir et façons de faire dans les agences.....	182
Façons de voir et façons de faire dans les associations.....	188
<i>Conclusion</i>	<i>193</i>
<i>Bibliographie</i>	<i>197</i>
<i>Annexes</i>	
Annexe 1 : Guide d'entrevue.....	205
Annexe 2 : Liste des documents demandés auprès des entreprises.....	209
Annexe 3 : Récapitulatif des modèles de configuration selon Mintzberg	212

LISTE DES SCHÉMAS ET TABLEAUX

Schéma 1 : Structure organisationnelle des services publics de santé du Québec.....	23
Schéma 2 : Organigramme des CLSC.....	26
Schéma 3 : Structure organisationnelle des services de santé du secteur privé marchand...	30
Schéma 4 : Structure organisationnelle des services de santé du secteur privé associatif...	33
Schéma 5 : Les effets de la réforme du système de santé sur les soins infirmiers.....	60
Schéma 6 : Évolution des paradigmes en soins infirmiers.....	63
Schéma 7 : École de promotion de la santé : modèle McGill (Allen, 1963).....	66
Schéma 8 : Dispersion des 13 entreprises dans l'espace configurationnel de gestion des organisations.....	102
Schéma 9 : Confrontation des valeurs entre le groupe professionnel et la hiérarchie administrative dans le processus décisionnel des entreprises.....	151
Schéma 10 : Influence de la configuration organisationnelle sur le processus décisionnel en cas de divergence des valeurs entre le groupe professionnel et la hiérarchie.....	152
Tableau 1 : Tableau synoptique des principales caractéristiques des CLSC.....	70
Tableau 2 : Tableau synoptique des principales caractéristiques des agences.....	85

GLOSSAIRE DES ACRONYMES

ASI : Assistant au supérieur immédiat

BACC : Baccalauréat

CA : Conseil d'administration

CECII : Conseil exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CII : Conseil des infirmières et infirmiers

CLSC : Centre local de services communautaires

CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CPEJ : Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse

CR : Centres de réadaptation

CSST : Commission de la santé et sécurité du travail

DEC : diplôme d'études collégiales

DG : Directeur général

LSSQ : Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec

MAD : maintien à domicile

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

OIAQ : Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

POSILTPH : Programme d'organisation de services intensifs long terme pour personnes handicapées

RSI : Responsable de soins infirmiers

SAAQ : Société de l'assurance automobile du Québec

SAD : Soutien à domicile

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE 1

INTRODUCTION A L'ETUDE

Les résultats présentés dans ce rapport constituent le premier volet du projet *Pratiques infirmières en milieu pluriethnique : entre modèles culturels et modèles professionnels*¹. Ce projet est lui-même le deuxième d'un programme de recherche subventionné par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) sous le titre *Formation et ethnicité dans les pratiques professionnelles des intervenants en services de première ligne et soins ambulatoires*². Les objectifs du programme et des quatre projets qu'il intègre découlent d'une interrogation à l'égard de la construction des pratiques et des identités professionnelles en milieu socio-sanitaire, dans le contexte de modifications à la fois des organisations et conditions de travail conduites par la transformation du système de santé, et d'une pluriethnicité grandissante des grands centres urbains en lien avec une diversification et une accélération des mouvements des populations immigrantes. Autrement dit, nous nous demandons dans quelle mesure les aspects ethniques sont susceptibles d'être mis en saillance au décours des pratiques et des relations de soins et de service dans un contexte où :

- a) les identités et les modèles professionnels sont "bousculés" par la transformation du système de santé;
- b) les immigrants s'insèrent dans la société québécoise où la question de l'identité nationale dans le rapport du Québec au Canada est débattue en termes ethniques, mettant en tension les relations entre les individus au nom de leur appartenance (assignée ou revendiquée) à des groupes qui sont définis à partir de marqueurs culturels (par exemple la langue avec le classement entre francophones / anglophones / allophones³) ou biologiques (par exemple la couleur de la peau) Les trois premiers projets du programme étudient trois groupes professionnels

¹ - Cette recherche est financée par les Instituts canadiens de la recherche en santé (ICRS) sous le titre *Infirmières et travailleurs sociaux. Entre modèles professionnels et modèles culturels* (référé sous le numéro 200103MOP-HPM-90464-C).

² - Programme de recherche de quatre ans subventionné en avril 2000 dans le cadre des Bourses de carrière administrées alors par le CQRS (actuel Fond québécois de la recherche sur la société et la culture – FQRSC).

³ - Le terme d'*allophone* est couramment utilisé au Québec pour désigner tout locuteur dont la langue maternelle n'est ni le français, ni l'anglais.

(auxiliaires familiaux¹, infirmières, travailleurs sociaux) dans des contextes de travail de services sociaux et de services de santé de première ligne² : soins infirmiers en santé primaire, services à domicile, accueil et soutien social aux immigrants. Le quatrième projet proposera une analyse en perspective des trois premiers, en regard de la dynamique des équipes multidisciplinaires des Centres locaux de services communautaires (CLSC) du Québec. La problématique qui s'articule à la croisée des processus de la professionnalisation, du développement des compétences, de l'appropriation des rôles et de l'influence des origines ethniques ou encore des trajectoires migratoires, s'inscrit dans le continuum d'une réflexion ancrée à la fois dans l'expérience de l'intervention en santé et les résultats d'analyse des travaux en sociologie de la chercheuse principale du programme de recherche (Cognet, 1999).

En ce qui a trait spécifiquement aux infirmières et aux contextes de leurs travail en santé primaire au Québec, les années 1980-90, ont marquées là comme d'ailleurs dans l'ensemble du Canada, par divers changements au nombre desquels on compte la réforme du système de santé mais aussi de modifications importantes dans la population avec la persistance d'un recul des immigrants d'Europe de l'Ouest qui cèdent désormais nettement le pas aux populations des pays d'Orient et de l'hémisphère sud. La part des minorités visibles s'accroît rapidement dans les grandes villes canadiennes, en particulier dans les trois métropoles que sont Toronto, Montréal et Vancouver.

Ainsi, le système de santé, a été fortement modifié et sa nouvelle organisation traduit une volonté de contrôle, et si possible de réduction, des dépenses de santé. L'accent est mis sur le développement de la santé primaire, propre à favoriser une meilleure promotion et prévention de la santé de la population. Pour répondre aux exigences de cette nouvelle réalité et pour compenser la présence insuffisante des médecins dans le réseau des

¹ - Bien que ces intervenants en santé primaire soient habituellement classés parmi les non professionnels, nous conviendrons dans ce rapport de les considérer comme un des groupes professionnels de la santé et des services sociaux.

² - La première ligne recouvre à la fois la santé primaire et les services sociaux. Elle répond à des besoins n'exigeant pas de traitements ou d'équipements hautement spécialisés. Elle comprend à la fois des actions en vue de la promotion de la santé, la prévention, les soins curatifs, la réadaptation et la réinsertion. Au Québec, ce sont les Centres locaux de services communautaires (CLSC), organisations publiques, qui ont le mandat de la première ligne. Dans ce sens, ils offrent des consultations médicales, des soins infirmiers, des services à domicile aux personnes en perte d'autonomie, des programmes de dépistage dont le dépistage du VIH-SIDA et des maladies transmises par voies sanguine ou sexuelle, des cliniques de vaccination et de prélèvements sanguins, des services en milieu scolaire, des programmes en périnatalité, en santé mentale, en toxicomanie, action communautaire, etc.

CLSC, les infirmières ont vu se diversifier et s'élargir leur champ de compétences. Parallèlement, la réorganisation financière qui accompagne la transformation structurelle, a ouvert grand la porte au secteur privé en particulier dans la part qui a trait à la prestation des soins et des services à domicile. Ce nouveau partenariat public/privé se concrétise soit a) sous la forme de délégation de mandats au secteur privé à but lucratif (agences qui, selon le niveau de complexité de l'organisation auxquelles elles appartiennent, se distinguent en trois catégories : locale, nationale, internationale) et non lucratif (associations d'essence caritative laïque ou religieuse) ou, b) sous la forme d'une sous-traitance via un "prêt" de personnel (infirmières, auxiliaires familiaux/préposés aux bénéficiaires).

Sur le plan des caractéristiques sociodémographiques de la population, si les taux d'immigration, sont une des constantes du pays, ils s'accompagnent désormais d'une diversification croissante des origines ethno-nationales. À cette diversification ethnique s'ajoute la capacité de plus en plus importante pour les nouveaux venus de maintenir des liens étroits avec leur pays d'origine (facilité et rapidité des transports; utilisation des nouvelles technologies de communication). À un niveau global et politique, ces modifications réinterrogent la cohésion sociale, et les pratiques de citoyenneté. Aux autres niveaux, emploi, milieu scolaire mais également santé des questions se posent également. Dans la santé, les changements dans le profil général de la population qui se perçoivent dans la clientèle contribuent fortement à mettre l'emphase sur la dimension culturelle et ses écarts potentiels entre soignants et soignés. Mais, ces mêmes modifications se répercutent également dans le profil ethnique des professionnels de la santé, et les relations avec les soignés traduisent aussi un certain nombre de réactions chez ces derniers.

Le point de départ du projet *Pratiques infirmières en milieu pluriethnique: Entre modèles culturels et modèles professionnels* est ancré dans ce contexte de ces transformations relatives : a) aux caractéristiques sociodémographiques de la population montréalaise et, b) à la réorganisation du système de santé québécois. L'étude vise à explorer leurs répercussions sur l'organisation et les pratiques de soins infirmiers en santé primaire. Le 1er volet de cette étude dresse un portrait organisationnel des services de santé primaire dans lesquels s'actualisent les pratiques infirmières, en analyse les modes de gestion et explore la façon dont est abordée et gérée la dimension ethnique – tant en ce qui

concerne la diversité qui caractérise la population usagère de soins infirmiers que dans les aspects qui renvoient à son accroissement dans les effectifs infirmiers.

Bref exposé de la problématique et précisions conceptuelles

L'étude des pratiques des infirmières en santé primaire s'inscrit dans un secteur qui s'est profondément modifié au cours de la dernière décennie sous les effets de la transformation du système de santé et en particulier de la volonté d'une désinstitutionnalisation au profit de la prise en charge en ambulatoire. L'organisation des soins infirmiers de santé primaire est appelée depuis à des adaptations incessantes relatives à l'extension des missions de la première ligne et aux nouvelles populations qui s'adressent à elle ou lui sont référées (Fournier, 1999). De son côté, le contexte démographique de Montréal qui, avec Toronto et Vancouver, constitue l'une des trois grandes destinations des immigrants au Canada, a vu s'accroître la diversité des pays sources de l'immigration. Les pays d'Europe de l'Ouest, cèdent le pas à leurs voisins de l'Est mais plus encore aux pays d'Asie, de la Caraïbe et du Moyen-Orient. En dépit d'une politique qui prône l'ouverture aux différences ethnoculturelles (qu'il s'agisse du multiculturalisme canadien ou de la version interculturaliste québécoise), il appert selon nombre d'études que les relations entre les Canadiens et les nouveaux arrivants n'en sont pas pour autant aussi simples. À Montréal, les immigrants sont confrontés au rapport historique entre francophones et anglophones. De ce fait, les questions ethniques y sont particulièrement exacerbées et les identités singulières ont tendance à s'y maintenir (Meintel, 1994). Dans ce contexte sociodémographique, nous pouvons nous demander en quoi et comment l'ethnicité des uns et des autres peut être mise en saillance et comment des prestations de soins et des services peuvent en être affectés. Auquel cas, il est opportun d'explorer quels facteurs favorisent l'émergence de cette dimension en contexte de soins ou, au contraire, la modèrent.

Ethnicité, groupes ethniques et relations interethniques

La dimension ethnique étant au cœur de ce projet, il est nécessaire de faire le point sur son usage conceptuel avant d'aller plus loin. La notion d'ethnicité est historiquement liée à celle de culture. Les premiers scientifiques à s'intéresser à la culture cherchaient en fait à circonscrire les pratiques de groupes qui ne tardèrent pas à être définis comme « ethnies » et ceux qui les étudient, comme « ethnologues ». La pensée culturaliste sur laquelle va prendre appui l'école du relativisme culturel et plus généralement

l'anthropologie culturelle américaine, conçoit le groupe comme uni *autour de* et *par* sa culture qui fonde alors son ethnicité. Weber, qui tente une théorisation des relations ethniques, définit l'ethnicité comme la « croyance subjective à une communauté d'origine fondée sur des similitudes de l'habitus extérieur ou des mœurs ou des deus ou sur des souvenirs de la colonisation ou de la migration, de sorte que cette croyance devient importante pour la propagation de la communalisation - peu importe qu'une communauté de sang existe ou non objectivement » (Weber, 1971 : 130). Le projet de l'ethnologue et de l'anthropologue est l'étude de groupes non influencés par les sociétés occidentales et dont on pourrait ainsi recueillir toute la quintessence culturelle. Cette perspective a conduit à considérer le groupe ethnique comme un ensemble défini par une culture commune observable par la langue, les us et coutumes et les croyances. La notion d'ethnicité est conséquemment marquée par les mêmes développements que celle de culture. Nous trouverons les théories de type naturaliste dans lesquelles on compte par exemple l'approche sociobiologique qui défend une conception génétique de l'ethnicité à la base des hypothèses raciales et d'une évolution biologique sélective, ou encore l'approche primordialiste. Pour les auteurs de ce courant, le lien ethnique est similaire aux liens du sang, caractérisés par leur force coercitive qui subordonne l'individu au groupe des siens. Le lien ethnique est ici vu à la fois comme *primaire* et *essentiel*. *Primaire* au sens où l'individu naît avec (ou acquiert dès la naissance) les attributs (phénotypes, affiliations familiale, tribale, religieuse) qui fondent son identité ethnique, et *essentiel* dans la mesure où l'appartenance au groupe ethnique forme la base de l'identité de l'individu et le dote d'émotions, d'instincts, de souvenirs collectifs et de symboles qu'il ne choisit pas et qu'il acquiert au-delà de sa conscience. Dans cette vision, l'appartenance ethnique attache l'individu au groupe nonobstant toute autre appartenance. Cette approche de l'ethnicité rencontre un obstacle majeur parce qu'elle perçoit la culture comme une donnée fixe ; de ce fait, elle est impuissante à expliquer les variations diachroniques et synchroniques (Keyes, 1976). Les critiques importantes des théories naturalistes ont soutenu le développement, dans les années 1970, des théories sociales de l'ethnicité. Dans ces écoles de pensée, l'ethnicité est à la fois flexible et sujette aux influences des rapports sociaux. Plusieurs cadres conceptuels sont défendus mais celui des frontières ethniques développé par Barth en 1969 prend une place majeure et va révolutionner le champ pour donner naissance aux approches constructivistes de l'ethnicité (Martiniello, 1995 ; Poutignat et Streiff-Fénart, 1995).

Avec sa célèbre thèse « Ethnic Groups and Boundaries », Barth (1969) rompt le lien entre culture et ethnicité. Pour lui, « l'ethnicité est une forme d'organisation sociale basée sur une attribution catégorielle qui classe les personnes en fonction de leur origine supposée et qui se trouve validée dans l'interaction sociale par la mise en oeuvre de signes culturels socialement différenciateurs » (Barth, 1995 : 154). On peut résumer sa pensée en cinq points : a) la culture n'est pas stable; b) les identités et les groupes ethniques relèvent de l'organisation sociale et non pas d'un contenu culturel; c) les groupes ethniques sont des vaisseaux dont le contenu culturel peut varier d'un système socioculturel à l'autre; d) la culture ne peut pas être considérée comme un élément de définition des groupes ethniques mais plutôt comme une conséquence ou une implication de l'établissement et de la reproduction des frontières entre les groupes ethniques; e) les individus manipulent toute une série de marqueurs symboliques pour tracer les frontières entre leur groupe ethnique et les autres. À la suite des travaux de Barth, de nouvelles théories de l'ethnicité ont été développées. Elles se caractérisent par l'abandon d'une perception substantialiste de la culture au profit d'une approche constructiviste. C'est l'ouverture du champ à une sociologie des relations interethniques. Si on compte là encore plusieurs approches telles que, par exemple, l'approche instrumentaliste qui inscrit la revendication ethnique au plan politique, ou l'approche situationnaliste dans laquelle l'ethnicité est moins une affaire collective que celle d'individus qui mettent plus ou moins en saillance une ethnicité symbolique en fonction des situations sociales et des possibilités et contraintes qui se présentent à eux, il demeure que dans la perspective constructiviste, **l'ethnicité est toujours à lire comme un processus d'altérisation visant à distinguer l'autre de soi et vice versa, au moyen de marqueurs culturels ou biologiques et, en général, à des fins de domination.** C'est cette définition que nous retenons dans nos travaux. Autrement dit, comme le rappellent De Rudder et ses collaborateurs (2000 : 32-33) « la question de la différence n'est pas première. Les différences entre les individus et les groupes qu'ils forment sont innombrables. En revanche, les différences socialement pertinentes sont sélectionnées, travesties ou inventées pour être insérées dans des relations d'inégalité. Il n'y a pas d'abord un ou des "Autres", que l'on traitera de telle ou telle manière ; c'est directement au sein des relations que se fabriquent contrastivement altérité et différences. Alter, comme Ego, est une production historique et sociale, celle-là même qui fonde la distinction Nous/Eux ». Dans ce sens, la production sur la scène publique d'un groupe ethnique, soit le repérage d'un segment de la population, classé et catégorisé sous un ethnonyme (les Haïtiens, les Latinos, les Black, etc.), ne revient pas à

dire sa différence mais à la construire à partir d'une alchimie savante où des éléments tels que le pays de naissance des individus ou celui de leurs parents, la couleur de leur peau, leur accent, leurs pratiques religieuses ou leurs pratiques culinaires, vestimentaires, etc. sont instrumentalisés pour la signifier. En cela, l'ethnisation de l'Autre, ne procède pas différemment de la racisation (elle s'y substitue d'ailleurs assez souvent comme une des formes euphémisées du racisme). Si l'ethnisation est a priori une instrumentalisation de traits culturels – donc susceptibles de modifications –, il n'est pas rare que ces traits soient substantivés au point d'être énoncés et perçus comme autant de caractéristiques propres à des groupes d'individus, soit une "seconde nature". Les pratiques culturelles sont dans ce cas érigées en différence absolue qui radicalise la distance entre le Nous et le Eux; il devient impossible de les imaginer autrement que reliées au groupe qu'elles finissent d'ailleurs par définir. Leur appropriation par un autre groupe est perçue comme impensable. Ainsi par exemple, l'acupuncture comme pratique de soin est largement adoptée dans le monde occidental dans la mesure où elle est bien perçue comme une pratique culturelle transférable. Comme telle, chacun reconnaît qu'elle s'est développée en Asie où elle traduit une certaine représentation du corps. Elle est cependant loin d'être perçue comme inhérente à l'identité même des Chinois, au contraire, puisque chacun peut se l'approprier, du moins comme technique. Il en va ainsi pour nombre de pratiques culturelles (i.e. la consommation de soja comme préventif de certains cancers, etc.) qui sont d'ailleurs parfois reprises et plébiscitées par nos organismes de santé publique en autant que justement, elles ont été passées au crible de la preuve scientifique de la pharmacopée occidentale. Il en va tout autrement pourtant pour certaines qui sont systématiquement discréditées, en particulier dans la mesure où elles heurtent notre système de valeurs – pensons par exemple aux pratiques vaudou ou encore à celles de l'excision. Dans ce cas, la pratique est dénoncée comme inhérente au groupe dont elle révèle l'ignorance, voire le côté primitif ou pire, sa barbarie ou sa sauvagerie. Cette substantivation implicite, souvent présente en situation de diversité ethnique, est peu discutée dans les remises en question des pratiques et relations de soins. Elle l'est d'autant moins qu'elle est rendue invisible sous la pression de la rectitude politique et qu'elle pourrait bien prendre une couleur "respectable" sous le manteau de l'interculturel, comme si la reconnaissance des différences exemptait d'en interroger les processus qui génèrent leur mise en saillance et mise en forme.

Ce cadre conceptuel posé, il reste à préciser comment nous appréhendons les pratiques infirmières et à partir de là, la façon dont nous intégrerons la dimension ethnique dans les soins de santé primaire.

L'analyse des pratiques professionnelles

L'analyse des pratiques professionnelles, comme l'analyse des pratiques sociales, ne peut se contenter de saisir l'action au travers de la stricte description objective de l'activité ou de la tâche. Outre le fait que l'analyse doit situer la pratique comme un élément intégré du contexte institutionnel localisé (le niveau micro) et organisationnel (le niveau méso), elle requiert de l'intégrer également dans le contexte social (le niveau macro) dans lequel se déroule l'action tout en rendant la place centrale à l'acteur. L'analyse d'une pratique, comme activité sociale dans une perspective constructiviste, fait de l'acteur un sujet réflexif et doit de ce fait entendre l'action dans ses diverses dimensions. Une action est certes d'abord la mise en oeuvre d'une technique qui vise à la transformation d'un élément, d'une chose, d'une relation; elle est aussi la mobilisation d'une façon de faire en lien avec des compétences et la reconnaissance de normes, l'expression d'une intention (même si les conséquences de l'acte, elles, ne sont pas toujours intentionnelles); mais elle est également une mise en forme mentalisée chargée d'un sens donné – à la fois projection et interprétation – par celui qui la met en oeuvre et aussi par ceux qui y sont impliqués. Poser un cathéter, faire une injection ou laver un corps, par exemple, sont des activités de soins qui visent effectivement une action de transformation, souvent exprimée d'ailleurs par une série d'oppositions binaires : malsain/sain, maladie/santé, invalide/valide, dépendant/autonome, insalubre/salubre, pur/impur, etc. À chaque fois qu'une infirmière aura à les reproduire, elles seront l'occasion de la mise en oeuvre d'une technique, la mobilisation d'un savoir-faire, de compétences, la réponse à un mandat et à des règles. Si l'observateur se limitait à ces éléments, il pourrait croire que l'activité se répètera à l'identique. Pourtant, une infirmière pourra y voir autant de variétés que de sens et d'intentions qu'elle aura donnés à son action relativement à celui ou à celle à qui elle s'adressait. Ainsi, nous pouvons avancer **qu'une activité professionnelle est à la fois le produit de la mise en oeuvre d'une technique, d'une finalité visée, d'un mandat, d'une ou plusieurs règles, de normes, mais également d'une façon de faire, de voir, le produit du sens que lui donnent les individus engagés dans l'action ; produit qui à son tour est apte à devenir producteur des techniques, des compétences et de valeurs qui viendront influencer les normes, les règles et les**

mandats. À l'instar des travaux de Strauss (1963), il nous apparaît que les pratiques de soins sont à appréhender comme le produit d'un ordre négocié entre des individus aux références multiples (professionnelles certes mais pas seulement) et des systèmes qui à la fois les habilitent et leur imposent des règles. Au croisement de la sociologie du travail, des organisations et de celle des professions, la théorie de la structuration (Giddens, 1987) offre un cadre d'analyse intéressant.

Un aperçu de la théorie de la structuration

La théorie de la structuration a pris place dans l'analyse des organisations, donnant lieu à diverses applications ces dernières années. Les structures sociales y sont reprises comme un ordre virtuel intériorisé par les acteurs alors que les systèmes sociaux existent en dehors d'eux. Ce qui ne revient pas à dire que les individus ne sont pas des acteurs. Au contraire, ils se saisissent des propriétés structurelles qui les habilitent dans les actions, tout en leur imposant certaines règles. Mais, à leur tour, leurs pratiques (actions) influencent le système et contribuent à l'évolution de ses propriétés. Nous avons là une relation dialectique entre les acteurs et les systèmes sociaux, un mouvement de structuration et de restructuration. Rouleau et Junquillo (2000 : 5) rappellent que « la virtualité des structures sociales offre une possibilité de choix lors de l'action en même temps que cette action est contrainte par les systèmes sociaux *via* leurs propriétés structurelles (domination-signification-légitimation) ». C'est en ce sens que le structurel est toujours à la fois contraignant et habilitant. Cherchant à rendre compte des stratégies dans les pratiques quotidiennes, Rouleau (1995, 1997, 2002) note que celles-ci sont toujours déterminées, "surcodées" par les structures sociales (i.e. le genre, l'ethnicité, la catégorie socioprofessionnelle, etc.) et incorporées à la fois dans l'organisation, ses institutions et dans la société civile, en vue d'assurer le contrôle de l'autre dans les situations d'interaction¹. Ces applications de la théorie de la structuration soutiennent des perspectives que nous retrouvons en partie dans l'école de l'analyse stratégique développée en France dans l'étude des organisations (Friedberg, 1993; Crozier, 1971; Sainsaulieu, 1985; Crozier et Friedberg, 1977, 1995). Cette école situe les acteurs et les stratégies auxquelles ils ont recours pour servir leurs fins dans un système d'action qui

¹ - Dans une étude de cas des relations entre employées et clients d'une entreprise de confection de vêtements de haut de gamme dans un contexte de réorganisation, Rouleau (2002) souligne que si au cours des interactions, les acteurs usent de stratégies, ils se réfèrent nécessairement aux structures sociales comme autant de règles et de ressources et qu'en cela, ils se comportent aussi comme des agents sociaux intégrant à leurs actions les différents répertoires d'appartenance sociale (comme le genre, la classe, la profession, la communauté, l'appartenance ethnique et la religion).

leur impose certaines contraintes et où le contexte organisationnel participe au processus de construction identitaire et d'établissement de collectifs de travail (Dejours, 1993; Reynaud, 1989).

Le paradigme de la structuration dans l'analyse des pratiques professionnelles en milieu pluriethnique

Dans une perspective paradigmatique structurationniste, les pratiques des infirmières tout comme les pratiques des autres groupes professionnels de la santé et des services sociaux ou encore, pourrions-nous dire, comme l'ensemble du travail du soin et des services à la personne, s'enchaînent dans un maillage complexe de systèmes sociaux que nous pouvons néanmoins aisément repérer. Le premier est sans aucun doute celui des institutions. Les services de santé, unités de soins ou encore équipes ou collectifs de travail, comme matérialisation de l'organisation politique des soins et des services sociaux, constituent des systèmes socioprofessionnels qui à la fois régissent et sont régis par un ensemble de règles, de normes et de valeurs. Il s'y définit là une façon d'être et de travailler ensemble. Le partage de la distribution des soins infirmiers de santé primaire entre les secteurs public, marchand et associatif génère autant de profils institutionnels. En parallèle, mais de façon bien sûr entrecroisée, viennent au Québec, les ordres professionnels. Comme systèmes sociaux, les systèmes professionnels (ordres professionnels des infirmières, des auxiliaires infirmières, des médecins et des autres professionnels de la santé et des services sociaux) définissent les compétences et le domaine d'exercice du groupe. Ils délimitent également, par des règles précises d'exercice, les actes qu'ils vont déléguer¹ (soit à partir d'une nomenclature d'actes qu'ils considèrent leur appartenir en propre, la liste des actes qu'ils n'exécutent plus eux-mêmes mais dont ils veulent conserver la propriété). S'ensuivent d'autres systèmes sociaux tels que le système de la santé lui-même dont les propriétés structurelles sont l'ensemble des textes de lois et de dispositions concrètes comme peuvent l'être les missions et objectifs, les programmes subventionnés, le panier de services, etc. Au-delà du système de santé se trouvent encore les grands systèmes qui régissent la société civile (le juridique et le politique) et qui définissent, entre autres, le cadre général des rapports interethniques. À ce niveau, il importe de distinguer les rapports sociaux interethniques des relations sociales interethniques, les premiers agissant au niveau macrosocial comme un ensemble

¹ - La terminologie de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers (2002) a remplacé l'expression « actes délégués » par celle d'ordonnances individuelles ou collectives.

de propriétés structurantes alors que les deuxièmes en sont en quelque sorte une traduction concrète mais adaptée aux situations microsociales. De Rudder a insisté à maintes reprises sur cette distinction. Les « rapports sociaux interethniques sont structurants en ce qu'ils s'arriment historiquement à la division du travail, aux relations internationales, aux échanges inégaux et, donc, aux rapports entre les peuples ou entre groupes sociaux au sein des formations étatico-nationales. Cette structuration hiérarchique confère à la nationalité, à la religion, à tel ou tel trait, à la "couleur"... des rôles classificatoires, parfois différents, parfois redondants. Ces éléments disparates, dans leur plus ou moins intime coalition, alimentent un cycle plus ou moins fermé de reproduction des rapports sociaux à base "ethnique" ou "raciale", dans lesquels ils fonctionnent comme marqueurs et souvent comme stigmates. Le niveau des relations sociales interethniques est plus concret. Il suppose le contact, la coexistence et se trouve par conséquent plus soumis aux conjonctures temporelles et aux configurations locales. Les relations interethniques s'inscrivent nécessairement dans l'ordre structurant des rapports interethniques. Mais, tout en les accomplissant concrètement, elles ne font pas que les refléter. Tributaires des circonstances, elles peuvent même en entraver la reproduction et, surtout, en infléchir l'actualisation. Si elles transcrivent parfois strictement les divisions fortement structurées à l'échelle macrosociale, elles peuvent aussi les modifier en fonction des enjeux mêmes de la coexistence et de la sociabilité locales » (De Rudder et al., 2000 : 38-39). Cette approche théorique de l'ethnicité, qui permet à la fois d'appréhender le macro et le micro par l'intermédiaire des liens dynamiques entretenus entre les rapports sociaux et les relations sociales, est très proche de la théorie de la structuration de Giddens et en particulier des applications qu'en a fait Rouleau (1995, 1997, 2002). Les rapports sociaux interethniques sont vus comme les structures sociales contraignantes (mais sans aucun doute également habilitantes) des relations interethniques. Les « conjonctures temporelles et configurations locales » apparaissant comme des systèmes sociaux pertinents influençant l'action (discursive ou pratique). Les propriétés structurelles propres à chacun de ces systèmes sociaux fournissent bien aux infirmières des formules, des règles et des ressources (contraignantes et habilitantes) qui viennent structurer leurs pratiques; pratiques, qui à leur tour, par la mise en forme concrète et discursive de ces propriétés, contribuent à la production, reproduction des systèmes sociaux. Bien évidemment, l'absence de certaines données au sein des propriétés structurelles d'un système, comme par exemple l'absence de règles formelles ou procédures relatives à la dimension ethnique, à l'un ou l'autre des paliers de

l'ensemble des systèmes sociaux censés l'encadrer, n'exclut pas pour autant la possibilité d'effets et de faits. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point précis au chapitre 7.

On suppose trop souvent que les identités et les pratiques des professionnels de la santé n'ont pour seuls référents que les valeurs, les normes et les modèles inculqués lors des formations et véhiculés au sein des organisations du système de santé. Or, il nous semble que ces pratiques et identités sont "travaillées" à bien d'autres niveaux. D'une part, le système institutionnel et organisationnel de la santé est enchâssé dans des structures sociales qui caractérisent la société québécoise et au-delà, la société canadienne, et qui le dotent de modèles de gestion des interactions (entre hommes et femmes, entre jeunes et moins jeunes, entre immigrants et natifs, etc.). Subséquemment, ces modèles imprègnent les valeurs, règles et normes diffusées dans tous les systèmes sociaux, auxquelles n'échappe pas le système de santé. D'autre part, les infirmières constituent un groupe professionnel hétérogène, d'abord sur le plan des formations et des positions occupées dans le système de santé (Goulet, 1999). Plusieurs études soulignent l'impact des niveaux de formation sur les investissements professionnels (Bédard et Duquette, 1998 ; Dallaire et al, 1994) en termes identitaires d'une part et d'engagement de carrière d'autre part (Goulet et Dallaire, 1999). Le groupe est donc également diversifié en termes de parcours professionnels mais également en termes de trajectoires sociales des uns et des autres. Si les femmes sont majoritaires, la profession ne leur est pas pour autant exclusivement réservée; on y compte aussi des hommes. Au-delà du genre, de multiples catégories d'appartenance peuvent encore en accroître la diversité (entreprise, école, origine nationale, etc.). Leurs appartenances sociales ne sont sans doute pas absentes, ni même maintenues entre parenthèses lors de la rencontre avec les patients et plus largement dans le processus de la prise en charge. Elles viennent plutôt métisser leurs appartenances organisationnelles et professionnelles. S'il est fréquent de considérer que l'éthos professionnel est particulièrement fort chez les intervenants en santé, on peut pourtant se demander si cette perception ne dissimule pas une réalité plus complexe où les minorités ethniques dans la population soignante disparaîtraient au profit d'une vision uniforme d'un ethos qui ne serait en fait que le reflet des valeurs et croyances sur la santé du groupe culturel dominant. Par ailleurs, outre la prise en compte de l'existence de minorités ethniques dans les groupes professionnels de santé, ces derniers, du fait de la réforme et en particulier de ses effets en termes de retrait de l'État dans la responsabilité de la distribution des soins au profit du secteur privé, sont appelés à exercer dans des organisations moins structurées et donc moins structurantes que sous "l'âge d'or" de

l'hospitalocentrisme. Si on peut reconnaître que les infirmières et infirmiers gagnent en autonomie dans l'exercice de leurs pratiques, en même temps, le "contrôle" institutionnel est peut-être moins prégnant. Au regard de l'hétérogénéité des valeurs, croyances en matière de santé et du risque d'un certain affaiblissement des cultures organisationnelle et professionnelle, on doit s'interroger sur les modèles qui étayent les pratiques soignantes.

Objectif général et objectifs spécifiques de l'étude

Notre étude veut donc analyser les pratiques des infirmières exerçant dans le secteur de la santé primaire en milieu pluriethnique (façons d'être et façons de faire avec les patients-clients) en regard des multiples appartenances qui peuvent en influencer les modèles de référence. Plus précisément, l'objectif général vise à identifier les représentations que les infirmières se font de leur rôle et les modèles de pratique qu'elles utilisent selon leur niveau de formation, leur milieu d'insertion professionnelle (CLSC, agences privées ou associations), leurs expériences professionnelles, leurs trajectoires biographiques et leurs cadres de référence culturels. Ceci dans un contexte où d'une part, pour répondre aux exigences de la réforme du système de santé, leurs pratiques se sont complexifiées et diversifiées et leurs responsabilités ont été augmentées. Et un contexte où, d'autre part, la population s'est elle aussi considérablement diversifiée au plan ethnoculturel. Il s'agit dans les faits de répondre à des questions telles que : À quels modèles de référence vont se reporter les infirmières dans un tel contexte ? Les modèles privilégiés varient-ils selon les circonstances d'intervention ? Selon l'origine des clients ? L'origine des infirmières elles-mêmes a-t-elle une incidence sur les modèles de référence qui sous-tendent leurs pratiques ? Quels sont les effets de la diversité des formations (pratiques avancées, bachelières, techniciennes) sur l'identité professionnelle des infirmières, leurs modèles de pratique et leurs relations avec la clientèle ? Cet objectif général se décline autour de cinq objectifs spécifiques : 1) décrire les contextes organisationnels des soins infirmiers de santé primaire en milieu pluriethnique; 2) dresser un portrait socioprofessionnel de la population des infirmières en exercice dans ces différents contextes; 3) décrire leurs interventions (tâches et clientèles); 4) identifier leurs représentations relatives aux objets pertinents de leurs pratiques en milieu pluriethnique (missions, outils, modèles de soins, techniques); 5) analyser les variations entre les différents segments du groupe (par type d'organisation, niveau de formation, identité ethnique). Pour cette étude, nous avons retenu le territoire montréalais.

Ce rapport constitue le premier volet de nos résultats de recherche. Nous y restituons les analyses concernant les contextes organisationnels des soins infirmiers de santé primaire à Montréal. Les organisations de travail y sont analysées comme contextes porteurs de valeurs, de normes, de règles et de procédures dans lesquels se construisent les pratiques des infirmières et comme organisations qui elles-mêmes, dans la production de ces normes, valeurs, règles et procédures, reprennent et véhiculent les structures sociales propres à la société québécoise. Nous nous attacherons à la façon dont sont pensés et organisés les soins infirmiers, quels valeurs, modèles et techniques de soins sont promus et bien sûr comment y est intégrée la dimension ethnique, comment y sont appréhendées les questions de discrimination, de préjugés et possiblement de racisme. Après un bref rappel de l'évolution du système de santé en matière de prestation des soins de santé primaire et de ses conséquences en termes de partage des responsabilités entre les secteurs public, privé et associatif, nous décrirons notre échantillon d'enquête représentant les trois secteurs prestataires de soins infirmiers de santé primaire à Montréal. Ces deux points seront suivis des analyses en matière de gestion du personnel et des soins infirmiers dans les trois types d'organisation, puis de la philosophie des soins qui y est véhiculée pour terminer sur les façons de voir et façons de faire mises de l'avant, relatives à la dimension pluriethnique. Préalablement, nous présentons au chapitre suivant la méthodologie d'enquête afférente à ce volet de l'étude.

METHODOLOGIE

Une exploration de l'organisation des soins et services infirmiers en santé primaire nous a permis de dresser un "état des lieux" et de faire un inventaire des organismes en œuvre, de leurs mandats, des prestations assurées, des types de fonctionnements internes et inter-établissements, des territoires et de leurs caractéristiques démographiques¹. C'est à partir de ce premier corpus que nous avons sélectionné les organismes susceptibles de répondre à nos critères. Pour constituer notre échantillon, nous avons tenu compte des principales dimensions qui caractérisent le contexte dans lequel s'organise la prestation des soins infirmiers en santé primaire du réseau montréalais : les types de secteurs d'activité qui assurent la prestation de ces soins; la taille et la structure des établissements dans chacun de ces secteurs; la densité pluriethnique des territoires desservis.

L'échantillonnage

La prestation des soins infirmiers en santé primaire se répartit sur le territoire montréalais entre trois secteurs d'activité : le secteur public (CLSC), le secteur privé (agences) et le secteur associatif (associations à but non lucratif). Montréal compte vingt-neuf CLSC répartis sur l'ensemble de l'île. Pour ce qui concerne les soins infirmiers, ils sont relayés

¹ - Les documents qui ont servi à cette étape, outre les études et rapports qui ont été mentionnés au chapitre 1, sont divers : rapports de la Régie régionale des services de santé et services sociaux de Montréal-Centre (devenue depuis l'*Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et services sociaux*) et ressources électroniques à partir du site web <http://www.santemontreal.qc.ca/>. Les rapports annuels des CLSC et la consultation de leurs sites web le cas échéant. Idem pour les agences privées, dont d'ailleurs pour le cas des agences rattachées à des multinationales, les sites et leurs hyper liens permettent de mesurer les aspects tentaculaires.

Les sources statistiques, en particulier sur les caractéristiques démographiques, proviennent de Statistiques Canada (http://www.statcan.ca/start_f.html), de Citoyenneté et Immigration Canada (CIC; <http://cicnet.ci.qc.ca/francais/recherche-stats/index.html>), de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ; <http://www.stat.gouv.qc.ca/>), de l'Observatoire des inégalités sociales en santé (OMISS; <http://www.omiss.ca/statistique/territoire/statmontreal.html>), d'Immigration & Métropoles en lien avec l'INRS (<http://osim.inrs-uqs.quebec.ca/>) ou encore de la ville de Montréal (<http://www2.ville.montreal.qc.ca/>) ou de la Régie régionale (<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/statistique.html>).

par un peu plus d'une trentaine d'agences¹ et deux associations. Notre échantillon total dans le cadre de cette recherche, qui recouvre ces, se compose de six CLSC, neuf agences² et des deux associations. Aux fins de l'analyse organisationnelle des soins infirmiers de santé primaire (volet 1 de la recherche), nous avons conduit une enquête auprès de dix-neuf responsables (responsables des soins infirmiers et directeurs d'établissement) dans treize établissements des trois secteurs (6 CLSC; 5 agences³; 2 associations). Tel que nous allons le démontrer ci-après, les critères qui ont présidé à la sélection de chacun de ces établissements en termes de taille, structure et caractéristiques des populations desservies assurent une assez bonne représentativité de l'ensemble du réseau de prestation de soins infirmiers en santé primaire à Montréal.

La taille et la structure des établissements des trois types de secteurs

Les Centres locaux de services communautaires

De par leur mission de service public et les limites définies en plus haut lieu du panier de services (soins et services subventionnés), les Centres locaux de services communautaires du Québec, mieux connus aujourd'hui sous leur acronyme CLSC, présentent une grande similitude entre eux. Antérieurement à leur intégration au ministère de la santé et des services sociaux, les premiers CLSC appartenaient au monde du communautaire où ils étaient nés comme cliniques populaires à l'initiative d'usagers et d'intervenants (Lévesque et Vaillancourt, 1998). Si leur intégration au réseau public, réalisée en 1972 dans le cadre de l'application de la réforme du système de santé au Québec, leur a retiré leur caractère autonome, elle a néanmoins permis de maintenir la participation des usagers au niveau organisationnel. Par leur histoire mais aussi par leur mandat, les CLSC – qui se caractérisent par une volonté d'hybrider le social et le médical, volonté qui soutiendra d'ailleurs l'essor du modèle de soins infirmiers de Allen (répandu

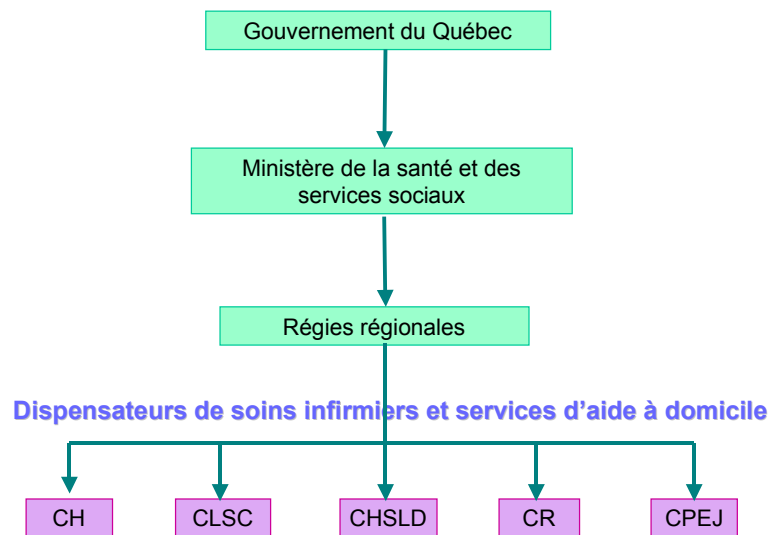
¹ - Nous en avons dénombré trente-cinq mais certaines peuvent avoir plusieurs officines. Quelques-unes ont des succursales en banlieue sud ou nord (Laval, Longueuil principalement).

² - Nous avons contacté vingt-trois agences de la région montréalaise. Parmi elles, douze agences avaient donné un accord de principe. Dans les faits, neuf ont réellement collaboré mais selon les unes ou les autres, cette collaboration a été plus ou moins laborieuse.

³ - Nous avons initialement prévu d'intégrer six agences dans ce volet de l'étude. De fait, nous avons effectué les contacts nécessaires auprès de la sixième agence sélectionnée. Dans un premier temps, nous avons obtenu l'accord de sa direction pour participer à l'enquête (entrevue avec les responsables et liste de documents). Au cours du printemps 2003, plusieurs rendez-vous ont cependant été reportés par la direction de l'agence. Au mois de juin, nous en étions toujours au "point mort". Après réflexion, l'équipe de recherche a considéré qu'attendre encore les possibilités de travailler avec cette agence était préjudiciable à l'ensemble du processus de recherche. Par ailleurs, les données obtenues auprès des autres agences et les analyses en cours pour ce volet de l'étude lui donnaient à croire que le corpus était suffisamment riche et répondait assez amplement aux questions initiales pour qu'il ne soit pas indispensable de procéder auprès d'une sixième agence présentant le même profil.

sous le nom de modèle McGill) – sont une des portes d'entrée de la première ligne¹. Ils constituent de ce fait une charnière essentielle entre le système public de santé et la population du Québec. Au titre de dispensateurs de services, ils prennent place au sein de l'ensemble du dispositif organisationnel du réseau public de santé au côté des autres établissements publics de santé (Cf. schéma 1).

Schéma 1 : Structure organisationnelle des services publics de santé du Québec²



La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, qui régit les Centres locaux de services communautaires, assume que la mission d'un tel établissement est « d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert³, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel Centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient

¹ - Les polycliniques et cabinets de médecine privée, en constituent d'autres.

² - Tel qu'il apparaît dans le schéma 1, nous conserverons la dénomination de "Régie régionale des services de santé et services sociaux" telle qu'elle était en cours au moment de l'enquête.

³ - La notion de territoire reste assez floue puisque qu'il s'agit d'aires géographiques comptabilisant entre 9 000 et 125 000 habitants.

dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide » (Titre I, art. 80 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux).

Les CLSC sont administrés par des conseils d'administration dûment approuvés par les autorités, où siègent entre autres « cinq personnes élues par la population » (art. 131.1), « le cas échéant, une personne désignée par le comité des usagers » (art. 131.2), deux personnes désignées par les autres membres du CA et choisies l'une dans la liste soumise par les organismes communautaires du territoire, l'autre par les organismes socio-économiques de ce même territoire (art. 131. 10) et un représentant de chaque groupe professionnel, désigné par le Conseil professionnel dont il est membre (art.131. 3 - médecins, 4 – infirmières - , 5 – conseil multidisciplinaire, 8 – conseil des sage-femmes)¹). Néanmoins, au plan de la structure organisationnelle de chacun, ils sont assez semblables à d'autres établissements publics de santé, soit de forme pyramidale avec une direction générale sous le Conseil d'administration, au-dessous de laquelle se déploient en arbre les différentes directions et services. Au niveau de la direction générale peuvent figurer une fondation de CLSC et un Comité d'éthique clinique qui apparaissent en quelque sorte comme autant d'assistants du Conseil d'administration. Les groupes professionnels, en parallèle de leur hiérarchie directe, relèvent chacun de leurs supérieurs immédiats (chefs de programme) et leurs membres composent les Conseils ou Collèges professionnels qui leur sont propres.

Quoique chaque CLSC offre des variantes aux divers niveaux de sa structure et de ses modes de fonctionnement, on retrouve un organigramme global (Cf. schéma 2 ci-après) similaire, avec les Conseils des différents groupes professionnels : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)², Conseil des infirmières et infirmiers (CII)³, Conseil des sage-femmes le cas échéant⁴, et un Conseil interprofessionnel (dénommé alternativement Conseil multidisciplinaire ou interdisciplinaire⁵) qui regroupe les autres professionnels (travailleuses/rs sociaux, ergothérapeutes, etc.) à moins que ces professionnels soient constitués en Conseil spécifique sur décision interne (on retrouve par exemple un Conseil

¹ - Loi sur les services de santé et les services sociaux, consultable en ligne sur le site web du ministère de la Santé et des Services sociaux http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/com_ethique.html. Cependant, au moment où s'écrit ce rapport, l'État québécois révisé les principes de la gouverne des établissements.

² - LSSQ, articles 213 à 218

³ - LSSQ, articles 219 à 225

⁴ - LSSQ, articles 225.1 à 225.6

⁵ - Dans la LSSQ, article 226, le terme employé est celui de Conseil multidisciplinaire. Certains individus rencontrés en entrevue le désignent comme « interdisciplinaire ». On peut sans doute voir là un indicateur de la difficulté tant chez les gestionnaires que chez les groupes professionnels eux-mêmes, à préciser la nature du paradigme de la collaboration entre les groupes professionnels.

des Travailleurs sociaux dans certains CLSC). Les groupes non classés comme professionnels et le personnel administratif sont aussi regroupés soit en conseil multidisciplinaire soit en conseil spécifique sur décision interne. Quelquefois, par exemple, les auxiliaires familiaux et sociaux ont un conseil propre, parfois ils le partagent avec le personnel de soutien.

Les soins et services sont classés, globalement, sous trois principales directions telles que nous les avons figurées sur l'organigramme ci-dessous. Dans la perspective de leurs missions, que sont la promotion de la santé et du bien-être, la prévention, les soins curatifs, la réadaptation et la réinsertion, les CLSC offrent toute une gamme de services n'exigeant pas d'équipement spécialisé (consultations médicales, soins infirmiers, services à domicile aux personnes en perte d'autonomie, dépistage – entre autres, du VIH-SIDA et des infections transmises sexuellement et par le sang –, cliniques de vaccination et de prélèvements sanguins, programmes en périnatalité, en santé mentale, en toxicomanie, services en milieu scolaire, action communautaire, etc.) et un service téléphonique permanent d'information - consultation en santé (Info Santé¹).

On retrouve donc en général les programmes principaux afférents à ces soins et services. La plupart des organigrammes détaillés sous ce niveau donnent à voir des besoins spécifiques aux territoires couverts et les choix locaux qui en sont fait subséquemment en matière de sous-programmes². Les soins et services à domicile ne résument pas, loin s'en faut, toute l'étendue du champ d'action des CLSC ; cependant, ils en constituent une part importante puisqu'ils représentent près de 40% du volume total des activités de soins et services des CLSC et absorbent 30% de leur financement (ACSSD, 1998)³. L'effet combiné des orientations en matière de politiques publiques sociales et sanitaires et des projections démographiques n'a fait qu'accroître la demande de services sous ces programmes, tendance qui devrait encore se poursuivre⁴.

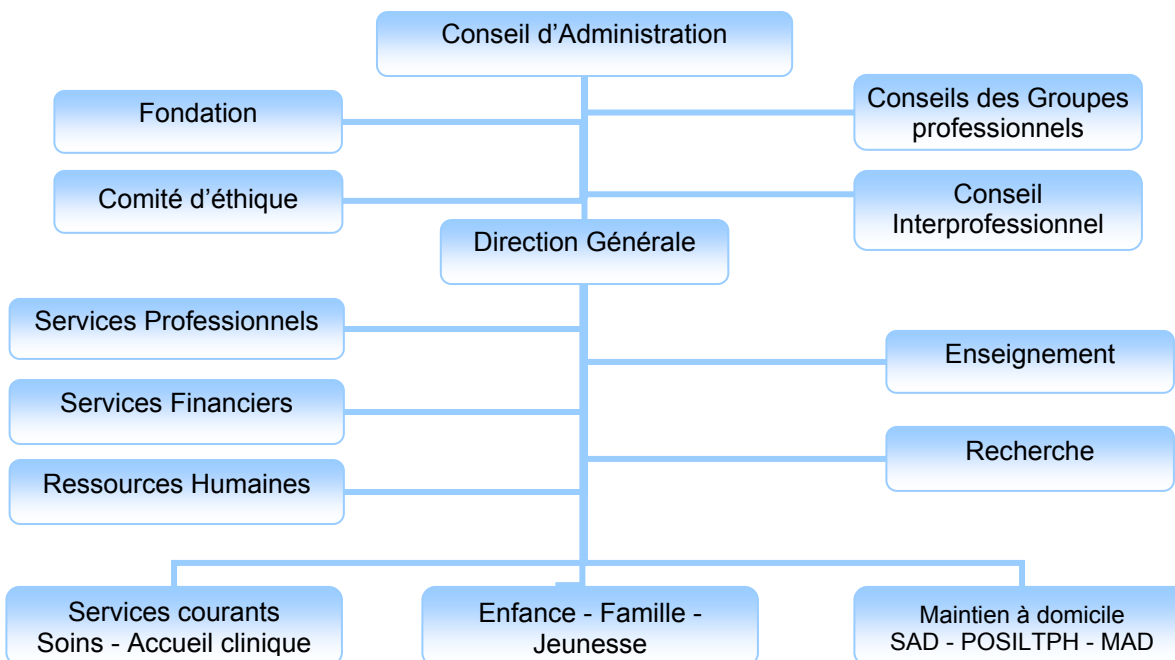
¹ - Ce dernier service, offert 24h/24h, est commun pour plusieurs établissements.

² - Plusieurs CLSC disposent aujourd'hui de sites web aisément consultables en ligne.

³ - Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a entamé en novembre 2000 une procédure de réévaluation du mode de budgétisation des CLSC et CHSLD (Comité Bédard). Après examen de la situation (modes d'allocation; considération des besoins des clientèles; performance des établissements et mode d'organisation des services), le comité devrait proposer une nouvelle répartition interrégionale des ressources budgétaires (objectif 25 des orientations du Plan stratégique 2001-2004 du MSSS) concernant les services offerts par les CLSC et CHSLD ainsi qu'un mode de budgétisation des ressources allouées aux CLSC et CHSLD.

⁴ - Les soins et services à domicile apparaissent comme un des secteurs d'activité les plus prospères du Québec. Alors que tous les secteurs d'activité affichaient en 2003 une décroissance, les soins et services à domicile obtenaient un taux de croissance de 25% soit le plus haut taux de croissance des PME québécoises.

Schéma 2 : Organigramme de CLSC



Au delà de cette similitude, il demeure que les CLSC peuvent présenter des variations. Parmi elles, certaines ont trait à la façon dont les directions organisent les services et les compléments qu'elles proposent, en général en partenariat avec des organismes communautaires de leurs quartiers. Par exemple, dans le cas des soins et des services qui entrent sous le chapeau générique du maintien à domicile, certaines se dotent d'équipes qui interviennent plus spécifiquement auprès des plus de 65 ans tandis que les personnes en deçà de cet âge sont vues par des équipes de soins à domicile (SAD). Dans certains CLSC, la prise en charge des patients polyhandicapés qui relevait auparavant du programme d'organisation de services intensifs long terme pour personnes handicapées (POSILTPH), aujourd'hui disparu, est intégrée au maintien à domicile, dans d'autres aux soins à domicile. Moultes variations peuvent encore caractériser les CLSC en ce qui concerne la gestion même de l'entreprise. Ainsi, plusieurs CLSC sont en partenariat, voire fusionnés avec des établissements de soins de longue durée (CHSLD)¹

¹ - Si l'actualité de l'hiver 2003/2004 met à la une la question de la fusion des établissements de santé, celle-ci n'est pas radicalement nouvelle. Au moment de notre enquête de terrain, soit en 2002-2003, 5 des 29 CLSC montréalais étaient déjà intégrés ou fusionnés avec des CHSLD (Centres d'hébergement et de soins de longue durée). En 2002, la Régie régionale de la santé et des services sociaux, confrontée à une demande croissante de rapprochements de ce type, commandait un audit qui confirmait (Boisvert et associés, 2002) que « ces initiatives font partie d'un contexte plus large où le réseau de la santé et des services sociaux a été amené à envisager de nombreux changements de structure depuis la réforme Côté en 1992, notamment par des regroupements et fusions d'établissements. C'est particulièrement le cas dans les régions hors des

avec, dans ce dernier cas, une équipe de direction commune. Au sein des CLSC, les directions peuvent également être favorables au cumul de fonctions pour leurs cadres intermédiaires (par exemple chef de programme ou chef d'équipe et superviseur d'un groupe professionnel de tout l'établissement) ou à l'inverse, promouvoir une distinction forte des mandats et des fonctions d'encadrement.

Les CLSC diffèrent également par la taille de l'établissement et les caractéristiques sociodémographiques des territoires qu'ils desservent, ce qui se traduit à divers niveaux de l'organisation structurelle propre à chacun. Il appert que l'organisation se formalise et se bureaucratise au fur et à mesure que croît sa taille (multiplication des paliers de décision et des mécanismes de contrôle) phénomène déjà démontré pour d'autres types d'entreprises¹ (Blau et Schoenherr, 1971; Mintzberg, 1982). Les procédures de décision suivent une voie en cascade dans une organisation où les employés ne se connaissent pas tous et ignorent parfois les mécanismes sur lesquels repose la gestion tant des ressources matérielles qu'humaines.

À Montréal, où l'on dénombre vingt-neuf CLSC, le plus petit compte à peine une centaine d'employés alors que le plus important en compte cinq fois plus. Un tiers d'entre eux (9/29) desservent une population de moins de 50 000 habitants; un autre tiers (10/29) une population comprise entre 50 et 70 000 habitants; un tiers (10/29) desservent de 70 à 130 000 habitants². Notre échantillon reflète bien cette répartition. Il comprend deux CLSC desservant un territoire de moins de 50 000 habitants ; deux CLSC desservant un territoire de plus de 70 000 habitants et deux CLSC de la taille intermédiaire.

Parallèlement à la taille de l'établissement et à la complexité organisationnelle qu'elle génère, les CLSC, pris comme autant d'unités localisées, diffèrent également entre eux du fait des styles de gestion (historiques et actuels). Sur ce point, le profil du directeur général apparaît comme un élément d'influence important (les CLSC ne sont pas

grands centres où plusieurs CLSC et CHSLD ont été fusionnés ou regroupés pour créer un établissement local offrant des services locaux de base. La situation est relativement différente en milieu urbain. Dans la région métropolitaine, lorsque la situation financière de la province l'a commandé, on a plutôt fermé des hôpitaux et fusionné d'autres hôpitaux pour créer le CHUM et le CHU McGill. Quelques fusions, intégrations ou regroupements de CLSC avec CHSLD avaient déjà eu lieu voilà plus de 15 ou 20 ans, mais dans le contexte où le Ministère achevait le réseau de CLSC à Montréal dans les années 80. La Loi 28 adoptée en 2001 vient cependant d'ouvrir un nouveau contexte en amendant l'exception montréalaise » (Boisvert et al., 2002 : 3).

¹ - Nous réservons le terme d'entreprise pour signifier la totalité d'une organisation, soit entre autres tous les établissements (filiales et succursales) dans lesquels elle peut se décliner et physiquement s'incarner. À l'inverse, nous utiliserons le terme d'établissement pour parler des unités physiques localisées (en l'occurrence un CLSC, une agence, une association sis à Montréal).

² - Montréal-Centre compte alors 1749510 habitants (Cf. Direction de la santé publique de Montréal, Statistiques, <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/Montreal/mtl.html>).

autrement que d'autres types d'organisation de travail à cet égard¹), escorté par d'autres facteurs tels que l'histoire de l'établissement, les composantes de la structure et la configuration de l'ensemble, les mécanismes d'organisation et de gestion des missions et tâches ou encore les mécanismes de régulation. Bien sûr, à ces éléments sources de variations entre les CLSC, vient s'ajouter le type de population desservie en termes sociodémographiques et économiques. L'ensemble de ces facteurs concourt à une variété de styles organisationnels qui ont fait l'objet de nombre de travaux en théorie des organisations (voir entre autres Mintzberg, 1982, 1998). L'analyse de ces styles met en lumière et permet d'expliquer des points de similitudes entre des établissements des trois types de secteurs organisationnels (public, privé marchand et associatif) soit des logiques de gestion qui transcendent ce premier classement pour une grille plus transversale. Ainsi par exemple, les CLSC, ne sont pas des établissements totalement autonomes, bien que l'autonomie relative des opérateurs, les professionnels, soit nécessaire à l'efficacité de l'ensemble. Ils sont, au contraire, dépendants d'une structure organisationnelle qui place le siège du pouvoir à l'extérieur (tel que le figure bien le schéma 1) et qui, du coup, exerce sur eux une certaine contrainte. Ce profil, ils le partagent avec des établissements des deux autres secteurs (privé marchand et associatif) quand ceux-ci sont des parties d'organisations complexes en réseau dont le pouvoir est plus ou moins centralisé. Nous reviendrons sur ce point important du portrait organisationnel, dans la deuxième partie de ce rapport.

Les agences privées de soins infirmiers

Contrairement aux CLSC, les agences ne sont pas limitées à un territoire géographique. L'étendue de leur zone d'action est, en fait, déterminée par la loi du marché, soit l'équilibre entre l'offre et la demande. Particulièrement présentes à Montréal, elles sont cependant un peu partout en nette progression depuis les années 80 dans la mesure où elles bénéficient du retrait du secteur public dans le domaine des prestations de santé, en particulier en ce qui a trait à la santé primaire. Dans le cas des agences montréalaises, le réseau public est leur plus gros client, à commencer par les CLSC. Au-delà, elles vendent des soins et des services aux particuliers (à domicile) et aux entreprises privées (prévention et santé au travail). Si les soins infirmiers représentent une part très importante de leurs activités, beaucoup d'agences allient ces soins aux services d'aide à domicile et embauchent pour cela un nombre d'auxiliaires familiaux et sociaux et préposés aux bénéficiaires qui peut être plus important que celui des infirmières. Dans ce

¹ - Cf. l'étude de Kets de Vries et Miller (1985).

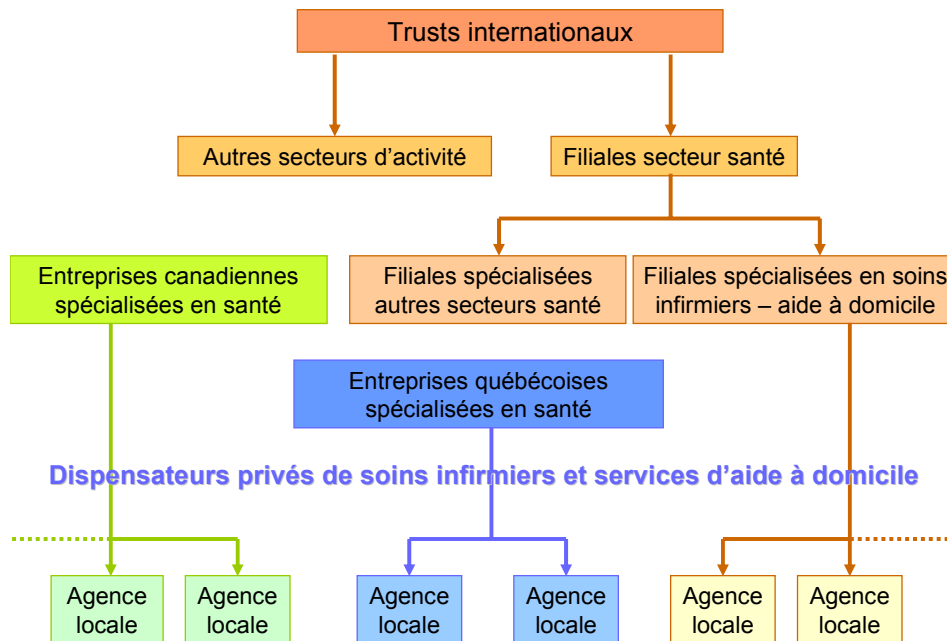
type d'établissements, nous retrouvons des différences non seulement au niveau de la taille de l'entreprise mais aussi de la complexité de la structure de gestion, selon qu'elles s'apparentent à une grosse, une moyenne ou une petite entreprise, d'implantation locale, provinciale, nationale ou internationale.

Les agences de niveau international se trouvent en fait être des succursales de filiales de trusts internationaux actifs sur deux, trois ou cinq continents qui se présentent comme des organisations en réseau. Le secteur santé y est plus ou moins développé dans la mesure où l'entreprise peut tout à fait se déployer dans d'autres secteurs d'activité mais, dans un cas comme dans l'autre, l'entreprise holding est souvent implantée dans la majorité des provinces du Canada. Tel que figuré dans le schéma suivant (schéma 3), deux modèles se dégagent dans ce type d'organisation, modèles déterminés par la genèse de l'entreprise qui préparent à la place plus ou moins grande qui sera donnée ultérieurement au secteur des activités de santé. Le premier modèle est celui d'une entreprise de santé (le plus souvent spécialisée dans une branche telle que, par exemple, la prestation de soins et de services à domicile) qui "enfle" sous le coup du développement du marché. Il appert que les réformes de santé dans les pays occidentaux ont magistralement ouvert la porte au déploiement de ce type d'entreprise. L'entreprise mère, dans ce cas, absorbe (par exemple *via* une offre publique d'achat (OPA) ou une fusion partielle) une ou plusieurs autres entreprises oeuvrant dans la même branche d'activité. Ultérieurement, l'entreprise va diversifier ses actifs et ouvrir soit d'autres activités en santé (par exemple technologie médicale, pharmacologie, assurances), soit ouvrir des filiales dans d'autres secteurs et parfois les deux. Dans ce modèle, cependant, le secteur santé demeure le secteur dominant des activités de l'entreprise, même quand elle atteint un niveau international.

Dans le deuxième modèle, nous avons affaire à une genèse inversée. Il s'agit d'entreprises multinationales qui oeuvrent *via* leurs nombreuses filiales dans plusieurs secteurs d'activité mais surtout du marché secondaire (industries) ou tertiaire (services). Ces entreprises s'introduisent dans le secteur de la santé le plus souvent en empruntant la voie des technologies sophistiquées du domaine biomédical ou celle des assurances. Ce niveau peut prendre la forme d'une filiale qui, sous un nom propre, est implantée à l'échelle nationale au Canada. Leur entrée sur le marché des prestations des soins et services de santé est en général secondaire et ce secteur restera souvent relativement restreint par rapport à l'ensemble de leurs activités.

Mais qu'elles se relient par l'un ou l'autre des deux modèles, les agences de ce niveau se rattachent à des structures de gestion complexes comprenant de nombreux paliers de décision qui échappent en grande partie aux responsables locaux. Notre échantillon compte une agence rattachée à ce type d'entreprise.

Schéma 3 : Structure organisationnelle des services de santé du secteur privé marchand



Pour leur part, les agences de soins infirmiers qui se rattachent à une entreprise nationale, présentent beaucoup de similitudes avec celles du niveau précédent et ce, tant au plan de leur organisation en réseau qu'au plan de leur genèse. Les entreprises internationales peuvent tout à fait avoir des filiales qui, au niveau canadien, se présentent comme des entreprises autonomes même si elles sont reliées dans une structure financière plus large de type multinational. Notons qu'il est d'ailleurs assez difficile de repérer les liens qu'entretiennent ces entreprises en réseau, qu'elles s'avouent d'envergure internationale ou qu'au contraire elles revendiquent leur caractère national. Ainsi, par exemple, une des entreprises reliées à l'une des agences montréalaises de notre échantillon déclare sur son site web être une entreprise « exclusivement canadienne », ce qui n'empêche pas que des recherches approfondies dans les méandres de ses structures financières, révèlent que sur les dix dernières années, cette même entreprise a été impliquée dans plusieurs opérations d'achat et de vente de holding ayant partie avec le monde des assurances et des établissements privés de santé, qui

dépassent largement les frontières du Canada. En tout état de cause, il semble que nous ayons affaire là à un marché instable et dynamique qui conduit les entreprises de soins de santé à des mutations rapides et incessantes. Dans ce sens, les niveaux internationaux et nationaux ne rendent sans doute compte que de sortes de photos instantanées de l'état du marché sans que nous puissions prédire si demain une des entreprises que nous classons au niveau national ne sera pas passée dans l'international et vice versa. Néanmoins, en l'état de nos données nous compterons une agence dans ce type d'entreprise.

Les agences de soins infirmiers d'envergure provinciale sont des entreprises spécialisées dans le champ de la santé, avec un fort développement dans le secteur des soins et services à domicile y compris les services d'aide assurés par des auxiliaires familiaux et sociaux ou préposés aux bénéficiaires. Les structures de gestion et de décision peuvent être décentralisées, tout en présentant souvent un mode pyramidal qui les rapproche du modèle des agences de type international. Elles travaillent avec un pool d'employés permanents qui peuvent être appelés à se déplacer d'une succursale à l'autre pour les besoins de la gestion. En main d'œuvre infirmière, elles recourent à l'emploi de personnel temporaire local sur liste d'appel. Leurs plus gros contrats sont relatifs à la sous-traitance des soins et services à domicile du réseau public. Notre échantillon compte une agence de cet ordre, reliée à une entreprise provinciale établie dans neuf villes du Québec.

Les agences locales sont le plus souvent créées à l'initiative d'une ou d'un professionnel de santé (infirmière ou autre) ou encore sur le modèle de l'entreprise familiale. Elles sont spécialisées en soins infirmiers et offrent pour la plupart également des services d'aide à domicile. Quelques-unes préexistent à la réforme du système de santé mais beaucoup sont nées dans cette mouvance. Elles fonctionnent avec une petite équipe de permanents (5 à 10 personnes en moyenne) et appliquent un mode de gestion d'un personnel infirmier en flux tendu¹ en regard de la demande du marché. Nous comptons 2 agences de ce modèle.

L'organisation des services de soins infirmiers du secteur privé marchand suit donc un modèle assez varié selon que l'entreprise est de structure simple avec un siège du pouvoir local ou qu'elle est de structure plus complexe et se déploie au niveau provincial,

¹ - Soit une gestion qui consiste à ne produire qu'à la demande de façon à limiter au maximum les coûts de fonctionnement, d'assurance, etc.

national ou international avec des agences locales qui sont en fait des unités d'un ensemble plus vaste, tel que le figure le schéma précédent.

Comme pour les CLSC, nous reviendrons sur les styles organisationnels et nous verrons que la prise en compte de la taille et de l'historique de l'entreprise, de la localisation du siège du pouvoir mais également de l'ensemble des éléments qui président à la structure de l'établissement, tout comme celle de ses modes de fonctionnement et du profil du dirigeant responsable, dessinent autant de styles organisationnels (Cf. *infra* 2^{ème} partie, Portrait organisationnel).

Le secteur associatif

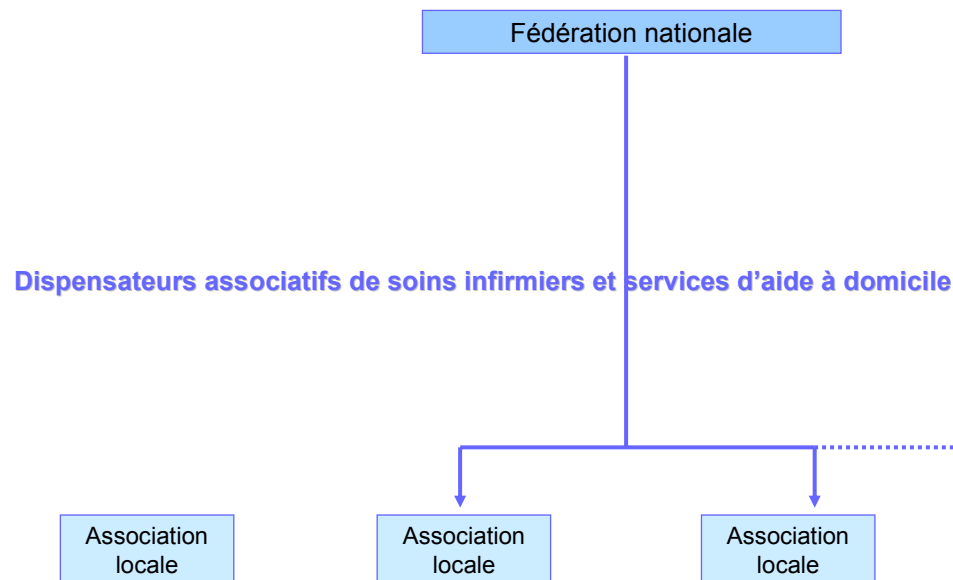
Les organismes à but non lucratif prestataires de services et de soins infirmiers représentent un secteur plus petit que les deux précédents, qui se démarque par sa spécialisation en soins palliatifs (quoique ce type de soins ne soit pas systématiquement exclusif de soins d'un autre type). De tradition caritative ou de type humanitaire, les associations qui délivrent des soins infirmiers peuvent être d'obédience religieuse ou laïque. Hormis le cas où l'association relève d'une organisation non gouvernementale (ONG) dont le siège social est au niveau international (i.e la Croix Rouge), quand elles sont liées à des organismes nés et ancrés sur le territoire canadiens, elles sont intimement liées à l'histoire des soins infirmiers du pays et plus encore à celle de la province où l'association a pris naissance. Nous excluons ici le cas des ONG qui sont présents en Ontario mais peu repérables au Québec et qu'à toutes fins utiles, nous n'avons pas retracés à Montréal.

Au Québec, jusque dans les années 1970, les soins infirmiers sont largement organisés sous la supervision des communautés religieuses catholiques, contrairement à d'autres provinces où la majorité religieuse était protestante, ce qui n'est pas sans incidence encore aujourd'hui sur les formations et les pratiques (on retrouve une tendance plus individuelle dans les approches développées du côté francophone alors que le secteur anglophone est plus porté à prendre en compte la famille et la communauté, tel que l'illustre le modèle Mc Gill).

Tel que figuré sur le schéma 4 ci-dessous, les établissements associatifs sis à Montréal, à l'instar des agences du secteur privé marchand, peuvent différer par la taille et l'organisation structurelle selon qu'ils s'inscrivent dans des structures simples ou complexes.

Dans une association de structure simple, toute l'organisation est de taille assez petite et comprise au sein d'un même établissement (dans ce cas la structure de l'entreprise se superpose à celle de l'établissement). L'autre modèle est un établissement associatif fédéré à une organisation qui se déploie au niveau pancanadien. Dans ce type de modèle, l'établissement local peut être de plus ou moins grande taille mais ce qui le caractérise et le différencie des autres, est qu'il entretient une dépendance relative avec le reste de l'organisation (Cf. schéma 4). Nous comptons les deux principales associations de Montréal dans notre échantillon. L'une est une association québécoise francophone, l'autre est d'envergure pancanadienne et de tradition anglophone.

Schéma 4 : Structure organisationnelle des services de santé du secteur privé associatif



Au total, les treize établissements retenus (6 CLSC, 5 agences, 2 associations) pour le volet d'analyse organisationnelle de l'étude des soins infirmiers de santé primaire en milieu pluriethnique (que nous présenterons plus spécifiquement au chapitre 4) donnent un portrait tout à fait réaliste dans la mesure où notre échantillon reflète l'éventail existant non seulement en termes des trois types de secteur organisationnel mais également en termes de taille et de structure dans chacun de ces types.

La densité pluriethnique des territoires desservis

Compte tenu de l'importance de la dimension ethnique dans notre problématique, au delà de la dimension organisationnelle des entreprises de soins infirmiers de santé primaire

impliquées dans la recherche, il est opportun de regarder les caractéristiques sociodémographiques de leurs territoires d'implantation. Ceci parce que d'une part, la clientèle usagère des dits soins est concernée au premier plan dans les interactions soignants-soignés mais tout autant parce que les soignants (ici les infirmières) sont recrutés dans ces mêmes bassins géographiques. Nous rendrons compte au chapitre 4 de ces caractéristiques pour les territoires propres aux six CLSC (zonages sectorisés regroupant un ou plusieurs arrondissements administratifs de la région de recensement du Montréal métropolitain) mais également pour l'ensemble du territoire montréalais puisque, nous l'avons dit, les agences interviennent mais aussi recrutent, sur un territoire plus large.

La population immigrante du bassin montréalais, qui compte pour 18% de l'ensemble de la population de la région métropolitaine et 26% de la population de Montréal, est à la fois numériquement et proportionnellement la plus importante de tout le Québec¹. Plus précisément, Montréal accueille plus de 80% des immigrants qui arrivent au Québec. Cependant, la distribution n'est pas équivalente dans tous les arrondissements et quartiers montréalais. Sur les territoires couverts par les CLSC, les taux sont parmi les plus élevés de la région métropolitaine puisque les immigrants y représentent, les six territoires confondus, près de 40% de la population totale². Néanmoins, sur d'autres plans, la population de ces territoires est comparable à la moyenne montréalaise.

En termes de diversité ethnique, la réalité montréalaise offre un paysage contrasté. En 2001, ce sont 32 000 nouveaux immigrants qui s'installent à Montréal. Parmi eux, 33% viennent d'un pays d'Afrique ou du Moyen-Orient et 28% d'un pays d'Asie ou du Pacifique. Les principaux pays sources sont la Chine, qui devient d'ailleurs le premier pays pourvoyeur d'immigrants (11%), le Maroc et l'Algérie, suivis d'Haïti qui reste très fortement représenté, du Liban, des pays du sous-continent indien (Inde, Pakistan et Sri-Lanka) et de la Corée du Nord. Parmi les autres origines, il faut souligner le maintien de l'immigration française à Montréal qui occupe la deuxième place des dix principaux pays sources avec un peu plus de 3000 immigrants pour cette même année 2001, soit 9% du total de l'immigration (CIC, 2001).

¹ - Dans les autres régions métropolitaines de recensement (RMR), la part de la population immigrée sur la population totale est de loin moins importante qu'à Montréal. Elle est de 6% dans la RMR de Hull, de 4% à Sherbrooke, de 3% dans la RMR de Québec, de 2% à Trois-Rivières et de 1% à Chicoutimi-Jonquière. Rappelons que la population immigrée représente 9,4% de la population québécoise recensée en 1996 (Gouvernement du Québec, 2000).

² - Sources de la Régie régionale <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/Les29/economique.html>

Au fur et à mesure des dernières décennies, avec l'installation d'immigrants venant de régions autres que les pays d'Europe de l'Ouest traditionnellement fournisseurs, Montréal a acquis un profil pluriethnique fortement diversifié. La multiplicité des origines déclarées aux derniers recensements en atteste. Reflet d'une tendance qui n'a fait que s'accroître ces dernières années, le recensement de 2001 dénombre plus d'un tiers de nouveaux arrivants (36 %) qui ne parlent ni le français, ni l'anglais. Cependant, là encore la distribution n'est pas homogène. La diversité ethnique varie selon les quartiers. À côté de quartiers majoritairement occupés par des natifs du Québec, francophones ou anglophones, certains autres se distinguent par une population d'immigration récente dont la diversité s'accroît au fil des années, alors que d'autres encore sont, à l'inverse, le fief de vagues migratoires plus anciennes, ce qui leur a même conféré une sorte de « label ethnique » comme par exemple, ainsi qu'on les désigne encore souvent aujourd'hui, le "quartier grec", le « quartier chinois » ou « la petite Italie ».

Bien que choisis pour avoir en commun de desservir des territoires à forte densité pluriethnique, les six CLSC de notre échantillon présentent toutefois des variations qui reflètent le déploiement différencié de cette pluriethnicité avec un CLSC couvrant un territoire où la population immigrante représente près de 30% de la population totale, deux CLSC où cette proportion est autour de 40% et trois autres où elle atteint près de 50% ou plus. La population desservie par les agences participantes est sensiblement la même puisque nous avons sélectionné celles qui étaient en relation de sous-traitance avec les six CLSC retenus pour l'étude. Quant aux associations, elles rayonnent sur l'ensemble du territoire montréalais dont ceux couverts par les CLSC concernés, avec lesquels elles collaborent.

Démarche et procédure de cueillette des données

Notre démarche de recherche est de type inductive, autrement dit fondée sur une approche qui laisse parler le terrain et y ancre l'analyse théorique telle que l'ont défendu Glazer et Strauss (1967 : 3) : « Our basic position is that generating grounded theory is a way of arriving at theory suited to its supposed uses. We shall contrast this position with theory generated by logical deduction from a priori assumption ». Cette démarche n'exclut pas une certaine structure préalable, au sens où le précisent Huberman et Miles (1991 : 33) : « la clarté dans les procédures d'analyse qualitative est impérative, ce qui exige une structure explicite solide dans notre démarche. Ceci n'est pas du "positivisme" ou du "déductivisme". On peut à la fois être un phénoménologue inductif et adopter dans le

travail empirique une approche plutôt structurée ». Cette structure, résultant ici de connaissances acquises lors de précédents travaux avec un autre groupe professionnel des soins et services de santé (auxiliaires familiaux et préposés aux bénéficiaires), complétées par une revue de littérature, soutenait un certain nombre de propositions de travail qui ont guidé la démarche. Par ailleurs, si la démarche inductive assure une certaine souplesse à l'équipe de recherche quant au choix des variables et permet des ajustements au fur et à mesure de l'état d'avancement du travail, elle n'en n'exige pas moins de rigueur tant pour assurer de ne pas se perdre dans la quantité des données que pour se prémunir contre les biais d'interprétation. Pour ce faire, nous avons opté pour un devis de recherche descriptif appuyé sur la triangulation des données (Huberman et Miles, 1991) croisant à la fois des approches qualitative et quantitative : analyse de documents collectés sur le terrain, entrevues semi-directives avec les responsables de soins infirmiers, questionnaire et entrevues semi-directives avec les infirmières.

La technique de la triangulation augmente la validité des analyses issues des données collectées et présente l'avantage de dépasser la limite de chacune des enquêtes au profit de leur complémentarité. L'analyse de documents et la période exploratoire permettent d'inventorier les variables pertinentes, assoient la structure initiale et aident à délimiter plus précisément le champ d'investigation. Cette étape facilite la construction d'outils plus sophistiqués pour la cueillette de données par questionnaire et les entrevues. Les mesures préliminaires, enrichies ensuite avec les résultats provenant des questionnaires, permettent d'interpréter les données qui seront collectées en entrevues tout en explorant les diverses menaces à leur validité.

En ce qui concerne ce premier volet de l'étude, pour répondre à son objectif, soit l'analyse organisationnelle des soins infirmiers en santé primaire, nous avons collecté des données à partir d'entrevues semi-dirigées avec les responsables des soins infirmiers des CLSC, agences et associations participants¹, et d'une liste de documents fournis par ces derniers² en complémentarité avec des informations recueillies sur les sites web dont disposent certains d'entre eux.

¹ - Le guide d'entrevue est joint en annexe 1 du présent rapport.

² - Cf. annexe 2 : Liste de documents demandés auprès des entreprises.

Les entrevues semi-dirigées comprenaient cinq volets thématiques:

1. les aspects organisationnels (bref historique de l'établissement/entreprise; les services offerts; volume, fonctions et répartition du personnel; organisation des soins infirmiers; partenaires de travail, clientèle, sous-traitance, ententes de services);
2. le profil du personnel infirmier (profil sociodémographique, formation, provenance);
3. les modèles de soins infirmiers mis de l'avant; les impressions sur les modèles de référence du personnel infirmier; la formation offerte au personnel infirmier;
4. le recrutement du personnel infirmier (critères de sélection, protocoles de recrutement, facteurs d'attraction et de rétention du personnel infirmier, profil de l'infirmière idéale);
5. les modalités de supervision, d'encadrement et de soutien; les protocoles, politiques, mécanismes de gestion de situations problématiques (harcèlement sexuel, violence, et plus spécifiquement, de harcèlement ethnique, de discrimination et de racisme).

En termes de documents, nous avons demandé à chacun de nos partenaires de recherche de nous fournir les données qui nous permettraient de préciser l'organisation des soins infirmiers dans leur établissement ou entreprise, le volume et la répartition des soins infirmiers, le volume de sous-traitance dans le cas des CLSC en termes de pourcentage dans la part des activités de soins infirmiers et de ratio dans les budgets annuels des années 2002/2003, le profil de leur personnel infirmier, les critères et les modalités de recrutement. Nous leur avons également demandé tout document permettant de mieux cerner leur philosophie d'intervention (modèles de soins infirmiers, codes d'éthique, valeurs et compétences attendues d'une infirmière, protocoles de gestion des cas problématiques etc.) et leur approche de la pluriethnicité (chartes des droits, politique et protocoles contre le harcèlement ethnique, la discrimination et le racisme, etc.).

L'implantation de la recherche dans les terrains

Avec les CLSC, nous avons conclu des ententes de partenariat formel comprenant entre autres un accès facilité aux données documentaires nécessaires et la libération des responsables des soins infirmiers pour participer à une entrevue enregistrée d'environ deux heures. Afin de maximiser les possibilités de collaboration avec les agences, nous avons demandé aux CLSC de nous indiquer celles avec lesquelles ils travaillent en sous-traitance. À partir des listes fournies, nous avons retenu douze agences, et parmi elles,

nous en avons sélectionné six pour le volet d'enquête organisationnelle dont au moins une de chacun des trois grands types repérés (envergure internationale, nationale et locale). Quant aux deux associations, nous avons d'emblée visé à les inclure dans notre échantillon.

Sur le total de quatorze établissements visés au départ (6 CLSC, 6 agences et 2 associations), treize (5 agences au lieu de 6) ont accepté de participer à ce volet de l'étude.

Compte tenu de l'intérêt exprimé par les six CLSC, intérêt concrétisé dans des ententes formelles, leur niveau de collaboration a été des plus satisfaisants. Nous avons pu réaliser les entrevues projetées dans les six CLSC, avec la participation de dix personnes au total. Dans trois CLSC, nous avons rencontré tel que prévu les responsables des soins infirmiers (RSI)¹. Celui² d'un quatrième CLSC a souhaité être accompagné de son adjoint qui assure une partie importante du suivi du personnel infirmier de l'établissement. Dans un cinquième CLSC, le Responsable des soins infirmiers (RSI) et le président du Conseil des infirmières et infirmiers (CII)³ se sont entendus pour une entrevue commune où leurs connaissances spécifiques de certains services et du personnel infirmier seraient mises en complémentarité. En ce qui concerne le sixième CLSC, le poste de RSI étant vacant au moment de l'enquête, nous avons procédé à une entrevue de groupe avec les chefs

¹ - Selon l'article 206 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les hôpitaux et centres de santé publics doivent nommer un Directeur des soins infirmiers (DSI), qui sera une infirmière ou un infirmier. Les autres établissements publics de santé doivent aussi nommer un DSI ou, à défaut, désigner une infirmière ou un infirmier à titre de responsable des soins infirmiers (RSI; titre adopté par les CLSC). Les fonctions du RSI (DSI) sont définies par l'article 207 de la même loi. Il doit « collaborer à la surveillance des activités » en soins infirmiers, « s'assurer de l'élaboration des règles de soins infirmiers », « le cas échéant, collaborer à l'élaboration des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments applicables aux infirmières ou aux infirmiers habilités à exercer des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers », « le cas échéant, tenir et mettre à jour un registre » de ces infirmières et infirmiers, « veiller au bon fonctionnement des comités du Conseil des infirmières et infirmiers et s'assurer que ce Conseil apprécie adéquatement les actes infirmiers posés dans le Centre ». L'article 208 de la LSSSQ précise que le DSI ou RSI doit en outre « s'assurer de la distribution appropriée des soins infirmiers »; « planifier, coordonner et évaluer les soins infirmiers en fonction des besoins », « gérer les ressources humaines, matérielles et financières sous sa gouverne » et « assumer toute autre fonction prévue au plan d'organisation ».

² - Étant donné que les infirmières sont massivement représentées dans la profession, nous dérogerons à la règle de grammaire en utilisant le féminin pour l'ensemble du personnel infirmier. En revanche, vu que les écarts de répartition hommes/femmes sont moins marqués parmi les cadres, nous appliquerons la règle de grammaire usuelle (utilisation du masculin) chaque fois que nous ferons référence à ceux-ci. Ce procédé permet d'une part d'alléger le texte mais présente aussi l'avantage d'assurer une protection accrue de l'anonymat des individus et organismes participants.

³ - Le CII est lui aussi une instance mise en place selon les dispositions de la Loi sur les services de santé et services sociaux. Sa composition et son rôle sont définis dans les articles 219 à 225 de la dite loi. Il est notamment « responsable de la qualité des actes infirmiers », de « faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers, [...] de soins médicaux [et] d'utilisation des médicaments »; de « faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins » dispensés par l'établissement, « d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration ».

des trois programmes dont l'un assumait également la présidence du CII. Quant aux informations documentaires fournies, elles varient quelque peu d'un CLSC à l'autre selon les documents existant à la connaissance des répondants ou le type de compilation des données.

La collaboration des agences s'est avérée plutôt difficile à obtenir. Pour en arriver aux six agences comprises dans notre échantillon et obtenir les entrevues, nous avons contacté au total vingt-trois agences, par téléphone ou par écrit, parfois par les deux moyens. Quelques-unes n'ont tout simplement pas donné suite à nos relances. Plusieurs se sont dites prêtes à collaborer lors des premiers contacts sans toutefois que ces ententes de principe aboutissent concrètement. Une enfin a exprimé un refus catégorique, avec des arguments qui, nous pouvons en faire l'hypothèse, pourraient rejoindre le point de vue de celles qui ont évité de participer. Ces arguments sont de deux ordres : le manque de temps et la méfiance (qui semble plus spécifique aux agences locales) quant aux objectifs de la recherche et à l'utilisation des informations recueillies.

Nous avons pu observer cette méfiance envers la recherche même avec certaines agences locales qui ont accepté de collaborer. Malgré les explications apportées sur les objectifs poursuivis, plusieurs semblent avoir interprété ceux-ci comme étant d'évaluer la qualité de leurs services. Les propos de certains directeurs montrent aussi qu'ils ont prêté à la chercheuse principale un certain pouvoir décisionnel ou du moins, de recommandation, sur le choix des agences de placement par les CLSC. Dans le cas de certaines agences toutefois, cette interprétation, combinée avec les liens développés avec les CLSC qui nous les ont référées, a eu un effet positif, stimulant la collaboration au lieu d'y faire obstacle.

Quoique nous disions précédemment que la méfiance à l'égard de la recherche est particulièrement forte dans les agences locales, cette attitude ne leur est pas réservée. Nous l'avons ressentie aux autres niveaux. Entre autres, il est possible que la même méfiance soit à l'origine de l'absence de collaboration d'agences d'envergure internationale. Nous faisons cependant l'hypothèse que le silence de ces dernières correspond surtout à un manque d'intérêt d'une part pour la production de connaissances, d'autre part pour une recherche locale, qui mobiliserait de surcroît le temps de travail de leurs employés.

Du côté des agences de type national, nous n'avons pas rencontré les mêmes résistances. Les agences que nous avons contactées et dont les structures sont

décentralisées (à l'opposé des agences internationales très fortement centralisées), se sont au contraire montrées très coopératives. Les individus à la direction de la succursale et les RSI¹ (lorsque cette fonction n'est pas assumée par un membre de la direction), se sont avérés personnellement sensibles à la recherche et leur autonomie de décision leur a permis de s'impliquer. On remarque que ces entreprises semblent familières avec les processus de recherche, leur structure nationale comprenant des comités spécialisés (en protocoles de soins ou en éthique de soins par exemple) chargés de se tenir à la fine pointe des connaissances.

Les cinq entrevues obtenues auprès des agences se sont déroulées soit avec le directeur qui cumule les fonctions de RSI (2 agences locales), soit conjointement avec le directeur et le RSI (1 agence locale), soit avec le RSI (1 agence nationale et 1 agence internationale). Nous avons donc rencontré au total six personnes dans le cadre de ces cinq entrevues.

Nous avons bénéficié d'une bonne collaboration de la part des deux associations (2 entrevues avec 1 personne chacune) dont l'une présente une structure nationale similaire à celle des agences de même niveau, laissant une large autonomie décisionnelle aux directions locales. Le directeur montréalais de cette association, qui est aussi responsable des soins infirmiers, nous a précisé par ailleurs que la recherche fait partie de la mission de son organisme (observation qui vaut également pour les CLSC). De plus, il s'est montré personnellement intéressé par la thématique de notre étude. Dans l'autre association, à caractère local, nous avons procédé à l'entrevue avec le responsable des soins infirmiers (fonction non cumulée avec la direction de l'organisme).

Ceci nous amène à souligner l'influence des variables personnelles autant sur la participation au processus de recherche que sur le contenu des données recueillies. Tout en demeurant prudents quant aux hypothèses qui pourraient être émises, nous observons que certaines variables semblent avoir une influence non négligeable sur l'intérêt suscité par la thématique de cette étude tout comme sur la nature des réponses (ou non réponses) à certaines questions, notamment les questions touchant le rapport à l'ethnicité dans les soins infirmiers. Qu'elles aient conduit à des positions clairement affirmées ou qu'au contraire, elles aient fait l'objet d'esquives ostensibles, ces questions ont amené

¹ - La fonction de responsable des soins infirmiers en agence et en association entend le recrutement, l'encadrement et la supervision clinique des infirmières. Cette fonction n'est certes pas rigoureusement superposable à celle des RSI des CLSC, définie par la LSSQ (voir note 1 page 35). Néanmoins, pour des commodités de lecture, nous adopterons dans ce rapport le même sigle pour parler des responsables des groupes infirmiers et des soins infirmiers, indépendamment du type d'organisation.

des réactions particulièrement vives chez les personnes interviewées qui ont fait l'expérience de l'immigration ou de l'association à une minorité de par leur langue, leur identité ethnique ou la couleur de leur peau. Ce lien n'étant jamais clairement exprimé et les positions pouvant aller dans des sens opposés, nos analyses en sont nécessairement prudentes. Ce sont cependant des observations répétées que nous ne pouvons totalement ignorer.

Traitement et analyse des données

Toutes les entrevues ont été enregistrées et retranscrites, sauf une compte tenu de la résistance exprimée à cet égard par le RSI. Les données recueillies auprès de cette agence sont d'ailleurs d'autant plus restreintes que la durée de l'entrevue a été écourtée et que les informations consenties dépassent de peu l'information apparaissant dans la documentation publique. Est-ce un hasard ? En fait, dans ce cas comme dans le cas d'une autre agence qui avait exprimé dès le départ de fortes réticences à participer, le directeur et le RSI semblent se situer en position de vulnérabilité soit parce que leur formation n'est pas en soins infirmiers soit parce que cette formation n'est pas de niveau universitaire.

Les données collectées (verbatim des entrevues et contenu des documents) ont été compilées, codées et classées par thèmes (opération de regroupement des codes en métacodes ou nœuds de l'arbre de code) : caractéristiques sociodémographiques du territoire; les services disponibles; les partenaires de travail (choix des partenaires, gestion financière, politique de partenariat, mécanismes de contrôle de la qualité des services); organisation des services infirmiers; le personnel (volume, répartition, profil, statut d'emploi; politiques de recrutement (critères de sélection, diplômes et expériences visés, compétences complémentaires souhaitées, profil personnel attendu, protocole de recrutement, facteurs favorisant le recrutement); types et volume des soins; modèles de soins infirmiers; formations complémentaires; rôle des responsables des soins infirmiers; organisation de la supervision, de l'encadrement; gestion des cas difficiles; approche de l'ethnicité. La grille a été appliquée à chaque établissement. Dans un deuxième temps, le corpus a fait l'objet d'une analyse transversale pour établir un portrait de l'organisation des soins infirmiers en santé primaire en milieu pluriethnique selon le type de secteur de l'organisme. Ce sont ces analyses que nous allons maintenant restituer dans la 2^{ème} partie de ce rapport.

DEUXIEME PARTIE

LA PRESTATION DES SOINS INFIRMIERS DE SANTE PRIMAIRE UN PARTAGE ENTRE LE SECTEUR PUBLIC ET LE SECTEUR PRIVE

« Dès le mois de mai, nous transmettons aux agences la liste des remplacements à faire pour l'été. Il faut planifier longtemps à l'avance pour être sûrs d'avoir le personnel dont nous avons besoin et surtout, réserver les infirmières que nous voulons, en qui nous avons confiance. » (CLSC 3)

« Pour les remplacements d'été, je leur dis aux CLSC : si je n'ai pas vos listes à la mi-mai au plus tard, je ne vous garantis pas de pouvoir vous envoyer celles que vous voulez ni de pouvoir combler tous vos remplacements! La demande est très grande à cette période de l'année comme pour les fêtes (de fin d'année) et tout le monde veut prendre des vacances, y compris nos infirmières. Alors, il faut qu'on soit bien organisés. C'est sûr, il y a toujours des imprévus, des remplacements ponctuels... Disons que ce qui est planifié représente à peu près 50% et les imprévus, l'autre 50%. » (Agence 16)

Ces propos, écho fidèle de tous ceux que nous avons entendus dans les CLSC et les agences, illustrent une des principales caractéristiques de l'organisation des soins infirmiers de santé primaire dans le Québec du début des années 2000 : un partage, dans un rapport d'interdépendance, entre le secteur public et le secteur privé marchand. Une interdépendance marquée que nous pourrions dire « équivalente » entre le public et le privé de type commercial, le premier ayant besoin des agences qui lui fournissent le personnel supplémentaire dont il a besoin pour remplir son mandat, le deuxième ayant besoin du secteur public qui lui assure la plus grande part de ses revenus.

Le rapport public-privé prend un sens différent dans le cas des organismes à but non lucratif qui ont participé à la recherche. D'une part, ces organismes sont sollicités par le secteur public seulement pour les services spécifiques en soins palliatifs, parfois en complémentarité des soins infirmiers dispensés par le CLSC et parfois à la place du CLSC.

« Notre association avait un mandat gouvernemental de dispenser les soins à domicile. Avec la création des CLSC, ce mandat a été éliminé. Il nous restait seulement le travail d'infirmières de liaison avec les hôpitaux. Le Conseil d'administration a alors essayé d'identifier quels étaient les manques. L'idée était de ne pas dédoubler les services publics mais de les compléter en fonction des besoins de la communauté. » (Association 14)

Il n'est pas ici question de sous-traitance. Le CLSC n'intègre pas non plus l'infirmière dans ses équipes comme cela peut se pratiquer dans le cas des infirmières d'agence. La relation entre le CLSC et les organismes à but non lucratif s'exprime davantage en termes de relais où le CLSC demande à l'organisme de s'occuper de l'utilisateur ou encore lui réfère ce dernier, en tant que ressource spécialisée. D'autre part, la survie et les activités de l'organisme reposent essentiellement sur des sources de revenus autres que celles provenant des CLSC (dons privés, subventions). Enfin, leur raison d'être n'est pas le placement d'infirmières mais d'assurer gratuitement des soins et services particuliers à des personnes qui ne pourraient pas autrement en bénéficier.

Cette brève esquisse nous campe le paysage sur lequel se déroule la prestation des soins infirmiers de santé primaire au Québec : un espace partagé entre trois types d'acteurs qui « orchestrent » le travail des infirmières, avec chacun leur raison d'être, leurs objectifs et leurs intérêts (mandat de services dans le cas des CLSC, vente de services dans le cas des agences, services volontaires dans le cas des associations). Un espace qui comporte donc, en raison de ces différences, ses potentiels de tensions, d'entente ou de négociation et ce, dans un contexte de nécessaire collaboration et d'interdépendance relative.

Ce partage des soins de santé primaire entre le secteur public, le secteur privé commercial et le secteur à profil plus philanthropique s'insère dans l'histoire plus globale de l'évolution des services de santé au Québec, où chacun a joué un rôle plus ou moins prédominant selon le contexte social, économique et politique de l'époque. Par ailleurs, si chaque secteur présente des caractéristiques qui le distinguent nettement des autres, aucun ne présente une composition homogène, y compris le secteur public. Dans un secteur comme dans l'autre, l'histoire de la fondation et de l'évolution de chaque établissement, entreprise ou organisme, les orientations ou types de gestion de leurs responsables, vont teinter de façon particulière l'organisation des soins infirmiers, les

approches et, pour ce qui concerne plus spécifiquement le sujet central de notre étude, le rapport à l'ethnicité tant du personnel infirmier que des usagers.

Sans vouloir trop entrer dans les détails, il n'est donc pas inutile de retracer rapidement les principaux moments clés de l'évolution de la prestation des soins de santé au Québec. Ceci nous permettra de mieux comprendre certaines caractéristiques qui se dégagent des organismes et établissements qui ont participé à cette recherche.

Quelques jalons historiques

Des origines de la colonie jusqu'au début des années 1960, la prestation des soins de santé avait reposé essentiellement entre les mains des institutions religieuses et d'agences de bienfaisance, de plus en plus soutenues, à travers le temps, par des subsides de l'État. À côté de ce réseau qui constituait à toutes fins utiles le réseau « public », on retrouvait la pratique médicale, chirurgicale et infirmière à but lucratif, qui s'adressait aux individus en mesure d'en défrayer les coûts.

Les instances gouvernementales n'ont certes pas été totalement absentes du tableau pendant ces trois siècles. Chaque période de crise grave qui a marqué l'histoire socio-sanitaire du Québec, les a obligées à assumer de façon croissante la prise en charge de besoins auxquels le secteur privé ne pouvait plus répondre seul, jusqu'à la prise en charge totale du champ de la santé et des services sociaux par l'État au tournant des années 1970.

Sous le coup des épidémies

Avant 1840, la principale implication des instances gouvernementales se manifeste par des octrois de fonds au secteur privé, plus ou moins substantiels selon les époques, et un contrôle croissant sur les pratiques en santé, surtout en milieu hospitalier. Des services de type public apparaissent aussi de façon ponctuelle (hôpitaux et unités sanitaires temporaires), pour répondre à des situations d'urgence, par exemple les grandes épidémies qui se sont succédées de 1760 à 1820 suite à l'arrivée massive d'immigrants affectés par les conditions sanitaires déplorables régnant sur les bateaux.

Le souci plus aigu d'une nécessaire intervention étatique en matière d'hygiène publique s'installe peu à peu lors de nouvelles épidémies, apparues cette fois-ci dans le mouvement accéléré d'industrialisation et d'urbanisation des années 1840-1885. Les municipalités, désignées responsables de l'hygiène publique, lancent les premières

campagnes de vaccination. Les vaccins demeurent néanmoins administrés par le personnel des institutions religieuses et agences philanthropiques.

L'épidémie de variole de 1886 vient à son tour contraindre le gouvernement du Québec à poursuivre son action. C'est alors qu'est fondé (en 1887) le Bureau d'Hygiène de la Province de Québec, chargé de coordonner la vaccination et autres mesures pour enrayer l'épidémie. Son travail sur le terrain est soutenu, encore une fois, par les Sociétés Saint-Vincent-de-Paul (implantées au Québec en 1846), qui constituent à l'époque la principale ressource de soins à domicile, et les communautés religieuses qui se multiplient à l'appel de celles qui sont déjà en place et qui ne parviennent pas à répondre aux besoins croissants de la population en matière de santé et d'assistance sociale.

Les associations philanthropiques se déploient aussi du côté anglophone, dans un même effort pour pallier l'absence de structures publiques. C'est d'ailleurs à cette époque, plus précisément en 1897, qu'est fondé le Victorian Order of Nurses for Canada (VON Canada, l'ordre des infirmières de Victoria), à l'initiative de Lady Aberdeen, épouse du gouverneur général, qui est très interpellée par les conditions de vie et de santé déplorable des familles démunies et hors des grands centres urbains. Boycotté par les médecins, privé de ce fait de l'appui des parlementaires dont plusieurs ont pourtant applaudi à sa fondation, le VON crée très rapidement des établissements d'enseignement et de services à travers tout le Canada, où sont formées celles que l'on connaîtra sous le nom d'infirmières visiteuses et qui fournissent gratuitement des soins à domicile et dans les écoles, en milieu urbain et en région éloignée, aux familles démunies. Les infirmières de l'Ordre de Victoria constitueront la plus grande partie de la main d'œuvre soignante employée par les municipalités canadiennes (au Québec, les communautés religieuses catholiques demeurent les « fournisseurs de main d'œuvre » quasi uniques) dans leurs campagnes contre les épidémies, campagnes de vaccinations, de soins à domicile, etc., et, lors des deux guerres mondiales, pour accompagner les soldats sur le front ou les soigner après leur retour¹.

La première guerre mondiale fait monter d'un autre cran la pression sur le gouvernement. Le retour des blessés et infirmes, les épidémies de tuberculose et surtout, de maladies vénériennes, déclenchent une véritable offensive hygiéniste, la création d'unités sanitaires

¹ - VON Canada, *Un siècle de services*, site www.von.ca. Voir aussi le document du même nom (plus complet) disponible aux bureaux locaux de VON Canada.

et les débuts de la médecine préventive. Les unités sanitaires, créées en 1926, sont les premières structures de soins à domicile à caractère public.

La crise économique de 1929 vient à son tour interpeller la responsabilité de l'État en matière de santé et bien-être de la population. Les prémises d'une responsabilisation gouvernementale globale et permanente apparaissent : en 1935, les soins médicaux passent sous autorité provinciale et en 1936, le Département de la santé et du bien-être social est créé. La mise en place de ce Département correspond à une première jonction entre les politiques d'hygiène gouvernementales et la pratique privée des soins et de l'assistance qui demeurera largement prédominante dans le soin à domicile jusqu'en 1960 même si, pendant ces deux décennies, le gouvernement québécois libère des fonds pour accroître considérablement le nombre d'unités sanitaires. De son côté, la Loi sur les hôpitaux privés (1949), qui place ces derniers sous la responsabilité du Département de la santé, annonce le transfert "en douceur" de la direction de ces établissements des communautés religieuses vers l'État, transfert qui se concrétisera après 1960.

Les années 1960 : l'émergence d'un réseau public de services de santé

Le tournant majeur en santé et services sociaux au Québec est déclenché par le rapport du Comité Boucher (1961) sur l'assistance publique. Ce Comité vient bouleverser les conceptions qui prévalaient jusqu'alors non seulement en insistant sur la nécessité d'une prise en charge complète, par le gouvernement, du bien-être et de la santé de la population québécoise, mais aussi en mettant de l'avant une philosophie nouvelle qui prône le principe d'universalité des besoins et donc d'un accès universel aux services et à l'assistance.

Les principes soutenus par le Comité Boucher sont repris par la Commission Castonguay-Nepveu (1966) chargée d'étudier l'intégration de la santé au sein d'une politique globale de sécurité sociale. Les recommandations de la Commission aboutiront à l'adoption, en 1971, de la Loi sur les services de santé et services sociaux qui permet la mise en place du système public que nous connaissons aujourd'hui. Parmi les structures de services qui sont alors créées, apparaissent les CLSC (Centres locaux de services communautaires), désignés pour assurer la prestation des services de santé primaire et auxquels le ministère des Affaires sociales confie, en 1973, la responsabilité des services de maintien à domicile.

Les premiers CLSC sont conçus sur le modèle des structures communautaires qui ont été développées par les comités de citoyens dans la mouvance de la « Révolution tranquille » des années 1960. Ces cliniques communautaires, mises en place dans des quartiers défavorisés (à Montréal et Québec essentiellement), voulaient répondre autant aux besoins en santé primaire de la population locale qu'à des principes démocratiques de participation de cette population à la définition et à la gestion de ses conditions socio-sanitaires et de ses besoins en matière de services. Certains CLSC ont été fondés sur les cliniques de quartier existantes, celles-ci étant absorbées dans la structure publique et rebaptisées du nom de CLSC, et d'autres ont été « créés de toutes pièces » sur ce modèle communautaire.

Au début des années 1970, le système de soins de santé primaire se présente donc comme un système public, porté par une philosophie d'« accessibilité universelle à des soins et services complets, continus, complémentaires et de qualité »¹, dans une approche globale de la santé et du bien-être des populations desservies. Au sein de cette structure de soins de santé primaire, certains CLSC sont encore imprégnés de la philosophie "communautariste" dont ils sont issus – et que la population du quartier n'a pas abandonnée – alors que d'autres sont davantage marqués par la vision institutionnelle selon laquelle ils ont été formés.

À côté des CLSC continuent de coexister, avec leurs teintes spécifiques quant à leur conception des soins et des services, les associations issues des mouvements philanthropiques et les agences privées de type marchand. Appelées à pallier, dès la mise en place du réseau public, les carences que ce dernier présente, elles reprendront de l'expansion au fil des années dans le partage des soins de santé de première ligne, en particulier dans le secteur des soins et des services à domicile. Il semble en effet, que la mise en place d'un système de santé public n'ait pas réussi à contrecarrer les problèmes des institutions de soins, au contraire : « Le régime d'assurance-maladie, instaurant la gratuité des soins, a comme conséquence d'accroître la demande pour les soins curatifs qui, elle-même, accélère la course à la formation professionnelle et fait ressortir la dominance du travail sanitaire sur la prévention. Au lieu de régler les problèmes financiers des Centres hospitaliers, l'application des programmes contribue à les accroître. La prise

¹ - Gouvernement du Québec, 2^{ème} trimestre 1986 : La santé et l'assistance publique au Québec, 1886-1986; *Santé et société*, édition spéciale; p. 105.

en charge par le milieu de la santé et de l'assistance est freinée par une trop grande centralisation »¹.

De fait, les témoignages de certaines personnes rencontrées en entrevue au cours de cette étude confirment que le mouvement de "dé-privatisation" enclenché au cours des années 1960-1970 a pour effet paradoxal d'ouvrir des espaces favorables aux agences privées en soins infirmiers tandis que les associations à but non lucratif se définissent des espaces d'activités venant combler des "trous" laissés par le système public, en particulier dans le domaine des soins palliatifs et des soins aux personnes âgées où elles se spécialisent très rapidement.

« Suite à la Commission Castonguay-Nepveu en 1970, dans l'esprit de l'État Providence, tous les services de santé et services sociaux devaient être financés par l'État et dispensés par le secteur public. Notre association a été fondée par ce groupe d'hommes et de femmes qui ont été marqués par le fait que le besoin d'accompagner les malades en fin de vie était passé presque inaperçu dans la mouvance de cette grande réforme. Les infirmières ont donc décidé de continuer de s'impliquer malgré les difficultés (financières). » (Association 15).

« C'est ainsi que [pour compléter les soins offerts par le réseau public] nous avons développé les programmes de soins de pieds pour les personnes âgées, les programmes de répit pour les personnes souffrant d'Alzheimer et les soins palliatifs puis, dernièrement, un programme de répit pour les enfants atteints de maladies graves. » (Association 14)

Quant aux agences de soins infirmiers, elles se verront offrir un tremplin à la faveur du manque d'infirmières qui affecte les hôpitaux dès le lendemain de la réforme.

« Les premières agences de soins infirmiers sont apparues au début des années 1970. En 1972-73, Hélène Q. fondait à son tour sa propre agence, qui porte son nom. À l'époque, on envoyait les infirmières par dizaines à chaque jour dans les hôpitaux, trois à quatre par quart de travail. La "pénurie", si on peut l'appeler ainsi, venait du fait que les quotas d'infirmières dans les hôpitaux étaient beaucoup plus élevés qu'aujourd'hui : il y avait trois infirmières pour une aujourd'hui. Donc, les hôpitaux manquaient toujours de personnel. » (Agence 16)

¹ - Ibid. p.109

Les années 1980 : récession économique et rationalisation des coûts en santé

Le début des années 1980 est marqué par une récession relativement brève mais "qui fut la plus brutale depuis la deuxième guerre mondiale". Le ministre des Finances du Québec, inquiet de l'accroissement des dépenses gouvernementales (maintenu autour de 12% par année à partir de 1977), annonce la nécessité de procéder à de sévères compressions budgétaires (Vaillancourt, 1987). Mais plus globalement, les décisions qui s'ensuivront pour le système de santé sont prises dans le cadre des réajustements que doivent entamer tous les pays industrialisés (conformément aux orientations de l'OMS) face à un accroissement exponentiel des dépenses de santé auquel les pouvoirs publics ne font plus face. Au Canada, au cours des années 1980-90, tant au niveau fédéral que provincial, le système de santé subit de nouvelles transformations qui se traduisent par diverses mesures que nous pouvons catégoriser en trois grands domaines d'action : 1) le rationnement des dépenses dans lequel on compte la réorganisation du réseau socio-sanitaire avec des fermetures de lits et des fusions hospitalières, la réduction de la masse salariale avec les incitations aux retraites anticipées et le gel des embauches, la désassurance de certains types de soins et de traitements, l'imposition de plafonds de remboursements, etc.; 2) le développement d'alternatives aux hospitalisations avec les chirurgies et hospitalisations d'un jour, les programmes de maintien à domicile, etc.; 3) la réorganisation du financement avec la restriction des financements publics aux niveaux fédéral¹ et provincial, et l'incitation aux assurances privées. Couramment appelée "virage ambulatoire", la réforme du système de santé canadien, c'est d'abord un changement radical de l'organisation des soins et des services par le rejet de la perspective hospitalocentriste qui prévalait, au profit d'un déplacement des soins et des services vers le domicile et la communauté (Armstrong et Armstrong, 1996; Day et Brodsky, 1998) que l'on estime moins coûteux (Contandriopoulos et al., 2000; Fast et al., 1997; Morris et al., 1999; Armstrong et Armstrong, 1996). Ce qui se vérifie, si on se limite à parler en termes d'économies immédiates et à court terme sur les fonds publics, et que l'on oblitère le coût des soins et services à domicile non formalisés (ainsi en va-t-il pour les études officielles

¹ - En 1995, le gouvernement fédéral annonce des mesures restrictives des dépenses publiques dont la diminution majeure des paiements de transfert qui soutiennent le financement de la santé, l'aide sociale et l'éducation dans les provinces et territoires. La question de la diminution du transfert fait l'objet d'un débat entre le fédéral et les provinces. Le transfert fédéral comprend une part en espèces et une part en points d'impôts. Les provinces estiment avoir perdu beaucoup sur le transfert en espèces sans que l'augmentation en points d'impôts ne leur paraisse compensatoire (Cf. Auger et al., 2001 : 29). L'Institut canadien d'Information de la santé (ICIS) estime que les dépenses de santé ont dépassé la barre des 95 milliards de dollars en 2000 soit 6,9 % de plus que l'année précédente; il s'agit de plus de 3 000 \$ par Canadien.

des coûts de santé du travail des bénévoles et surtout du travail des femmes, effectués dans la sphère domestique).

Cette vaste et néanmoins rapide opération de transformation (puisqu'une décennie à peine a suffi à transfigurer complètement le système) s'est appuyée sur une série d'affirmations soutenues par les gouvernements : a) les individus souhaitent être soignés à leur domicile où ils bénéficient d'un plus grand confort¹; b) des avancées technologiques permettent le virage ambulatoire ; c) les capacités du financement public sont dépassées; d) les dépenses de santé croissent de façon exponentielle dans un contexte démographique qui ne fera qu'amplifier la demande; e) la solution passe par une augmentation de la part supportée par le privé à la fois en termes de financement et de prestation de services. Formellement, les objectifs visent à encourager le maintien à domicile des individus qui le peuvent, assurer leur autonomie, favoriser la participation de la famille aux soins et services et encourager le recours à la communauté (personnes et organismes bénévoles). Initialement, quatre groupes sont ciblés : 1) les individus qui requièrent une aide à leur sortie d'hôpital en période encore aiguë; 2) les malades qui requièrent des soins infirmiers à moyen et long terme; 3) les personnes à risque de détérioration sociale ou fonctionnelle; 4) les malades qui ont besoin de soins pour éviter une hospitalisation (Richardson, 1990; Kane, 1989; Shapiro, 1988). En 1998, lors de son allocution d'ouverture à la conférence nationale sur les soins à domicile, le ministre de la Santé, Allan Rock, soutient toujours cette pertinence et maintient que « la survie de l'assurance maladie doit passer par les soins à domicile ».

Le virage ambulatoire et ses conséquences sur les soins de santé primaire

Ces mesures ont entraîné une réorganisation structurelle majeure pour le secteur des soins de santé primaire. Les effets sont à mesurer à court mais aussi à bien plus long terme. La répercussion s'est ressentie à plusieurs niveaux, à commencer par celui des emplois. D'une part, la structure des emplois de ce secteur a subi le contrecoup des incitations aux départs en retraite des infirmières qui ont été plus nombreux qu'attendus, celui de la réorganisation des services et des fusions, celui de la suppression de postes et du moratoire sur la création de postes pour certaines catégories soignantes. D'autre part,

¹ - Une étude menée par Harlton et ses collaborateurs (1998) montre que cette idée est très ancrée chez les responsables de l'élaboration de politiques alors que les personnes âgées (qui sont les principales bénéficiaires des programmes de soins et services à domicile) sont plutôt d'avis que le recours aux services hors de la sphère familiale (services publics ou privés) leur assure une plus grande liberté. D'autres études ont souligné les ambiguïtés et réticences à recourir aux proches et aux bénévoles (Roy et al., 1992; Sévigny, 1995; Tourigny et al., 1996).

le transfert d'une partie importante des soins et des services vers le domicile *via* des programmes de maintien à domicile et le développement des suivis en ambulatoire, a modifié en profondeur les missions de la santé primaire, en particulier en ce qui a trait aux soins infirmiers où les professionnels ont vu leur charge augmenter et leurs responsabilités s'accroître.

Très concrètement, il appert que la transformation du système de santé au cours des années 1990 s'est traduite par un développement accéléré du secteur de la santé primaire (promotion, prévention, postcure) dont la conséquence pour les soins infirmiers est le développement d'une pratique infirmière spécialisée en santé primaire (soins à domicile, santé communautaire, etc.) qui se caractérise à la fois par : a) une augmentation de la responsabilité infirmière dans le contexte de l'externalisation des lieux de soins et b) le développement d'un rôle propre, palliatif du faible investissement médical dans ce secteur de la santé. Enfin, si la réforme, durant la dernière décennie, transforme à la fois les besoins en matière de personnel, de compétences, de disponibilités, et les conditions de travail en termes d'encadrement, de contrôle, de sécurité, d'autonomie, etc., elle influence aussi directement l'organisation en matière de délivrance des prestations de soins en présidant à un nouveau partage des rôles et des responsabilités entre les trois secteurs du travail que sont le réseau public (*via* les CLSC), le secteur privé marchand (*via* les agences privées de soins infirmiers) et le secteur associatif/communautaire (*via* les associations de soins infirmiers).

Formellement, les soins et services de première ligne au Québec relèvent de l'autorité du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le Ministère assume l'orientation et la planification générales pour la province. Les Régies régionales de la santé et des services sociaux assurent la planification, l'allocation des budgets et la coordination générale des dits soins et services. Le mandat de leur exécution est confié aux Centres locaux de services communautaires¹ (CLSC). Cependant, il s'avère que la demande de services augmente plus rapidement que l'offre du secteur public. Les CLSC se voient contraints de faire appel aux agences qui, après s'être consolidées en tant que fournisseurs d'infirmières pour les hôpitaux, voient leur marché s'ouvrir sur le maintien à domicile. C'est durant cette période que le recours au privé s'accroît peu à peu, ce qui conduit certains

¹ - Les CLSC du Québec (au nombre de 147) sont des organismes parapublics locaux gérés par des conseils d'administration. On ne peut pas remplacer « autonome » par spécifique ». Selon la Loi, ces CA sont bel et bien réputés « autonomes » même si dans les faits on peut discuter de leur degré d'autonomie. Certains (environ 1/3) sont fusionnés avec d'autres types d'établissement tels que les CHSLD (Centres d'hébergement et de soins de longue durée).

chercheurs à soutenir que la politique officielle est contredite par le recours accru au privé dans plusieurs territoires des CLSC, en particulier pour assurer les soins et services à domicile (Vaillancourt et Tremblay, 2001). « Sans le dire tout haut, les décideurs, dans les CLSC, avec la complicité de ceux des instances régionales et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), font davantage appel au marché » (Vaillancourt et Tremblay, 2001 : 40). Lévesque et Vaillancourt (1998) soulignent que les CLSC se sont trouvés pris en étau entre « d'un côté, la politique de 1979 qui leur interdisait de recourir à la privatisation. De l'autre, les budgets alloués par l'État¹ qui ne leur permettaient pas d'utiliser uniquement les salariés du secteur public (infirmières et auxiliaires familiales de CLSC) pour dispenser les services ». Selon l'analyse des deux auteurs, les CLSC n'avaient guère d'autres choix que de "faire faire" à moindre coût une partie des services dont ils avaient la charge, par des ressources non publiques. C'est ce contexte économique et politique qui amorce le mouvement vers la privatisation des services (baisse de l'offre publique et montée de l'offre marchande) et leur "communautarisation" (baisse de l'offre publique et montée de l'offre relevant des organismes communautaires ou coopératifs).

Au cours des années 1990, dans le contexte de la réforme Côté (1994), le ministère des Affaires sociales, devenu ministère de la Santé et des Services sociaux, entreprend la préparation d'une nouvelle politique visant non seulement une mise à jour de l'organisation des services à domicile mais aussi la clarification de points manifestement obscurs, en particulier en ce qui a trait à la part déléguée au privé et au rôle de l'allocation directe² (MSSS, 1989, 1990; Vaillancourt et Jetté, 1997). Des consultations et divers rapports naîtra finalement le cadre de référence de 1994 (MSSS, 1994), sans cependant que ne soit éclaircie au bout du compte la question de la répartition entre le public et le privé (à but lucratif et non lucratif), ni n'en soient fixées les règles du jeu en matière d'équité, d'efficacité ou de qualité des prestations. Notons sur ce point qu'en dépit des dénonciations syndicales assorties de positions franchement hostiles à l'accélération de la

¹ - Lévesque et Vaillancourt (1998 : 5) rappellent que les coupures des dépenses de santé, à la différence de celles qui avaient été imposées avant 1995, « n'ont pas été symétriques dans tous les secteurs. Ainsi, par rapport à l'ensemble des crédits du MSSS, le budget des CLSC a vu sa part passer de 5,3% à 7,2% au cours de la même période, alors que celui des centres hospitaliers a vu la sienne baisser de 42,7% à 37% (MSSS, 1997b: fiche 8, p. 15) ».

² - L'allocation directe pour les soins et services à domicile permet à une personne admissible à l'un ou l'autre des programmes d'acheter directement les services dont elle a besoin auprès d'une agence privée.

privatisation¹, le ministère de la Santé et des Services sociaux n'en fait pas davantage mention dans son dernier Plan stratégique pour la période 2001-2004 (MSSS, 2001) que ce soit : a) quand sont listés les dispensateurs de soins et de services de première ligne, où la seule notion d'organismes privés réfère aux établissements dont, spécifie-t-on, « la plupart sont des Centres d'hébergement et de soins de longue durée » (MSSS, 2001 : 12); ou b) dans la partie qui explore les enjeux, quoiqu'il soit pourtant fait mention de l'importance de « renforcer les services de première ligne, près des milieux de vie et de se donner une organisation du travail souple » (MSSS, 2001 : 22); ou bien encore c) dans celle qui propose les orientations, où il est pourtant question d'agir sur la première ligne de services comme « assise du système » et sur la qualité, la continuité et la coordination des interventions ainsi que de « doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées... » (MSSS, 2001 : 32, 34-35, 38 et 41).

Finalement, la réforme des années 1990 a donné une nouvelle poussée à l'expansion des services privés de soins infirmiers primaires. La diminution des effectifs infirmiers dans le réseau public, liée aux restrictions budgétaires, l'accroissement parallèle des demandes

¹ - Voir par exemple la critique de Daniel Hébert, vice-président, Fédération de la santé et des services sociaux CSN qui, en 1999, accusait les multiples pressions qui « s'exercent en faveur de la privatisation. Et sur le terrain, des agences privées, des compagnies d'assurances manoeuvrent, cherchent des opportunités d'affaire et spéculent sur un désengagement du secteur public. C'est ainsi que de nouveaux joueurs cherchent à se tailler une part de marché dans les services à domicile. Par exemple, le réseau d'agences franchisées We Care est en voie de s'implanter au Québec (40 franchises d'ici trois ans) et ce réseau possède aussi des agences en Ontario et dans l'Ouest canadien. We Care offre des services de soins infirmiers, de soins personnels, d'aide domestique ainsi que certains services professionnels spécialisés. Des services similaires sont offerts dans différentes régions du Québec par une multinationale des soins à domicile, Olsten Kimberly, laquelle possède plus de 600 bureaux à travers l'Amérique du Nord. Il y a deux ans, une importante société immobilière de Toronto s'est portée acquéreur d'un bloc d'actions d'une grande société américaine : American Home Patient. Cette société est une des principales entreprises américaines spécialisées dans les soins et les services à domicile. Il vaut la peine de souligner ici qu'aux Etats-Unis, l'industrie du maintien à domicile arrive au deuxième rang de tous les secteurs d'activité pour la rapidité de son développement. Des entreprises d'origine québécoise sont également à l'oeuvre dans ce secteur. Par exemple Servir plus, soins et soutien à domicile Inc. est établi dans six régions du Québec et offre des services 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Il faut aussi mentionner les multiples petites agences, souvent fondées par d'anciens travailleurs et travailleuses du réseau, lesquelles se retrouvent dans la plupart des régions. Les compagnies d'assurance s'intéressent aussi à ce marché car elles commencent à offrir des plans de protection couvrant les services à domicile. *Ce que votre carte-soleil ne couvre pas, la Croix bleue s'en occupe !* affirme le slogan de cette compagnie d'assurance. L'Assurance vie Desjardins-Laurentienne est également très engagée dans ce secteur. Mais cette compagnie d'assurance n'offre pas seulement des plans de protection. Elle a également initié le développement d'un réseau de coopératives de soins et de services de santé à domicile. Selon un dépliant promotionnel, ces coopératives visent à offrir toute une gamme de services : aide domestique, aide à la personne dont les soins d'hygiène, soins infirmiers, de physiothérapie, de gérontologie, etc. Au début de cet automne, quinze de ces coopératives avaient été mises sur pied et il en est prévu une cinquantaine à travers le Québec d'ici la fin de 1999. Il faut noter ici que ces coopératives Desjardins qui se réclament de l'économie sociale se comportent dans bien des cas comme des agences privées en quête d'opportunité d'affaire et qui, dans cette logique, cherchent à se substituer aux services publics, en particulier aux CLSC. En réalité, plusieurs de ces coopératives ne respectent d'aucune manière, voire sabotent l'entente qui avait suivi les travaux du Chantier de l'économie sociale, entente que respectent par ailleurs d'autres entreprises d'économie sociale. » <http://www.csn.qc.ca/Pageshtml16/CLSCColICSNdh.html>

de services, l'insatisfaction du personnel infirmier qui sort des hôpitaux à la recherche de meilleures conditions de travail, sont autant de facteurs qui créent artificiellement une pénurie d'infirmières dans le secteur public... et une manne pour les agences.

« En 94, j'ai décidé de partir mon entreprise parce que je voyais qu'il y avait quand même les balbutiements du virage ambulatoire et je me disais : bon, il y a une place pour faire ça. Il n'y avait pas beaucoup de compagnies comme ça. Il y avait des agences qui existaient déjà, qui faisaient du remplacement dans des Centres hospitaliers et les Centres d'accueil, mais presque pas dans des CLSC, et il n'y avait pas de volet privé ou à peu près pas. Avec le virage, ça s'est mis à sortir à pleines portes des hôpitaux. Alors, en étendant le système d'intraveino-thérapie à des gens non autonomes, ça prenait quelqu'un pour s'en occuper. Les CLSC n'étaient pas en mesure de le faire. Premièrement, ils n'avaient pas la formation, ils n'avaient pas le personnel pour le faire. Puis, avant de mettre tout ça en branle, ça prend du temps. Alors, c'était beaucoup plus simple d'aller chercher une infirmière qui y avait déjà touché, qui avait la polyvalence pour le faire à toute heure du jour et de la nuit, qui était capable de fonctionner avec soit de la gravité, soit avec une pompe, soit avec d'autres systèmes.... Et qui était capable de se déplacer sur l'île au complet. » (Agence 9)

Il n'est d'ailleurs pas impossible que des infirmières, qui ont vu leur carrière dans le réseau public attaquée de plein fouet dans les années 1990, se soient tournées par choix vers ce type d'organisation qui leur assure à la fois une autonomie et une gestion souple de leur horaire, voire, si elles le souhaitent, un plein emploi ... et un meilleur salaire.

« Avant, les filles qui travaillaient dans les agences, c'était parce qu'elles ne voulaient pas travailler dans les hôpitaux, ou de nuit. Leur intérêt était de pouvoir travailler en CLSC parce qu'elles acquéraient de l'expérience. Maintenant c'est l'inverse ; elles sont bien payées dans les agences, souvent plus que les infirmières de CLSC puis, comme il y a pénurie, elles peuvent choisir leurs horaires, quant est-ce qu'elles veulent travailler. » (CSLC 3)

Il se pourrait bien que les CLSC soient, sur ce point, les grands perdants de la forme de stabilité que le groupe professionnel des infirmières a, bon an, mal an, réussi à retrouver au fur et à mesure de la décennie. Nos premières entrevues avec les infirmières semblent

conforter cette hypothèse¹. Elles offrent à tout le moins une piste explicative aux difficultés qu'éprouvent ces établissements à recruter et surtout à retenir des infirmières devenues très promptes à s'ajuster au marché, et qui ont adopté une gestion très mobile de leur carrière. Elles se déplacent vite, au gré de l'offre, pour servir au mieux leurs intérêts, tant en termes d'intérêts professionnels que de salaire et autres conditions de travail. C'est, semble-t-il, au tour des employeurs de s'ajuster à leurs stratégies.

« Les infirmières se promènent d'une place à l'autre. Il est arrivé souvent que l'on offre un poste à une infirmière qui sortait d'un hôpital et qui cherchait un poste aux horaires de jour. À l'hôpital, elles travaillaient de soir ou de nuit mais quand on les appelait pour les références, là ils lui offraient un poste de jour. » (CSLC 3)

« La pénurie commence à se faire ressentir quand il faut faire affaire avec les agences pour les remplacements; surtout au pied levé. On n'a plus d'infirmières sur appel parce qu'elles sont toujours sur des remplacements. Elles travaillent tout le temps. Ce qu'on fait depuis 2 ans, c'est leur assurer du temps plein pendant 18 mois. » (CLSC 4)

À ces facteurs favorisant le déplacement du personnel infirmier vers les agences s'ajoutent les critères d'embauche des CLSC qui, pour la plupart, exigeaient jusqu'à tout récemment un baccalauréat en sciences infirmières. Pour les détentrices d'un diplôme d'études collégiales (DEC) qui désirent travailler en CLSC, l'agence devient la porte d'entrée dans ce milieu puisque le critère d'embauche des CLSC à travers les agences est la compétence entérinée par le permis d'exercice délivré par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ou l'ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIAQ), et non le niveau d'études :

« Comme je n'avais pas de baccalauréat en sciences infirmières, je ne pouvais pas entrer dans un CLSC. Mais je ne voulais pas retourner à l'hôpital, je n'en pouvais plus. C'est ainsi que je me suis retrouvée dans une agence. » (Agence 7)

Force est de constater qu'aujourd'hui, la réponse aux besoins de la population en matière de soins de santé primaire repose autant sur les agences que sur les CLSC. Le rôle des associations est pour sa part tout aussi essentiel puisque celles-ci ont développé une expertise avérée en soins palliatifs, à laquelle les CLSC autant que les hôpitaux ont fréquemment recours. Le chapitre suivant va nous permettre de revenir sur les spécificités

¹ - Cette hypothèse demande cependant encore à être confirmée et ne concerne pas toutes les infirmières mais s'applique plutôt à certains profils socioprofessionnels. Nous reviendrons sur ce point dans notre rapport d'analyse des entrevues.

de ces trois types d'acteurs organisationnels dans le paysage montréalais. Mais auparavant, pour clore ce chapitre sur l'évolution des soins infirmiers en santé primaire, il serait pertinent de regarder comment, à travers l'histoire de la profession et les événements qui sont venus bouleverser le paysage de la pratique, en particulier au cours de la dernière décennie, les conceptions infirmières elles-mêmes, reflétées dans les modèles de soins, ont pu se transformer.

L'évolution de la profession et de ses paradigmes dans la réorganisation du paysage des soins infirmiers de santé primaire

Les quelques jalons historiques retracés plus haut laissent apparaître que le rôle de l'infirmière et les tâches qu'elle est appelée à accomplir ont subi des changements importants, surtout depuis le virage ambulatoire. Deux phénomènes ressortent particulièrement : l'apparition d'une segmentation dans le corps professionnel infirmier et une transformation des paradigmes en soins infirmiers de santé primaire, l'orientation pour un modèle plus qu'un autre accompagnant et « cristallisant » la segmentation du groupe.

Apparition d'une segmentation

L'avènement des CLSC n'a pas été sans effet sur la pratique des infirmières. À part les infirmières visiteuses, la majorité n'était pas habituée à travailler dans la communauté, dans un environnement technologique peu sophistiqué, encore moins à être confrontée aux réalités multiples afférentes aux soins à domicile (confrontation aux conditions de vie des individus, à la pauvreté, à des conditions insuffisantes de santé, d'hygiène, dynamiques familiales, etc.). En créant les CLSC, la perspective gouvernementale visait non seulement à "rapprocher" les services des milieux de vie de la population mais aussi à promouvoir une prise en charge de la santé par l'ensemble de la communauté, impliquant un travail en réseau entre le CLSC, les citoyens et les ressources du milieu. Comme en témoigne la mise en place du programme de certificat en santé communautaire, la pratique dans ce nouveau contexte demande des connaissances, des outils et des habiletés que les infirmières ont dû acquérir. Ce mouvement de transformation de la pratique s'est nettement accentué avec le virage ambulatoire qui a amené les CLSC à gérer des cas de plus en plus complexes, sans les moyens dont disposent les centres hospitaliers. Pour « décharger » le personnel soignant des CLSC, le Ministère a décidé d'engager la population à assumer elle-même ses soins. À ses rôles

déjà « élargis », l'infirmière ajoute alors celui de l'enseignante qui doit apprendre aux individus à s'auto-soigner. Par ailleurs, depuis le milieu des années 1990, les CLSC se sont mis à être désertés par les médecins. Pour combler le vide, les infirmières ont dû ajuster leurs capacités d'évaluation, d'autonomie décisionnelle, leurs connaissances diagnostiques et leurs habiletés en matière de techniques de soins. Autrement dit, pour les infirmières, la réforme du système de santé peut se schématiser comme suit :

Schéma 5



Ainsi, du rôle de technicienne exécutante dont la principale qualité était le savoir-faire en matière de techniques de soins, l'infirmière est devenue une professionnelle polyvalente apte à pratiquer dans des contextes où il lui faut établir des évaluations qui prennent en compte l'ensemble des dimensions susceptibles d'affecter l'état de santé des usagers, élaborer des plans de soins, faire de l'enseignement aux patients, se tenir à la fine pointe des nouvelles technologies qui ne cessent d'être produites, prendre des décisions sans avoir besoin de recourir à l'avis professionnel d'un médecin, et aussi négocier avec les aspects sociaux et affectifs qui conditionnent l'état de santé de la personne et sa réponse aux soins, négocier avec la famille de l'utilisateur, travailler en collaboration étroite avec les ressources de la communauté et en équipe interdisciplinaire.

Les nouvelles tâches assignées à l'infirmière, l'élargissement de ses responsabilités ont donné un élan certain à la profession, justifiant plus que jamais les revendications à la reconnaissance des compétences autres que techniques, à l'établissement d'un champ

propre, indépendant quoique complémentaire à celui des médecins. Pour faire face à ses nouvelles responsabilités et au nouveau contexte de la pratique, l'infirmière, selon l'OIIQ et une bonne partie des cadres travaillant dans les CLSC, devrait désormais se munir d'une formation de niveau universitaire lui permettant d'approfondir, élargir et faire valoir son expertise professionnelle. C'est dans ce contexte que plusieurs CLSC ont décidé de n'embaucher que des infirmières détentrices d'un baccalauréat en sciences infirmières ou en voie de le compléter.

Si le nouveau cadre de travail des infirmières exige des compétences supplémentaires qui ont contribué à soutenir la démarche de revalorisation de la profession, il a eu pour effet pervers de favoriser l'apparition d'une segmentation du corps professionnel entre des infirmières, dites "techniciennes", titulaires d'un diplôme d'études collégiales (DEC), dont la compétence reconnue est fondée sur les habiletés en matière de techniques de soins, et celles qui sont plus "utilisées" pour leur capacité à analyser les problèmes et situations dans une perspective globale, évaluer les besoins et les ressources, élaborer des plans de soins et encadrer le personnel infirmier au plan théorique aussi bien que clinique.

À l'heure actuelle, il semble que cette segmentation, quoique n'ayant jamais été formellement discutée et validée par toutes les instances concernées, soit peu à peu entrée en vigueur, intégrée dans les représentations, la pratique en usage faisant force de loi. Même quand les CLSC, compte tenu de la pénurie d'infirmières, assouplissent le critère formation pour le recrutement (DEC augmenté d'un certificat universitaire), certains postes y demeurent réservés aux bachelières, tels les postes d'assistant au supérieur immédiat. Par ailleurs, la plupart des CLSC encouragent vivement les infirmières à compléter leur baccalauréat ou plus, terrain de plus en plus ouvert à la faveur du retrait des médecins des CLSC et de leur présence très limitée en dehors des grands centres urbains.

Si le contexte de pénurie d'infirmières vient brouiller quelque peu le paysage puisque, comme nous le verrons plus loin, après avoir soutenu une position encourageant les infirmières à acquérir une formation universitaire, beaucoup de CLSC en reviennent temporairement à des exigences plus modestes qui tendent à ramener la profession dans les sphères plus "techniques" que "théoriques", il n'en reste pas moins que les infirmières sont appelées à assumer des tâches de plus en plus complexes et des responsabilités à risques de plus en plus élevés, non seulement à cause des caractéristiques des problèmes de santé qu'elles ont à gérer mais aussi dans le partage des tâches que les

médecins ne peuvent plus porter seuls. On peut donc s'attendre à ce que la segmentation de la profession s'affirme au cours des prochaines années, avec le maintien d'un bassin d'infirmières qui ne poursuivront pas d'études universitaires et se trouveront de ce fait appelées à travailler plutôt avec des agences de placement ou dans des établissements publics où les compétences techniques sont plus en demande (hôpitaux et CHSLD, par exemple), et un bassin croissant d'infirmières désirant accéder aux postes offerts dans les CLSC et intéressées à poursuivre leur carrière au niveau des pratiques avancées.

Nous verrons au chapitre 5 que le débat est largement ouvert quant à l'avenir de la profession et au type de formation dont le réseau de la santé a le plus besoin. Nous verrons par exemple que certains CLSC sont d'avis que les contextes d'aujourd'hui et de demain appellent de façon incontournable les infirmières à une professionnalisation appuyée par le rehaussement de leur niveau d'études, alors que d'autres CLSC défendent vivement la perspective où la compétence professionnelle exigée repose plus sur l'expérience et les qualités personnelles que sur une formation de niveau universitaire.

Sous-jacentes à ces positions, on retrouve en fait deux perspectives quant à la profession : a) une perspective où la compétence infirmière se définit d'abord par des capacités d'analyse, de diagnostic et d'élaboration de plans de soins et autres documents relatifs aux soins infirmiers, et b) une perspective où les connaissances et habiletés techniques l'emportent sur les compétences théoriques et où, par ailleurs, l'analyse, le diagnostic et l'élaboration de plans de soins ou autres documents relèvent tout autant des connaissances et habiletés acquises par l'expérience que de connaissances acquises au cours d'une formation universitaire.

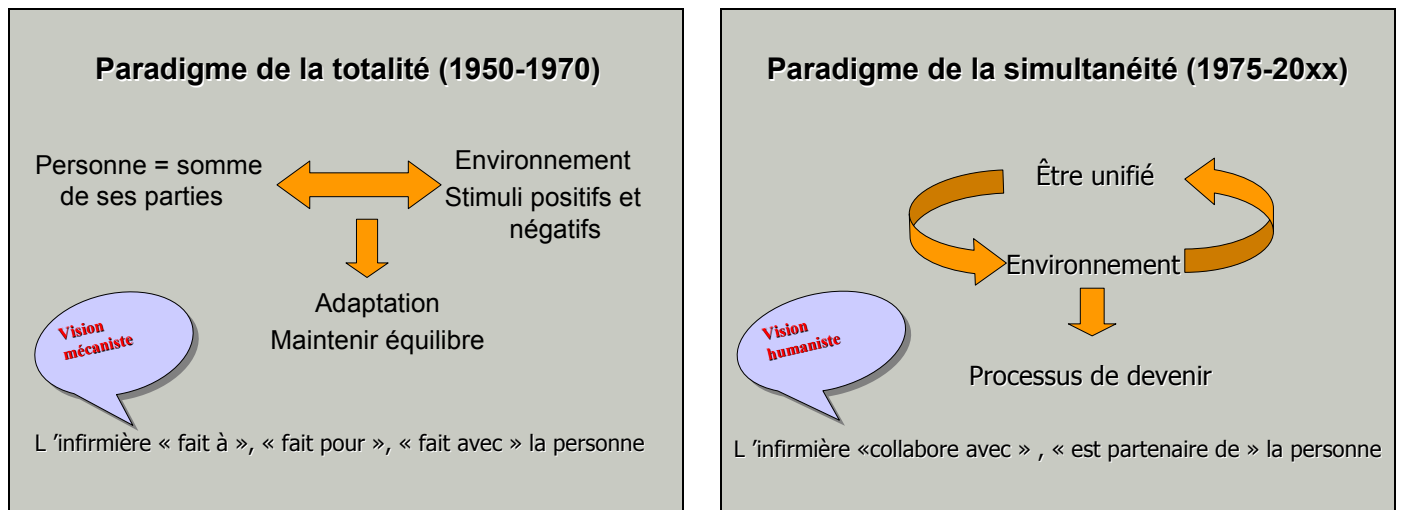
Ce débat n'est pas sans rappeler celui qui a entouré la segmentation du corps professionnel entre les infirmières auxiliaires et les infirmières. Non seulement il le rappelle mais il le fait aussi ressurgir, dans le sens où la tendance très forte de la profession infirmière à se donner des outils de niveau universitaire pour jouer un rôle différent de celui de « technicienne des soins » pose à nouveau la question de la place des soins techniques dans le continuum thérapeutique. Qui va les prendre en charge ? Dans quelles conditions de travail ?

Évolution des paradigmes en soins infirmiers

Carlier¹ (2002) rappelle que la spécificité de la discipline des soins infirmiers émerge de la nature de la relation entre quatre concepts centraux : le soin, la personne, la santé et l'environnement. Les buts et composantes du soin sont définis par les modèles conceptuels. Selon Gasse et Guay (1994), un modèle conceptuel en soins infirmiers est une image de la profession, une conception de ce qu'elle devrait ou pourrait être. En poussant cette analyse, on pourrait faire l'hypothèse que plus que l'image de la profession, il s'agit là de représentations proposées à l'infirmière pour se concevoir elle-même en situation de pratique, concevoir son rôle et concevoir l'Autre (l'utilisateur). Dans ce sens, un modèle conceptuel préfigure de la relation infirmière-usager.

L'évolution de la pensée infirmière, des années 1950 à aujourd'hui, nous dit Carlier (2002), peut se lire à travers deux approches paradigmatiques qui mettent en scène des visions spécifiques de l'Homme et de la santé. L'une s'appuie sur le paradigme de la totalité, l'autre sur le paradigme de la simultanéité.

Schéma 6 : Évolution des paradigmes en soins infirmiers



Le paradigme de la totalité, dominant au cours des années 1950 à 1970, appelle une pratique orientée vers la personne. Il propose une conception de l'Homme comme étant la somme de ses parties, sa nature étant une combinaison de ses composantes bio-psycho-sociales et spirituelles. Il s'adapte et interagit avec son environnement. La santé et la maladie sont deux entités distinctes. Les buts recherchés se définissent en termes

¹ - Cette partie est une reproduction du travail de synthèse de Carlier, 2002 : *Conceptions infirmières. Des pratiques aux relations* (inédit)

d'adaptation et de maintien de l'équilibre. L'infirmière est, dans cette perspective, une experte engagée dans une démarche systématique : collecte de données, analyse et interprétation, intervention, évaluation. Elle « fait à », « fait pour », « fait avec » la personne. Cinq des écoles les plus connues en soins infirmiers se rattachent à ce paradigme : l'école des besoins (modèle Henderson, 1955 ; modèle Orem, 1959), celle de l'interaction (modèle Peplau, fin des années 1950), celle des effets souhaités (modèle Roy, 1971) et celle de la promotion de la santé (modèle Allen, 1963, connu sous le nom de modèle Mc Gill).

Le modèle Henderson (modèle de l'indépendance; 1955) s'inspire de la hiérarchie des besoins de Maslow (1954) et de la théorie du développement d'Erikson (1950). Le rôle de l'infirmière est de suppléer aux incapacités de la personne, de l'aider et de lui enseigner pour retrouver son indépendance. La personne est un patient dépendant de l'acte infirmier alors que l'infirmière est une experte qui possède un jugement clinique et qui "remplace" la personne pour un temps donné.

Le modèle Orem (modèle d'autosoins; 1959) diffère un peu de celui d'Henderson dans la mesure où l'on considère ici la personne non plus comme un "patient" mais comme un acteur qui doit acquérir une attitude responsable face à ses soins, en y participant. L'infirmière est toujours une experte qui a ici pour rôle non seulement d'agir, mais aussi de guider et de soutenir. Son expertise lui permet d'évaluer la capacité d'autosoins de la personne et de compenser pour ce qu'elle ne peut assumer.

Le modèle Peplau (processus interpersonnel; fin des années 1950) se démarque des deux modèles précédents en mettant de l'avant une vision nouvelle du soin, sous l'influence des théories psychanalytiques, de l'interaction et de l'existentialisme. Ce modèle propose de considérer le soin comme l'établissement d'une relation infirmière-client qui se veut thérapeutique, dans le sens de favoriser la croissance de la personne. L'infirmière, toujours experte, apporte aide et assistance à la personne dans sa capacité à comprendre sa situation et à mener à bien une démarche de croissance. On notera que Peplau encourage l'infirmière à tenir compte de la culture et des mœurs de la personne, surtout lorsqu'elle change d'environnement (hospitalisation).

Le modèle de Roy (modèle de l'adaptation; 1971) s'inspire des théories de l'adaptation et de la théorie générale des systèmes. L'accent n'est plus mis sur la personne, comme dans les modèles précédents, mais sur la santé elle-même, idéal à atteindre par le soin à l'individu en interaction avec son environnement. L'individu doit s'adapter de façon

efficace à cet environnement, sous la direction de l'infirmière qui est toujours l'experte et dont le rôle est d'évaluer les compétences d'adaptation de la personne et de l'amener à modifier ses comportements pour maintenir un état de santé optimal.

Le *modèle Allen* (promotion de la santé; 1963) est fortement repris et alimenté par le discours de la Politique de Santé et du Bien-être du Canada et du rapport Lalonde (1974). Il s'inspire de la philosophie des soins de santé primaire et de la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977). Comme dans le modèle de l'adaptation de Roy, l'accent est mis sur la santé. L'infirmière est l'experte qui joue le rôle d'agent facilitateur, stimulateur et motivateur de l'apprentissage. Elle est amenée à évaluer les forces et les ressources plutôt que les seules faiblesses de la personne et va inclure la famille dans l'intervention, à titre de collaborateur important. Avec le modèle Allen (Mc Gill), on commence à s'éloigner du paradigme de la totalité.

Le paradigme de la simultanéité, qui apparaît au tournant des années 1970, pousse un peu plus loin les notions que l'on vit poindre avec le modèle Mc Gill. Ici, l'Homme est plus grand que la somme de ses parties; c'est un être unifié, en interaction avec son environnement, engagé dans un processus de devenir. Il est un agent responsable de sa santé, définie non plus comme un état ni une finalité mais une attitude, un état d'esprit. Cette perspective amène à considérer l'infirmière et la personne comme des partenaires qui collaborent à la santé de la personne. Sous ce paradigme se rangent les écoles de l'être humain unitaire (modèle de Rogers, 1970), du caring (modèle de Watson, 1979), du soin transculturel (modèle Leininger, 1978).

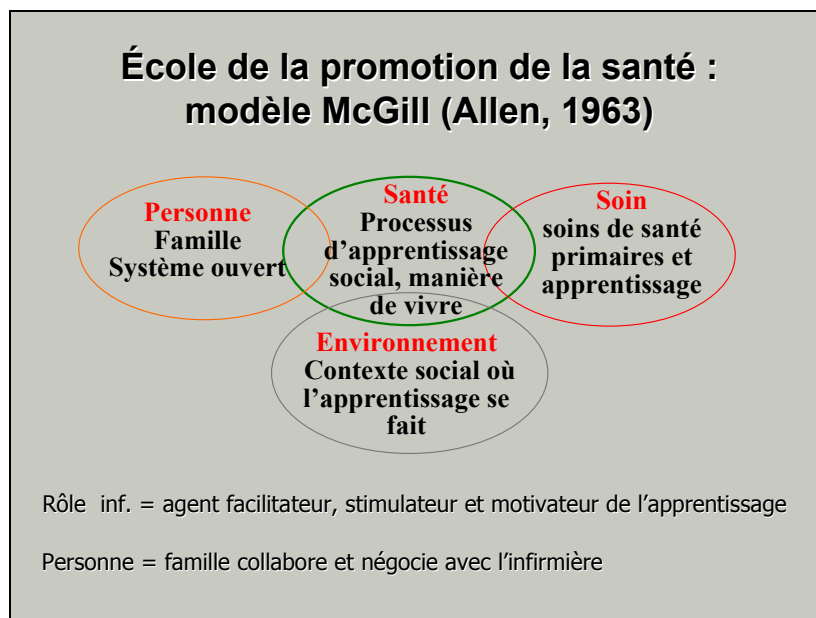
Le modèle Leininger (soin transculturel; 1978) s'arrime directement dans la perspective de la simultanéité. Sa principale caractéristique est par ailleurs de proposer une théorie de soins centrée sur la culture. Le soin est ici abordé à la fois comme une science et comme un art humaniste. Centré sur le comportement, il vise la promotion de la santé. L'infirmière est une apprenante dans la relation à l'autre et dans le respect des systèmes de soins et des valeurs traditionnels et des représentations qui supportent la vie et la mort.

Le modèle de Watson (1979), de l'école du *Caring*, est aussi un modèle type se rangeant sous le paradigme de la simultanéité. L'accent est mis non pas sur la santé mais sur le soin caring, processus transpersonnel qui vise l'harmonie corps-âme-esprit. L'infirmière est appelée à développer sa capacité à s'engager dans une relation transpersonnelle de soin (relation d'aide) pour accompagner la personne dans son « expérience ». On retrouvera une nette influence de ce modèle à caractère humaniste dans les approches

prises de l'avant en soins palliatifs. Les dimensions culturelle et spirituelle sont explicitement identifiées comme des composantes du soin que les infirmières doivent intégrer pour améliorer la qualité de ce dernier.

À partir de ce bref exposé des principales caractéristiques des modèles de soins infirmiers, on comprendra un peu mieux pourquoi le modèle Mc Gill est nettement favorisé dans le réseau public de la santé. En prônant la responsabilisation des individus et des communautés (collaboration, voire prise en charge par la famille), ce modèle répond parfaitement aux intérêts gouvernementaux. Cette responsabilité réassignée justifie un désengagement de l'État quant à la santé des populations. En même temps, ce modèle qui signe le tournant du paradigme de la totalité à celui de la simultanéité, répond aux intérêts des infirmières qui se battent pour la professionnalisation appuyée par le développement de connaissances académiques et qui prônent un rôle infirmier beaucoup plus vaste que celui de "technicienne de soins", en vigueur jusqu'au début des années 70, tout en lui préservant le rôle d'experte dans la relation à l'utilisateur.

**Schéma 7 : École de promotion de la santé –
modèle McGill (Allen, 1963)**



Les différentes conceptions rapidement abordées ici, permettent de voir que les concepts centraux qui président aux soins infirmiers peuvent prendre des significations variées et par là même engager des pratiques, des façons de voir et façons de faire différentes. On remarquera que sur l'ensemble de ces modèles, seuls ceux qui renvoient au paradigme de la simultanéité (Rogers, Leininger, Watson) font explicitement référence à la culture et

aux traditions de l'Autre. On a vu que le modèle Peplau fait aussi une percée vers la dimension culturelle mais plus dans un sens de « culture de milieu » que de culture « ethnique ». On remarque aussi que ces modèles proposent une vision de l'infirmière qui n'est plus une experte mais une « accompagnatrice », une « apprenante » avec la personne. La vision d'experte qui prévaut dans tous les autres modèles d'une façon ou d'une autre, accompagnée de la notion de responsabilité de l'individu quant à sa santé et à ses soins, et de l'absence de prise en compte de la dimension ethnoculturelle, pourrait avoir une incidence à la fois sur le rapport établi entre les infirmières et l'Autre dans la relation de soin, et aussi sur la façon dont elles-mêmes comme leurs employeurs gèrent les difficultés relatives à l'ethnicité, notamment l'expression du racisme.

PORTRAIT ORGANISATIONNEL : CLSC, AGENCES, ASSOCIATIONS

Initialement, comme il est d'ailleurs fréquent dans une démarche de recherche inductive, nous avons posé notre problématique en regard d'un classement des organisations relatif aux secteurs de référence soit, les secteurs public, privé marchand et privé non marchand (associatif). Il est entendu que ce classement est pertinent et il continuera de jouer le rôle de variable dépendante dans nos analyses. Néanmoins, il n'est pas inintéressant d'ouvrir sur les autres classements possibles des organisations de chacun de ces trois secteurs, tels qu'ils nous sont apparus au fur et à mesure de notre enquête. Les établissements partagent bien sûr des traits communs majeurs, ne serait-ce qu'au titre de leurs types d'activités et de services ou encore à celui du bassin démographique de leurs usagers. Il est également possible de les classer sous les trois types de secteur organisationnel que sont le public, le privé marchand et le privé à but non lucratif, en partie du fait des différences de mandats, des obligations et des contraintes tutélaires. Toutefois, il appert que chacun détient des caractéristiques qui lui sont propres, lui conférant un certain style qui, nous le verrons dans les chapitres suivants, n'est pas sans effet sur la gestion des soins infirmiers, sur la philosophie de soins ou encore sur le rapport à l'ethnicité et la façon dont les questions relatives à celle-ci sont gérées. Nous procéderons donc ici à une présentation de l'échantillon des entreprises (n=13) à l'étude, en regard : a) de la logique des trois types d'entreprises (CLSC, agences, associations) segmentées selon les classements formels des secteurs d'activités (public, privé marchand et privé non marchand); b) des particularités intrasectorielles qui persistent néanmoins au sein de ce classement; c) de similitudes transectorielles entre les entreprises, telles qu'elles nous sont apparues à l'analyse.

Les Centres locaux de services communautaires

Cette section présente un portrait des six CLSC à partir de la taille de chacun (repérable à partir du volume de la population qu'ils desservent, combiné avec leur nombre d'employés), le volume de leur personnel infirmier et les caractéristiques de la

Tableau synoptique des principales caractéristiques des CLSC

	CLSC 1	CLSC 2	CLSC 3	CLSC 4	CLSC 5	CLSC 6
Effectif total des employés	100	223	487	252	212	128
Effectif des infirmières	43	63	111	67	61	28
Part des infirmières dans l'ensemble des employés	43%	28%	23%	27%	29%	21%
Volume (%) de la sous traitance des soins infirmiers	6% (99% en SSC)	31% (43.7% en SAD)	11% (94% en MAD)	13% (62% en SAD)	23% (46.4% en SAD)	9.2% (34% en SAD)
Population desservie sur le territoire¹	47 720	61 110	130 380	77 590	72 255	31 405
Part des immigrants dans la population totale²	41%	29%	43%	25%	48%	62%
Vagues d'immigration	1/5 immigration récente (près de 50% avant 1970)	1/4 immigration très récente (5 ans; près de 60% depuis 1980)	1/3 immigration récente (60% depuis 1980)	1/3 immigration récente (52.5% depuis 1980)	1/3 immigration récente (60% depuis 1980)	Plus d'1/3 immigration récente (près de 60% depuis 1980)
Principaux pays de provenance des immigrants récents et anciens	Europe de l'Est; Maroc; Israël; ancienne communauté juive	Asie; Haïti; Moyen-Orient; ancienne immigration italienne et portugaise	Asie du Sud-Est; Asie du Sud; Moyen-Orient; Proche-Orient; ancienne communauté juive	Haïti; Moyen-Orient; Sri Lanka; Amérique latine; ancienne immigration italienne	Liban, Égypte	Asie; Asie du Sud-Est; Haïti; Amérique latine; ancienne communauté grecque
Principales caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques	Croissance rapide immigration Asie + Moyen-Orient; 24% population sous seuil de pauvreté; 27% personnes âgées	44% de la population sous le seuil de la pauvreté	38.4% de la population sous le seuil de la pauvreté (habitat ségrégué)	Croissance rapide nouvelle immigration monde arabe; 31% de la population sous le seuil de la pauvreté	36% de la population sous le seuil de la pauvreté	49% de la population sous le seuil de la pauvreté

¹ - Les données présentées ici proviennent du site de la Régie régionale (<http://santepub-mtl.qc.ca/Portrait/statistique>), recensement de 2001 de Statistique Canada. On ne perdra pas de vue que l'immigration et la pauvreté ont continué de s'accroître au cours des dernières années. Rappelons que Montréal compte 1 800 000 habitants.

² - Pour Montréal, la part des immigrants est évaluée à 26%. Pour l'ensemble de la région métropolitaine de recensement montréalaise, ce taux descend à 18%.

population de leur territoire. Sont ensuite exposées les principales caractéristiques de l'organisation des services et programmes mis en place pour répondre aux besoins de cette population, puis les particularités de chacun de ces établissements.

Taille des CLSC

Tel qu'annoncé dans la méthodologie, la taille des CLSC reflète l'éventail des CLSC montréalais, allant des plus petits comme le CLSC 6, au plus gros tel que le CLSC 3 dont la population desservie représente plus de quatre fois celle du CLSC 6 (Cf. tableau synoptique supra). Trois CLSC (4, 2 et 5) se situent parmi les CLSC de taille moyenne, avec une population desservie représentant plus ou moins la moitié de celle du CLSC 3. Le CLSC 1 prend une place intermédiaire entre les établissements moins imposants comme le 6 et le 2. Au niveau du volume d'infirmières par rapport au volume de population, les six CLSC sont dans des situations semblables avec plus ou moins une infirmière pour mille résidents.

Caractéristiques des populations desservies

Pauvreté et multiethnicité, l'une et l'autre en croissance et inter-reliées, telles sont les principales caractéristiques des populations desservies que soulignent d'emblée les répondants de tous les CLSC. Plusieurs en parlent en termes de défis à relever pour leur établissement et pour leur personnel.

Quoique répondant toutes au critère de multiethnicité établi pour la présente recherche, des variations apparaissent entre les populations des territoires desservis par les six CLSC sur les plans du pourcentage de population immigrante, de diversité des origines et de durée d'installation de ces immigrants. Ces dimensions sont importantes à considérer dans la mesure où les CLSC qui desservent un territoire occupé jusqu'à tout récemment par une population peu diversifiée au plan ethnique et où les personnes issues de l'immigration étaient établies de longue date ont à faire un travail de familiarisation et d'adaptation à des réalités que d'autres CLSC sont habitués à appréhender et face auxquelles leur personnel, a priori du moins, a déjà développé une certaine expertise.

Systématiquement soulignée par les répondants de ces établissements, la pauvreté de la majorité des usagers, et plus particulièrement des familles immigrantes, apparaît comme le point commun aux six CLSC. Ceci est vrai y compris pour les CLSC qui couvrent un vaste territoire à visage contrasté au plan socio-économique, comme le CLSC 3 qui dessert une population très pauvre dans la moitié des quartiers de son territoire, en même

temps qu'une autre très cossue dans l'autre (moitié très relative car numériquement moins nombreuse).

Les mêmes contrastes s'observent dans le CLSC 4 avec des secteurs où sont établies des familles aisées, tandis que les familles pauvres, pour la plupart d'immigration récente, se resserrent dans certains secteurs où nous retrouvons entre autres des immeubles à appartements et des habitations à loyer modéré (HLM). Contraste qui est aussi en développement sur le territoire couvert par le CLSC 1 dont la population, nous disent les chefs de programme, était « plutôt riche » traditionnellement mais qui est en train de changer radicalement de profil avec l'établissement récent mais de croissance rapide, de nouveaux immigrants, très pauvres pour la plupart.

Un des responsables du CLSC 2 parle lui aussi du changement de configuration de la population qui a pris un visage multiethnique au cours des cinq dernières années, alors que plutôt très québécois francophone et italien auparavant. La pauvreté, qui était déjà beaucoup plus présente que sur le territoire du CLSC 1, par exemple, est là aussi en augmentation. « Pauvreté, violence, multiethnicité », tels sont les défis que le CLSC doit relever, entend-on en écho du côté du CLSC 5. Quant au territoire du CLSC 6, il est connu depuis longtemps pour sa multiethnicité et sa pauvreté.

Organisation des soins infirmiers

Les CLSC étaient tous organisés, au point de départ, selon une même structure de base composée de trois grands secteurs : services courants, enfance/famille/jeunesse/adultes et maintien et/ou soutien à domicile. Deux d'entre eux (CLSC 3 et CLSC 1) ont conservé cette structure. Les autres ont procédé à une réorganisation interne au tournant de l'année 2000 -2001 en regroupant sous une même direction tous les programmes autres que le soutien/maintien à domicile. Dans un cas, on parle de "Services ambulatoires" (CLSC 6), dans un autre, de "Services à la communauté" (CLSC 4), dans le troisième, de "Programme multiclientèle" (CLSC 5) et dans le quatrième, de "Services courants et spécifiques" (CLSC 2).

Les services autres que maintien ou soutien à domicile se répartissent selon le même type de découpage :

1. les services courants aux adultes incluant les services de santé (soins médicaux et infirmiers), Info-santé et les services psychosociaux

2. les programmes enfance-jeunesse-famille qui se spécialisent selon la catégorie d'âge :
 - petite-enfance (périnatalité)
 - scolaire
 - jeunesse (adolescents et jeunes adultes jusqu'à 24 ans); compte tenu des services de santé s'adressant spécifiquement aux jeunes (cliniques jeunesse) ce programme est parfois rattaché aux services courants (CLSC 5)
3. les services en santé mentale (équipes transversales)
4. les services d'action/organisation communautaire (soutien, collaboration avec les organismes du milieu)

Au-delà de cette structure de services, qui correspond aux mandats confiés au CLSC, chacun présente des particularités qui sont liées d'une part aux caractéristiques de la population de son territoire et d'autre part, soit à son histoire organisationnelle, soit à des mandats particuliers qui lui ont été confiés.

Ainsi, aux services courants offerts par le CLSC 4 s'ajoute un programme de services infirmiers en milieu carcéral incluant une équipe VIH-SIDA et une infirmière de l'équipe santé mentale adulte. Ce CLSC a par ailleurs été jumelé en septembre 2002 à trois résidences de soins de longue durée.

Le CLSC 2 a pour sa part hérité de deux mandats régionaux: a) assurer le rôle de "centrale Info-santé", mandat qui consiste à assurer la relève des services Info-santé de huit autres CLSC les soirs, fins de semaine et jours fériés ; b) desservir la population malentendante de Montréal et Laval. C'est par ailleurs un CLSC qui vit des transformations structurelles importantes portées par la direction, particulièrement au service de soutien à domicile. Si l'équipe de direction montre un certain dynamisme dans le processus, la recherche du consensus apparaît la modalité privilégiée. Le projet est présenté comme une entreprise commune, « un CLSC en reconstruction qui peut intéresser les personnes qui souhaitent participer à la reconstruction de l'organisation plutôt que d'être dans des équipes stagnantes ». La préoccupation du CLSC, consécutive à l'accroissement rapide de la population immigrante et au haut taux élevé de pauvreté de son territoire, s'exprime par la priorité donnée à l'action communautaire pour tenter de résoudre les problèmes qui affectent plus particulièrement « les communautés affectées par les inégalités, l'exclusion et l'appauvrissement » (rapport annuel 2001-2002 : 21).

Le CLSC 5 se caractérise par le fait qu'il est historiquement intégré sous l'autorité

administrative d'un centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD). En 1996, l'établissement "bipède" traversait une période de réorganisation structurelle¹ avec regroupement d'activités concernant les personnes âgées (PA) qui plaçait les équipes dites de MAD sous la direction du programme personnes âgées du CHSLD, alors que les équipes dites du soutien à domicile (SAD) restaient sous une des directions propres au CLSC. Cette réorganisation, qui mettait en tension les deux entités, s'est concrétisée physiquement en 2001 par la jonction des locaux et une réorganisation interne. Trois questions préoccupent plus particulièrement ce CLSC : les difficultés de recrutement des infirmières et la pénurie de médecins, qui génèrent un recours très important aux infirmières d'agence; les problèmes de négligence des enfants et de violence chez les jeunes, auxquels il tente de répondre par la mise en place d'un projet jeunesse pour mobiliser le milieu autour de ces problématiques; et l'accroissement de la diversité ethnique du quartier qui l'a incité à mettre en place un programme de formation à l'intervention interculturelle et à fournir des outils en ce sens à ses intervenantes.

Le CLSC 3, de par l'étendue de son territoire, la taille de sa structure et la complexité des problèmes qui lui sont adressés, s'est doté d'un plan d'intervention par quartier auquel sont adjoints les organismes communautaires du milieu. Aux services habituels des CLSC s'ajoutent, sous la Direction générale, une équipe de santé au travail et, sous la direction des Soins et services cliniques, une Maison de naissance ainsi que le Service d'aide aux réfugiés et immigrants, qui a entre autres le mandat provincial d'accueillir les demandeurs d'asile et auquel est confié la responsabilité des réfugiés mineurs non accompagnés. Une clinique Santé-Accueil assure le suivi médical des nouveaux arrivants, incluant les demandeurs d'asile.

Compte tenu de sa taille, la technostucture (services administratifs chargés de soutenir techniquement le travail des intervenants, d'en planifier la gestion et le contrôle) est une composante importante de cet établissement. Son développement quasi incessant au cours des deux dernières décennies, l'a conduit à des réaménagements répétés que les uns et les autres dans l'établissement ont plus ou moins suivis et auxquels ils ont plus ou moins adhéré. Comme dans plusieurs des autres CLSC à l'étude, les professionnels (dont les infirmières) y occupent une place importante et sont dotés d'instances qui les

¹ - Réorganisation qui se manifestait d'abord par un réaménagement des locaux mais où la direction saisissait l'occasion pour introduire des changements dans l'organisation du travail, révisant ainsi ce qu'elle a défini comme « philosophie d'intervention, organisation du travail et structure organisationnelle » (Rapports annuels 1999-2000 et 2000-2001).

représentent au plus haut niveau de l'administration.

Quant aux particularités que peuvent présenter les CLSC 1 et 6, elles sont liées à la fois à leur histoire et à celle de l'évolution de la population de leurs territoires respectifs.

Le CLSC 1 est en quelque sorte un des derniers-nés, sur le territoire Montréalais, de la Réforme enclenchée en 1970. C'est en 1984 seulement qu'un pré-CLSC est formé afin de desservir la population du secteur, pour être officiellement désigné CLSC en 1988. Jusqu'en 1993 toutefois, il sera géré par le Centre de services sociaux juifs à la famille (CSSJF, créé en 1974 sous les auspices de l'Institut du Baron de Hirsch). En 1993, le CLSC deviendra une entité juridique indépendante. Ce "jeune" CLSC dessert un territoire où l'on retrouve une forte proportion de personnes âgées, ce qui l'a amené à développer une expertise spécifique en gérontologie. Reconnu comme établissement d'enseignement et de recherche affilié à l'une des universités montréalaises, il continue de développer cette expertise à travers son programme de recherche centré sur l'intégration sociale des personnes âgées.

Le CLSC 6 enfin, est l'un de ces CLSC issus d'un organisme communautaire de quartier qui furent intégrés au réseau d'établissements publics au tout début de l'implantation des CLSC. Il s'agissait à l'origine d'un organisme de type mono-ethnique, mis sur pied par des immigrants grecs pour répondre aux besoins de leur communauté, alors très importante dans le quartier. Lorsque le CLSC fut fondé, le premier Conseil d'administration était composé d'une majorité de personnes d'origine grecque, dont certains fondateurs de l'organisme préexistant au CLSC. La transformation de la conception "mono-ethnique" des services en une conception "multi-ethnique" de services publics correspondant à la réalité de plus en plus diversifiée du quartier, semble avoir exigé temps et efforts. Après quelques années de stabilité, les conditions d'un même défi sembleraient se profiler avec un Conseil d'administration maintenant majoritairement composé de personnes provenant du Sud-Est asiatique. Le contexte particulier de développement de ce CLSC, dans un quartier traversé par différents enjeux interethniques, a certainement favorisé le fait qu'il soit le seul, parmi les CLSC partenaires de cette recherche, à avoir adopté des positions très claires par rapport aux expressions de discrimination relatives à l'origine ethnique de son personnel autant que des usagers.

Les agences privées de soins infirmiers

Si, malgré des nuances dans l'organisation de leurs services et programmes, les CLSC

présentent un portrait relativement similaire compte tenu des mandats gouvernementaux qui définissent et encadrent leurs activités, des différences plus nettes apparaissent parmi les agences. Différences au niveau des structures administratives, des objectifs poursuivis et donc, de la gestion du personnel infirmier.

Le premier point à souligner est bien sûr que nous sommes ici dans une logique toute autre de celle qui soutient l'existence des CLSC. Les CLSC ont le mandat gouvernemental d'offrir toute la gamme de services de santé et de services psychosociaux de première ligne dont la population a besoin. Pour leur part, les agences privées se sont développées pour "vendre" des services infirmiers et de soutien/maintien à domicile aux services publics et, secondairement, aux clientèles privées (individus et entreprises). Ceci à la faveur d'un marché d'offre de services d'infirmières concomitant à une demande croissante dans les établissements publics. Assez curieusement cependant, au cours de la dernière décennie, la question de l'ingérence du secteur privé à but lucratif dans les soins de santé a fait l'objet d'un silence dans les énoncés publics et politiques officielles, aux divers paliers du gouvernement québécois. S'il est clair que l'arrivée au pouvoir d'un gouvernement libéral en 2003, qui fait de la promotion de la sous-traitance un des fers de lance de la politique publique en santé, change sur ce point la donne, il ne faut pas ignorer que le processus était déjà largement engagé. En fait, outre la question de pénurie, les agences ont, depuis plusieurs années, connu un essor à la faveur de la nécessaire flexibilité des emplois dans un contexte de compressions budgétaires.

Dans notre échantillon, nous avons une agence rachetée à une entreprise de stature internationale, une agence qui appartient à une entreprise qui œuvre au niveau pan canadien, une agence à caractère provincial et deux agences à caractère plus local. Nous présenterons les principales caractéristiques de ces agences en commençant par le type de structure auquel elles se rattachent pour parler ensuite plus spécifiquement de chacune d'elle comme établissement localisé implanté sur le territoire montréalais. Nous terminerons par la description des activités de soins infirmiers, en précisant la part qui revient à la sous-traitance effectuée pour le compte des CLSC. Le lecteur pourra se reporter au tableau synoptique ci-après qui reprend de façon synthétique l'ensemble de ces informations.

Les structures organisationnelles des agences

Tel que nous l'avons dit plus haut, les entreprises privées prestataires de soins infirmiers

de stature internationale peuvent se classer sous deux principaux modèles relativement à la forme de leur structure originelle et à leur évolution. Mais cela vaut tout autant pour les entreprises de niveau national.

L'agence 10 se rattache à une entreprise d'envergure internationale, mais elle est née d'une petite structure, à l'origine implantée à Montréal. Cette structure originelle, fondée dans les années 1970, était l'une des premières agences montréalaises. Elle fut achetée quelques années plus tard par une agence plus importante qui fut à son tour achetée par une multinationale incorporée au Canada à la fin des années 1980. Aujourd'hui, cette multinationale pourvue de bureaux dans toutes les provinces, dessert environ quatre mille sociétés, au Canada et aux États-Unis. Ses activités se répartissent entre deux secteurs : les services de santé pour les sociétés et les services médicaux pour assureurs.

L'achat d'une agence dont le principal secteur d'activités était le service de placement d'infirmières dans le réseau de la santé québécois et en maintien à domicile apparaît presque comme un accident de parcours dans le déploiement de cette imposante société qui est affiliée à des laboratoires pharmaceutiques et consortiums d'assurances internationaux. Cet "accident" est rectifié en novembre 2001 par la vente du secteur de placement infirmier de Montréal à une compagnie torontoise qui s'occupe surtout de résidences pour personnes âgées et en perte d'autonomie, et dont les activités s'étendent à travers le Canada et les États-Unis. Ce parcours illustre en fait assez bien les mouvances d'un marché des soins infirmiers en pleine expansion depuis le niveau local jusqu'au niveau international et traversé par une très forte concurrence.

De son côté, l'agence 7 n'est pas issue d'une agence locale mais d'une entreprise internationale qui s'est retirée du Canada depuis la fin des années 1990, après avoir vendu le secteur canadien de ses services à une autre entreprise internationale. Ce secteur a été acheté à nouveau vers 2001 par une autre entreprise, cette fois-ci 100% canadienne. Cette entreprise, qui existe depuis près de quarante ans, compte plus de vingt-cinq bureaux à travers le Canada, chacun disposant de son autonomie par rapport aux services qu'il estime nécessaire de développer. Centrée exclusivement sur la prestation de services de santé à domicile et dans la communauté, l'agence a développé un éventail de soins et services de soutien de courte et longue durée incluant les soins palliatifs et des soins spécialisés pour les traumatismes crâniens, les lésions de la moelle épinière, la sclérose en plaques et les troubles de santé mentale. Dans certaines provinces canadiennes, elle est en contrat avec les gouvernements provinciaux qui

peuvent lui confier, par exemple, la responsabilité des services de maintien à domicile.

Au niveau des établissements de statures provinciale et locale, il appert que nous avons à faire à un type d'organisation qui se caractérise d'abord par une supervision plus directe. L'agence 9 est fondée en 1994 par une infirmière qui avait une très longue expérience de soins en milieu hospitalier.

« En 94, je sortais de 10 ans de Centre hospitalier avec des expériences diverses : salle d'opération, soins intensifs, urgence, centrale intra-veineuse, etc. Et de cinq ans de représentation dans des compagnies pharmaceutiques, dont deux ans et demi où j'ai vraiment travaillé comme infirmière consultante, spécialisée en cicatrisation. Donc, j'ai dû faire de la vente, ouvrir des marchés, faire de l'enseignement et soigner, faire de la consultation au niveau des plaies. Ce qui m'a donné une bonne expérience de vie nursing. » (Agence 9)

Sa croissance est très rapide, le virage ambulatoire a créé les conditions favorables à un "virage de carrière", faisant coïncider l'expertise professionnelle de cette infirmière avec les besoins de soins spécialisés dans les services de soutien à domicile. Ses premiers contrats lui sont venus de son expertise en intraveino-thérapie, peu développée encore dans les CLSC. En 1995, elle s'associe avec un homme d'affaires et continue de monter une équipe de spécialistes autour d'elle, en ciblant surtout une clientèle privée (individus) plutôt que les CLSC. Mais la clientèle des personnes en besoin de services passant par les CLSC s'est en réalité peu développée. Les services de l'agence se sont alors orientés vers le soutien à domicile par l'entremise des CLSC. Cet exemple constitue un indicateur de l'interdépendance des agences et des CLSC au Québec depuis quelques années.

Le déploiement de l'agence 9 repose sur le contrat de deux types de franchises : les franchises "autonomes" (le cas de deux établissements achetés par des infirmières qui sont très autonomes dans leurs décisions). Les six autres sont des succursales de l'entreprise mère sous des statuts de franchises corporatives. Autrement dit, ces agences "appartiennent" à l'entreprise qui a engagé ses équipes de direction.

La maison mère a son siège à Montréal. Si le fondateur reste le dirigeant principal de Montréal (agence détenant une franchise maîtresse, actionnaire de l'entreprise à 50%) et des opérations du réseau, chaque succursale est responsable de son développement (ouverture de marchés, recrutement et formation du personnel). Les types de services

relèvent aussi de chacune d'elles, les besoins pouvant être très différents d'une région à l'autre :

« Ici, par exemple, je n'ai presque pas de préposés. Québec en a beaucoup. Hull a quelques infirmières auxiliaires et plus de préposés. C'est une couleur locale, si vous voulez. Par exemple, à Rimouski, le système public n'a pas besoin de nous. Ils se suffisent à eux-mêmes. Alors, il faut essayer de trouver d'autres marchés. » (Agence 9)

Malgré sa croissance très rapide - en sept ans, cette agence a développé un réseau de neuf succursales à travers le Québec dont deux à Montréal, les autres à Laval, St-Jean, Rive-Sud, Québec, Sherbrooke, Rimouski et Hull -, l'agence 9 présente pourtant encore des caractéristiques d'une structure peu complexe dans son mode de fonctionnement local.

Quoique de moins grande envergure, les entreprises locales peuvent présenter des caractéristiques donnant à penser que l'image livrée au moment de l'enquête n'est qu'un instantané rendant faiblement justice à leur destinée. C'est le cas de l'agence 16 dont le profil correspond, par certains côtés, à un profil d'entreprise de type local mais qui, par ailleurs, semble avoir tous les atouts pour se développer rapidement si le marché se maintient.

Cette agence fut fondée par une infirmière en 1999, en association avec une personne diplômée en marketing. La structure est encore très simple : le personnel permanent comprend aujourd'hui 6 personnes dont deux directeurs associés, un coordonnateur, une secrétaire (temps plein), une infirmière relationniste et un commis comptable (3 jours par semaine). L'un des directeurs associés assure la gestion générale des ressources humaines et s'occupe plus particulièrement des infirmières et du suivi du secteur infirmier (développement du marché, recrutement, placement, suivi des infirmières, qualité des services, développement d'outils pour les infirmières). L'autre directeur associé est responsable des infirmières auxiliaires, des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires familiales. La responsabilité du personnel inclut l'orientation de ce dernier selon le milieu de travail où il va être envoyé (protocoles de soins, fonctionnement). L'agence s'est aussi assuré les services ponctuels d'une infirmière spécialisée en Info-santé qui vient donner une formation aux infirmières désireuses de travailler dans ce secteur aux trois à six mois, selon le volume de demandes adressées à l'agence. En même temps, un large réseau de contacts déjà établi permet de développer très rapidement l'entreprise. Le territoire

couvert par l'agence correspond essentiellement à celui desservi par les "anciens clients" de son dirigeant.

« Mes clients m'ont suivi quand j'ai quitté la dernière agence où j'ai travaillé, et le personnel aussi. Il y avait une relation de confiance entre nous. » (Agence 16)

La banque de personnel de l'agence est composée d'environ cent dix personnes actives dont quatre-vingt infirmières (environ 60% du personnel), et une cinquantaine de préposés et auxiliaires familiaux.

L'agence 12 offre un tout autre visage. Elle est fondée, en 1978, par un auxiliaire familial conscient des besoins non comblés d'auxiliaires pour les services de maintien et soutien à domicile. Au cours des dix premières années d'exercice, l'agence se concentre sur le placement d'auxiliaires dans les CLSC. Constatant aussi le manque de préposés aux bénéficiaires, la direction initie, en 1985, la création d'un centre de formation parallèle, agréé par Emploi Québec, où elle forme environ cinq cents préposés par année. À partir de 1995, la pénurie d'infirmières engage l'agence dans le placement de personnel infirmier. Elle couvre aujourd'hui des hôpitaux, CLSC et centres d'accueil sur l'ensemble de l'île de Montréal, Laval et Rive-Sud.

Comme dans le cas de l'agence 16, la structure de l'agence 12 est simple. Mais ce qui lui donne son caractère particulier est surtout que nous avons à faire à une entreprise familiale. Son conseil d'administration, composé d'hommes et de femmes d'affaires, comptables, avocats, médecins et membres de communautés religieuses, est présidé par le fondateur. Le directeur, membre de la famille, assure la gestion administrative de l'agence. Il est lui-même auxiliaire familial de formation. Le responsable des soins infirmiers et des services délivrés par des auxiliaires familiales est également auxiliaire familial. Pour l'équipe de direction, le fait que le RSI ait une formation d'auxiliaire familial ne nuit pas à son rôle d'encadrement des infirmières, compte tenu de sa grande expérience sur le terrain et de son souci de se former continuellement de façon adéquate pour bien assumer ce rôle. Il peut aussi compter sur la collaboration des infirmières expérimentées et sur le climat de confiance, très convivial, que l'agence entretient avec tout son personnel. Parmi les infirmières se trouvent deux autres membres de la famille. Le personnel du bureau comprend une personne responsable des préposés, une secrétaire et une employée à la comptabilité.

L'organisation du travail au plan local

Selon leur taille et la structure organisationnelle qui les soutient, les agences peuvent présenter des types de fonctionnement différenciés. Dans le cas de l'agence 10, le bureau de Montréal relève de la direction exécutive d'Ottawa et de la direction générale de Toronto. Ce bureau emploie une dizaine de personnes sur une base permanente (un directeur, un superviseur clinique, un coordonnateur des ressources humaines, six répartiteurs et un comptable). Il gère un bassin de deux cents personnes incluant une centaine d'infirmières et une centaine d'infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires.

Le pouvoir est très largement concentré à l'extérieur et les mécanismes de contrôle s'avèrent très importants. Le responsable des soins infirmiers, qui a le poste de superviseur clinique (il assure le recrutement et la supervision des infirmières, les suivis de placement et d'évaluation avec les CLSC, le traitement des plaintes, une grande partie de la formation des infirmières sur des soins spécifiques, ainsi que le suivi des dossiers CSST et SAAQ), est redevable en premier à son directeur, tous les deux étant encadrés de façon très "serrée", selon ce qu'indique le contenu de ses propos, par la direction de Toronto. Il doit produire des rapports quotidiens sur les activités des infirmières et des rapports hebdomadaires, mensuels, trimestriels et annuels incluant les bilans hebdomadaires, le processus de recrutement, les rapports d'évaluation des compétences des infirmières et son propre rapport d'activité.

À l'opposé, l'agence 7, quoique reliée à une organisation complexe, semble détenir une marge importante d'autonomie due à une certaine décentralisation des pouvoirs, la direction centrale semblant favoriser une prise en charge de la gestion au plan local. La structure est simple, l'agence locale tourne avec cinq permanents : un directeur dont la tâche principale est d'ouvrir le marché, un responsable des soins infirmiers, deux coordonnatrices des appels, une employée pour le service de la paye.

Des comités spécialisés sont mis sur pied sur les directives médicales, les techniques, l'éthique professionnelle, la formation. Ils assurent une information de pointe immédiate à l'ensemble des succursales. Le responsable des soins infirmiers, qui a connu différentes directions, témoigne que le passage d'une entreprise internationale aux activités diversifiées à une entreprise canadienne centrée sur les soins infirmiers a été source de changements majeurs, à caractère positif. Ceci tant au niveau administratif qu'à celui de la conception et de la qualité des soins :

« Avant, on ne pouvait même pas respirer sans l'approbation du bureau central. Maintenant, c'est décentralisé, ce qui est très différent. Les décisions sont prises par la direction locale. On a le pouvoir de dépenser pour ce qui est nécessaire à la qualité de nos services et de nos soins, la responsabilité de la gestion de notre personnel, du développement des services. On a enfin des ordinateurs que l'on n'avait pas réussi à avoir, ce qui augmente beaucoup l'accès à l'information et l'efficacité. On peut payer des formations aux infirmières. Les changements se font sentir même au niveau de la perspective des soins. Avant, la direction était aux États-Unis. Ils nous envoyaient parfois des directives qui n'étaient pas applicables ici parce que ce n'était pas légal au Canada! En tant que superviseur (des infirmières), je n'avais même pas accès à des documents utiles en soins infirmiers. » (Agence 7)

Si le siège de l'entreprise est, comme dans le cas de l'agence 10, à l'extérieur de l'établissement local, le responsable souligne que le personnel des succursales ne ressent pas de rapports de type hiérarchique avec le président directeur et les responsables du bureau central : « Ils ont un côté très humain, ils s'intéressent aux gens ». La communication avec le bureau central est facile, directe et régulière, selon les besoins. Si la succursale a des besoins matériels, elle s'adresse directement au bureau central qui y pourvoit généralement très rapidement. Pour tout ce qui concerne le développement des ressources et des programmes, les décisions relèvent du bureau local (agence) à moins que celui-ci ait besoin de support de la part du bureau central. Les responsables centraux et locaux affirment que la satisfaction des employés est au cœur de leurs préoccupations. Les membres de la direction se déplacent à l'occasion pour venir rencontrer le personnel des succursales et recueillir leurs commentaires. Chaque année, la direction centrale effectue un sondage sur la satisfaction du personnel de ses différents établissements.

Dans le même sens que l'expriment les directeurs des associations (dont nous parlerons plus loin), le RSI de l'agence 7 affirme que dans la mesure où l'agence a des exigences élevées envers son personnel, autant en termes de qualités personnelles que de compétences, il est nécessaire que l'agence, en réciprocité, lui assure des conditions de travail de qualité.

Le rôle de RSI à l'agence 7 va de l'ensemble des responsabilités des infirmières et des soins au marketing. En tant que responsable des ressources humaines, le RSI assume seul tout le processus d'embauche, incluant l'élaboration des questionnaires d'entrevue.

Compte tenu des exigences envers les infirmières, le processus de recrutement est difficile et représente une charge de travail importante. À titre de superviseur et responsable de la qualité des soins, il est chargé de l'évaluation clinique des nouveaux clients avant d'accepter de donner un service et d'envoyer une infirmière ou une préposée. Il va lui-même sur le terrain quand se présentent des cas difficiles, effectue des visites régulières de supervision, des contrôles de qualité avec les établissements et les clients et rencontre les infirmières dont il assure aussi la formation continue ou spécifique (donne des formations, vérifie la disponibilité de programmes, suit des formations pour les retransmettre au personnel). Il lui revient aussi de communiquer avec les comités spécialisés pour obtenir les informations nécessaires sur des soins spécifiques, et avec l'OIIQ ou l'OIAQ concernant les aspects légaux (actes délégués entre autres). Les préposés étant aussi sous sa responsabilité, il assume les mêmes fonctions et tâches à leur égard. Il participe au comité de formation, ce qui l'aide à développer des outils pour les infirmières conformes aux normes de l'OIIQ et aux informations de pointe. Enfin, en soutien au travail du directeur, il assume aussi une partie du marketing de l'agence 7.

Cette description « condensée » montre que somme toute, les RSI des CLSC n'ont rien à envier aux RSI des agences qui, bien souvent, cumulent des fonctions souvent partagées par plusieurs personnes dans les structures du réseau public. Sur ce point, notons que l'agence 7 ne diffère pas beaucoup des agences qui relèvent d'entreprises provinciales et locales et qui offrent des visages de structure organisationnelle simplifiée, avec un rapport assez direct entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Ainsi, le directeur de l'agence 9 est lui aussi à tous les "feux". Il assure le développement du marché, les liens avec les succursales, le recrutement, la formation et la supervision des infirmières, leur accompagnement sur le terrain lorsque nécessaire et il remplace parfois des infirmières quand d'autres ne sont pas disponibles. Comme il tient à demeurer très proche de la pratique, il se réserve aussi les soins à une clientèle privée qui a besoin de soins spécialisés et va parfois faire des prélèvements dans les CLSC. De leur côté, le dirigeant de l'agence 12 et son RSI sont également très impliqués. Ils assurent en collaboration le recrutement et l'embauche des infirmières. Le RSI assume leur encadrement et le contrôle de la qualité des soins.

La sous-traitance des soins infirmiers dans le volume des activités des agences

S'il y a un point sur lequel les agences convergent, c'est bien sur l'importance de la sous-traitance pour le service public qui, pour les unes et les autres, constitue au moins 50% de

leur volume d'activité. Si l'agence 9 dessert une petite clientèle privée et vise surtout, en association avec une compagnie pharmaceutique, le développement de cliniques d'administration de médicaments intraveineux qui doivent se donner sous contrôle infirmier et médical, la majorité de ses activités sont concentrées dans les CLSC, en partie dans les services courants mais essentiellement en maintien à domicile. Certes, l'établissement de cliniques (dont une est déjà en fonction et l'ouverture de deux autres en cours) permettra à l'agence de développer d'autres volets de soins infirmiers tels que les soins de pieds mais aussi d'autres gammes de services professionnels (médecins, ergothérapeutes, etc.). Il demeure néanmoins que le marché des CLSC est, et restera sans doute encore longtemps, pour cette agence comme pour les autres, un marché très intéressant. Toutefois, la concurrence est rude et même si le contexte de "pénurie" d'infirmières favorise l'expansion des agences privées, les plus jeunes doivent travailler très fort pour se faire une place, l'ouverture en CLSC n'allant pas de soi.

« Dans les années 80, les agences n'étaient pas très populaires, ni auprès des CLSC, ni auprès des infirmières. C'était vu comme du dépannage seulement. Aujourd'hui, on est encore perçues comme du dépannage mais c'est un peu différent. On fait partie de l'équipe maintenant. On sent beaucoup plus une relation, une collaboration, plus présente, régulière. [Cette collaboration se traduit par exemple par] des ententes sur des protocoles de soins: les clients (CLSC, hôpitaux) nous remettent leur protocoles pour que l'infirmière sache comment ils procèdent. » (Agence 16)

Même dans une agence du niveau de l'agence 10, qui assure des services aux entreprises (dossiers CSST, prévention, premiers soins) et qui est en contrat avec la Société d'assurance automobile du Québec, la sous-traitance pour les CLSC montréalais représente 75% de ses activités en soins infirmiers. Ces chiffres illustrent à nouveau les liens de dépendance étroite entre les CLSC et les agences, les premiers devant s'appuyer sur les deuxièmes pour assurer les services qu'ils ont le mandat de dispenser, les deuxièmes pour asseoir et développer leur part sur le « marché » de la santé.

Tableau synoptique des principales caractéristiques des agences

	AGENCE 7	AGENCE 9	AGENCE 10	AGENCE 12	AGENCE 16
Type de structure	Agence appartenant à une organisation complexe d'envergure nationale spécialisée dans le marché des soins infirmiers (post-hospitalisation, soins palliatifs, traumatismes physiques, santé mentale) et des services d'aide	Née d'une agence à Montréal, l'entreprise a atteint, en moins de 10 ans, une stature provinciale (2 modes : Franchise et Intégration corporative). Spécialisée dans les soins infirmiers, l'entreprise développe des services d'aide selon les besoins locaux	Agence appartenant à une organisation complexe de type trust international qui déploie d'importantes activités dans le secteur des soins de santé et dans celui des assurances	Entreprise locale de structure simple. Fondée depuis plus de 20 ans dans le cadre de l'accroissement du marché de l'aide à domicile. S'est adjoint une branche dans les soins infirmiers au milieu des années 90	Très jeune entreprise de moins de 4 ans. Structure simple de stature locale spécialisée dans les soins infirmiers avec une branche plus restreinte de services d'aide
Territoire de l'entreprise	Détient 27 succursales implantées dans 8 provinces canadiennes	Outre 2 succursales à Montréal, l'entreprise est implantée dans 7 autres villes du Québec	Implantée aux États-Unis et dans toutes les provinces du Canada	Couvre l'ensemble du territoire de Montréal, Laval, et la Rive-Sud	Dessert principalement le Centre-Ouest et le Sud-Ouest de Montréal
Effectifs du personnel permanent de l'agence locale	5 (personnel administratif)	3 (personnel administratif)	10 (personnel administratif)	5 (personnel administratif)	6 (personnel administratif)
Effectifs des personnels soignants temporaires dont	50 infirmières actives	16 à 18 équivalents temps plein infirmier	100 infirmières actives	80 infirmières actives	80 infirmières actives
		Quelques infirmières auxiliaires	100 infirmières auxiliaires	200 autres : infirmières auxiliaires physiothérapeutes, podiatres, préposés	20 infirmières auxiliaires
	75 préposés	Quelques préposés	Quelques préposés	120 auxiliaires familiales et préposés	50 auxiliaires familiales et préposés
Clientèle de l'agence	CLSC; pharmacie : prélèvements /enseignement; clientèle privée	CLSC (services courants, MAD-SAD); clinique d'administration de médicaments intraveineux; petite clientèle privée	CLSC; services aux entreprises (prévention, CSST, premiers soins); SAAQ, réserves indiennes, clients privés.	CLSC; CHSLD; hôpitaux; institutions privées; industries	CLSC; centres de réadaptation et hôpitaux; petite clientèle privée
Part des activités de soins infirmiers pour la sous-traitance en CLSC	60% (services courants)	Part essentielle de l'activité (surtout services courants, secondairement MAD-SAD)	75% (dont 25% MAD et 75% Services courants)	50% (MAD, SAD et Service courants)	40% à 50% (dont 50% MAD et 50% Info-santé)

Le secteur privé à but non lucratif : les associations de soins infirmiers

Ces associations, en raison justement de leur caractère philanthropique, nous plongent dans un univers tout autre, aussi bien de celui des CLSC que de celui des agences. Il y a lieu peut-être d'émettre une nuance par rapport à l'une des agences (agence 7) qui, malgré sa dimension nationale et son caractère commercial, présente certains points communs avec les associations au niveau de sa philosophie de soins ainsi que de son approche par rapport aux usagers et à son personnel. Ce sont des dimensions sur lesquelles nous reviendrons dans les chapitres suivants.

Tel que nous l'avons vu plus haut, bien qu'au nombre de deux seulement pour couvrir l'ensemble du territoire montréalais et appuyées par des effectifs restreints, les associations de soins infirmiers à but non lucratif jouent un rôle complémentaire à celui des CLSC, essentiel encore aujourd'hui, tout particulièrement de par leur expertise spécifique en soins palliatifs. Cette spécificité et le fait qu'elles se situent en dehors d'une logique de marché les placent par ailleurs dans un rapport non concurrentiel avec les agences. Leur préoccupation n'est pas en effet de chercher à étendre leur clientèle mais plutôt d'essayer de répondre, avec les limites de leurs ressources limitées, aux demandes qui leur sont adressées. Dans le cas de l'association 14 dont les activités sont plus diversifiées, il s'agit aussi de développer autant que faire se peut les ressources nécessaires pour répondre aux besoins non comblés par le réseau public auprès de personnes qui ne peuvent s'offrir des services aux coûts du marché.

Les deux associations sont par ailleurs elles-mêmes comparables de par leur nature et leur philosophie de soins mais différentes dans leur mode de financement, leur structure, la place que prennent les valeurs au sein de l'organisation, et leurs objectifs.

Le financement

Avec la mise en place de la Réforme, le gouvernement du Québec a décidé d'allouer un certain budget aux organismes à but non lucratif offrant des services à la population. Depuis sa fondation en 1973, l'association 15 a pu bénéficier de ces subventions gouvernementales qui lui donnent une assise pour continuer son travail. La partie la plus conséquente de ses revenus provient cependant de legs et de campagnes de financement. Les fonds ainsi générés représentent plus de 60% de son budget. Pour sa part, l'association 14 ne reçoit aucune subvention, ni fédérale ni provinciale. Elle finance une partie de ses services par des campagnes de levées de fonds et des dons individuels, une autre partie provenant de

revenus générés par des programmes tels que les soins de pieds et le répit à domicile, ainsi que les soins infirmiers pour les personnes qui n'ont pas droit à l'assurance maladie et auxquelles elle demande un certain coût, selon la capacité financière de chacun. Une troisième partie provient des revenus générés par le programme de services aux compagnies pharmaceutiques (services payés par ces dernières) comme les conseils dans les pharmacies, les programmes de formation pour la clientèle à domicile (auto-injections par exemple, pour les personnes atteintes de sclérose en plaques).

La structure administrative des associations

Sur le plan structurel, les deux associations de notre échantillon présentent des profils assez différents.

La première, l'association 15, est un organisme montréalais sans but lucratif fondé en 1970 à l'initiative d'un petit groupe d'infirmières (4 à 5) qui voyaient la nécessité de créer une association pour dispenser des soins palliatifs à domicile. En 1973, elles s'allient avec un médecin spécialisé dans les soins palliatifs, en milieu hospitalier et à domicile. Ce médecin avait créé une fondation dédiée spécifiquement aux soins palliatifs à domicile pour les personnes cancéreuses en phase terminale. Le docteur B. fut un allié inconditionnel des infirmières visiteuses.

Lors de sa création, l'association redéfinit sa mission pour se centrer spécifiquement sur la mission de la fondation. Elles étaient à l'époque 8 infirmières. Depuis, la double entité "association" et "fondation" perdure sous la forme de deux conseils d'administration distincts : le conseil d'administration de l'association (composé de 11 personnes : des médecins, des infirmières et des hommes d'affaire) qui s'occupe de la gestion, du fonctionnement de l'association et des dossiers qui la préoccupent ; et le conseil d'administration de la fondation qui est chargé de recueillir et gérer les fonds privés.

L'organisation de l'association est d'abord et avant tout portée par les valeurs humanistes qui ont présidé à son émergence, que la direction actuelle continue de soutenir et entend faire valoir en son sein. Toutes les questions qui se poseraient passent semble-t-il par ce prisme.

« En 1973, lorsque l'Association a été fondée, elles n'étaient pas beaucoup plus parce qu'elles étaient encore peu à partager les valeurs qui animaient les fondatrices. Elles y croyaient et voulaient aller au bout de leur croyance; c'était ces valeurs qui les animaient. Ce sont des filles qui n'avaient pas d'heure, pas de jour, et les conditions de travail n'étaient pas extraordinaires. Mais elles tenaient à continuer cette œuvre. C'est cette détermination que

nous portons aujourd'hui et qui fait que nous sommes là; cette détermination à bien faire les choses malgré les obstacles qui peuvent se présenter. On trouve toujours des solutions. » (Association 15)

Aujourd'hui, l'association 15 apparaît encore comme une structure assez simple qui compte cinq responsables administratifs (le directeur général; un directeur des soins palliatifs; un cadre responsable à la fois des services financiers et des services informatiques; un responsable de l'embauche et de la formation des bénévoles qui donne aussi de la formation aux infirmières et aux préposés, concernant l'approche, l'écoute, le support, l'accompagnement psychologique; et un responsable de la gestion des bénévoles).

« Nous avons choisi une structure [de décision] aplatie. Nous l'avons maintenue volontairement. C'est essoufflant par moments mais on veut que tout soit simple pour permettre un accès rapide pour le malade. Quand le malade fait une demande, on ne veut pas que ça prenne du temps. C'est tout de suite qu'on doit lui répondre, quasiment dans l'heure qui suit. » (Association 15)

Le personnel administratif est également restreint avec une secrétaire de direction, un commis réceptionniste qui prend les téléphones et planifie les routes des infirmières en fonction des besoins des patients tels qu'identifiés par les infirmières auparavant, et un commis senior qui s'occupe des nouveaux dossiers (entrée de données, ouverture/fermeture de dossiers).

De son côté, l'association 14 présente un profil structurellement plus complexe. Organisme de charité canadien, fondé depuis plus d'un siècle (1897), il compte aujourd'hui au niveau national huit mille sept cents professionnels et quinze mille deux cent vingt-trois bénévoles répartis dans soixante sept succursales, elles mêmes regroupées sous neuf bureaux provinciaux.

Le bureau central d'Ottawa (conseil national) génère les politiques cadres, les règlements et autres documents de base qui guident les succursales provinciales dans l'administration de leurs programmes.

« Ce sont des informations génériques que l'on peut prendre pour bâtir nos propres politiques ou procédures dans nos succursales. » (Association 14)

Le bureau central a aussi mis sur pied une équipe sur les pratiques de pointe ("best practices"), chargée d'émettre continuellement la nouvelle information sur les pratiques de soins infirmiers:

« S'il apparaît, par exemple, une nouvelle technique pour laquelle le bureau central n'a pas encore émis de politique, on y va toujours avec les CLSC avec lesquels on travaille très étroitement. Comme on partage les cas, on suit la politique du CLSC et on partage avec eux. Si, par exemple, nous avons une politique pour des soins que le CLSC n'a pas ou qui est différente, on la partage avec eux et on va en discuter pour choisir la meilleure. »
(Association 14)

Les succursales payent à la Corporation des frais d'affiliation qui leur permettent de porter son nom et d'accéder à toute l'information et à la documentation produites par le bureau central: manuel sur les programmes, manuel des bénévoles, manuels de gestion de la qualité des services, protocoles de soins spécifiques, etc.

« Au niveau des soins aussi, on a un manuel qui est fait par la Corporation. Chaque infirmière a ce manuel. Il est mis à jour au moins aux trois ans et entre temps, on fait des ajouts, si nécessaire. » (Association 14)

Il existait jusqu'à tout récemment une structure intermédiaire entre le bureau central et les succursales régionales, qui est en voie d'élimination. La disparition de cette structure intermédiaire viendrait de questions « économiques surtout ».

Au seul niveau du Québec, l'association compte trois succursales : Montréal, Hudson et Sainte-Anne de Beaconsfield. L'établissement sis à Montréal compte deux cadres (le directeur et le chef de programme). Chacune des succursales jouit d'une très grande part d'autonomie.

« Chaque conseil d'administration décide quels services vont être dispensés par la succursale : est-ce qu'on en ajoute, est-ce qu'on les diminue, etc. Pour ce qui est de l'engagement d'autres employés, c'est moi qui décide si on en a besoin, en consultation avec notre comité de programmation. C'est nous qui décidons de notre gestion budgétaire.»
(Association 14)

Une ou deux réunions provinciales sont tenues chaque année, pour discuter des problèmes qui concernent les trois succursales, notamment les relations avec le siège social.

« Par exemple, si le bureau central veut prendre une décision avec laquelle nous ne sommes pas d'accord, ici au Québec, nous en discutons. Ce peut être les plans de pensions par exemple. » (Association 14)

L'organisation du travail dans les associations

L'association 15 compte vingt-cinq infirmières, sept auxiliaires familiales et cent vingt-cinq bénévoles encadrés par les trois cadres responsables. Le responsable des soins palliatifs assume diverses responsabilités à commencer par la gestion administrative. Il participe au recrutement et au processus de sélection des infirmières. Il encadre les nouvelles infirmières, les rencontre quotidiennement pour faire le bilan de la journée et une évaluation avec l'infirmière senior qui les a accompagnées dans leurs visites. Compte tenu de la nature du travail infirmier en soins palliatifs, le rôle de soutien à l'ensemble des infirmières (échanges personnels pour discuter de cas; réunions d'équipe informelles tous les après-midi, formelles une fois par mois) constitue une de ses principales responsabilités. Une de ses interventions les plus fréquentes est d'aider les infirmières à identifier et respecter des limites:

« C'est assez particulier mais je me trouve souvent obligé de dire à mes infirmières: non, c'est assez. Non, tu ne pourras pas aller voir ce patient-là aujourd'hui... Il faut les protéger d'elles-mêmes. C'est un des rôles que je me donne. » (Association 15)

Le responsable des soins palliatifs de cette association assure également un rôle d'expert relativement à la tâche des infirmières: elles peuvent l'appeler du domicile pour n'importe quel type d'aide dont elles ont besoin, technique ou autre, ou lui demander son soutien pour n'importe quelle tâche, y compris un suivi de dossier qu'elles n'ont pas le temps ou qu'elles ont oublié de faire.

Pour sa part, le personnel de l'association 14 comprend seize infirmières, dont cinq régulières en soins palliatifs. On compte aussi vingt-quatre préposés qui travaillent sur appel. Le directeur gère l'ensemble des programmes et assure le lien avec les soins palliatifs et l'infirmière qui travaille avec l'organisme communautaire *Pop's* (travail de rue). Il procède à la sélection des nouvelles infirmières, avec l'assistance du chef de programme, et assume le rôle de soutien et de superviseur des infirmières par des rencontres individuelles et des réunions d'équipe aux trois semaines où les cas difficiles sont discutés. Ces rencontres individuelles et d'équipe lui permettent d'identifier les correctifs à apporter. Par exemple, comme dans le cas de l'association 15, il va discuter avec l'infirmière qui passe deux heures et demi avec un client pour vérifier si ce temps est justifié et poser les limites nécessaires. Ses tâches comprennent également le contrôle de la qualité des soins, qu'il effectue par des sondages auprès des clients et des visites à domicile d'observation du travail des infirmières et de leur relation avec leur clientèle.

« Je reçois rarement des plaintes mais ça arrive de temps en temps qu'un client appelle pour dire qu'il n'est pas tout à fait satisfait. Si je reçois une plainte, il faut que j'intervienne. »
(Association 14)

Le chef de programme assure les visites à domicile pour évaluation, élaboration des plans de soins pour les services de soutien à domicile et le répit pour parents des enfants avec une maladie chronique, physique ou mentale. Il supervise les préposés aux bénéficiaires et fait le suivi du personnel des programmes autres que le programme « *Dans la rue* » et les soins palliatifs. En cas de besoin, le directeur l'aide dans sa tâche.

Des trois types d'organisation, c'est dans les associations que les infirmières semblent être le plus stables en emploi. Les infirmières de l'association 14 ont en moyenne plus de cinq ans d'ancienneté. Les infirmières de l'association 15 ont en moyenne douze à treize ans d'ancienneté, la plus ancienne y travaillant depuis plus de vingt-cinq ans. Les responsables de l'association 15 affirment que si plus de 60% des infirmières ont été embauchées depuis 2000, c'est en raison des départs à la retraite.

Le personnel de l'association 14 est rémunéré par l'organisme. Il n'est pas syndiqué mais bénéficie d'un programme d'assurance collective. Aucune infirmière ne travaille officiellement à temps plein bien que la moyenne d'heures travaillées par ces dernières (selon leur choix et non à la demande de l'Association) se monte à 38 heures par semaine!

Dans l'association 15, le personnel rémunéré est syndiqué. À la demande des infirmières, l'association a accepté que celles-ci travaillent 4 jours par semaine au lieu de 5.

Les soins et services offerts aux usagers

L'association 15 offre des soins et services à domicile sur toute l'île de Montréal. Les références proviennent à 50% des CLSC, 35% des hôpitaux et 15% d'individus ou de familles. Dans ce dernier cas, l'association vérifie si la personne aurait dû passer par un CLSC et, dans l'affirmative, avise celui-ci avant de s'engager à donner le service.

Les services sont dispensés gratuitement à tous, y compris dans les cas de référence par un CLSC ou les hôpitaux. Aucun dédommagement financier n'est versé par la Régie ou autre à l'association. Celle-ci demande seulement une contribution aux familles pour les déplacements (3\$ pour les conduire à l'hôpital, 7\$ aller-retour), si elles en ont les moyens.

Les médecins sont rémunérés avec la carte d'assurance maladie. Mais l'association 15 dessert aussi les personnes qui n'ont pas d'assurance maladie (toute personne peut donc

bénéficiaire de ses services, peu importe son statut au Canada). Les fonds privés provenant de la Fondation servent à couvrir ces soins.

« On peut avoir 3 ou 4 personnes par année dans ce cas, soit qu'elles n'ont pas de statut, comme les demandeurs d'asile ou les visiteurs, soit qu'elles n'ont pas encore la carte d'assurance maladie. » (Association 15)

L'association 14, quant à elle, outre les soins palliatifs, offre également des services de soutien à domicile et de soins de pieds.

Le programme de soins palliatifs existe depuis onze ans. Il représente près de 50% des heures de service de l'association. En 2002, 76% des références en soins palliatifs sont venues des CLSC. Les autres proviennent en partie des hôpitaux qui parfois font la référence en même temps au CLSC et à l'association 14. C'est une façon d'indiquer au médecin du CLSC qu'il serait préférable d'impliquer l'association aussi. L'association contacte alors le CLSC (avant de contacter le client) pour discuter du partage des tâches (exemple, partage du nombre de visites). Si le CLSC est débordé, l'association gère le cas totalement.

Pour les programmes autres que les soins palliatifs, la référence vient souvent des médecins, parfois des clients eux-mêmes, soit parce qu'ils ne peuvent obtenir le service du CLSC, soit parce que le service du CLSC n'est pas disponible assez rapidement. Il y a très peu de références de la part des CLSC dans ces cas. Parfois, les CLSC vont référer à l'association des personnes venant de l'étranger (les frais demandés par l'association 14 sont moins élevés que ceux du CLSC).

Le soutien à domicile constitue un plus petit secteur d'intervention (5.5%). L'association reçoit à ce chapitre plus de demandes de soutien/accompagnement que de soins infirmiers comme tels, puisque la mission des soins infirmiers à domicile relève des CLSC. Les soins infirmiers donnés par l'association 14 dans ce programme comprennent les soins aux personnes qui n'ont pas l'assurance maladie ainsi que les visites de supervision des préposés par une infirmière. Il s'agit de visites d'évaluation puis de suivi ponctuel pour surveiller la qualité des soins et réévaluer le plan de soins en cours de route si nécessaire.

Les services dispensés dans les cliniques de soins de pieds constituent un secteur important pour l'organisme puisqu'ils représentent un peu plus de 30% de l'ensemble de ses activités de soins et de services. Enfin, les services pharmaceutiques (formations d'auto-soins données à domicile; dépistage dans les pharmacies) ne sont pas non plus négligeables avec un volume de 14% environ du total. Par rapport à l'ensemble de ses services, les soins

infirmiers représentent 75% du volume d'activité de cette association.

Sans préciser le taux horaire de leurs infirmières, les responsables des deux associations mentionnent que celles-ci sont convenablement rémunérées mais certes, à un taux moindre qu'en CLSC : « On ne vient pas travailler ici pour faire de l'argent » mentionnent-ils. Dans les deux cas, l'organisme tente de compenser ce niveau inférieur de salaire par les avantages sociaux (vacances payées, régimes de retraites, etc.), par la souplesse au niveau des horaires et par la qualité des relations de travail (écoute, flexibilité et soutien au plan personnel autant qu'au plan professionnel). Mais du point de vue des responsables, au-delà des conditions salariales de travail, ce qui conduit les infirmières à choisir d'œuvrer au sein de leurs associations est la nature même de ce travail, la vision des soins infirmiers (partagée par l'organisme et le personnel), vision impliquant un certain type de relation avec les usagers.

« Ce n'est certainement pas le salaire qui les a attirées ici. Nous sommes bien payées, mais pas au même niveau que dans le secteur public. Mais ça correspondait plus à ce qu'elles cherchaient : flexibilité de l'horaire et types de services dispensés. Les infirmières qui sont en soins palliatifs sont venues parce que nous avons un programme de soins palliatifs et c'est ce qu'elles veulent. Celles qui font les soins de pieds, ce qu'elles recherchent c'est le contact avec le client et les bénévoles, la continuité. On revoit les mêmes personnes, les mêmes bénévoles, et c'est bâtir la relation avec les aînés ; c'est très valorisant pour les infirmières. »
(Association 14)

Nous verrons cependant avec les entrevues réalisées auprès des infirmières (volet 3 de l'étude), que cette vision est quelque peu à nuancer.

Des styles de gestion transversaux aux trois types de secteurs organisationnels

Au fur et à mesure de l'analyse des données recueillies auprès des treize entreprises, nous avons constaté les limites de la typologie tri-sectorielle retenue initialement. Ces données faisaient ressortir notamment des points de convergence entre les entreprises des trois secteurs qui ne pouvaient être expliqués et qui nous paraissaient appeler une grille d'analyse transversale.

Plus précisément, les résultats d'analyse à partir des différents éléments qui nous ont servi à dresser le portrait des CLSC, agences et associations confirment bien d'un côté que notre approche par les trois types de secteurs est pertinente. Nous avons bien affaire là à des

constructions qui accusent des modèles différents avec a) des établissements publics inscrits dans une structure pyramidale où le siège du pouvoir est extérieur et qui se caractérisent par une certaine stabilité; b) des établissements privés marchands qui, à l'inverse, s'inscrivent dans la mouvance, voire la turbulence d'un marché instable et dynamique et dont les logiques marchandes obligent à des stratégies proactives; et enfin c) des établissements à but non lucratif dont les valeurs idéologiques humanistes semblent en grande partie transcender les autres facteurs. Cependant, ces éléments nous montrent aussi que ce classement par type de secteur n'est pas le seul possible. Les structures organisationnelles semblent pouvoir offrir un autre découpage.

La sociologie des organisations offre un matériel abondant et diversifié à cet égard. Plusieurs auteurs offrent ainsi des grilles d'analyse qui présentent beaucoup d'intérêt (Morgan, 1989 ; Francfort et al., 1995, Sainsaulieu 1985, Boltansky et Thévenot, 1991) et permettent de procéder à des classements des entreprises en référence à des modèles théoriques de gestion. Compte tenu du type de matériel que nous avons, du type d'information qui en émergeait et de la lecture que nous étions en mesure d'effectuer, nous avons retenu la grille de Mintzberg (1982, 1998), qui est de manipulation simple et qui permet de classer les entreprises avec lesquelles nous avons travaillé pour cette étude selon un certain nombre de critères tels que leur mécanisme de coordination principal, la partie clef de l'organisation, les paramètres de conception, le fonctionnement et les facteurs de contingence¹.

Le classement proposé par Mintzberg (1998) correspond bien entendu à des idéaux-types (modèles théoriques), vers lesquels les entreprises vont plus ou moins tendre selon un paramètre ou l'autre. Aucune entreprise n'est donc en soi totalement d'un type donné. Elle peut s'y apparenter plus fortement selon, par exemple, son principal mécanisme de coordination et moins selon certains paramètres de conception.

Ainsi, presque toutes les entreprises à l'étude se situent sous des styles de gestion qui renvoient à plus d'un modèle théorique. Un style de gestion est en fait un hybride des idéaux-types, hybride qui se meut, se compose et se recompose selon les circonstances et aussi sous l'influx du facteur temps. Par exemple, lors de sa création, une petite entreprise de type local peut très bien se classer plutôt sous un type entrepreneurial à configuration centralisée pour se retrouver, après quelques années de croissance, à un niveau provincial, avec une structure plus complexe qui la porte nécessairement à développer certains mécanismes

¹ - Pour plus de détails sur les paramètres utilisés par Mintzberg, voir la grille en annexe 3.

propres aux entreprises divisionnalisées. Il importe donc de ne pas interpréter de façon rigide le classement proposé par Mintzberg, tel qu'il est repris ici pour les entreprises à l'étude. Dans ce sens, il ne faudra pas s'étonner de voir certaines de ces entreprises citées sous deux modèles théoriques. Ainsi par exemple, de façon schématique, les CLSC sont classés aujourd'hui comme des organisations de type bureaucratique. Toutefois, il est possible de repérer, à partir des critères précités, des influences plus ou moins fortes qui inclinent certains d'entre eux vers un style plus professionnaliste (tendance à appuyer les mécanismes de coordination sur les qualifications), d'autres vers un style plus collectiviste (subordination des compétences au projet collectif).

Dans son étude sur le management, Mintzberg (1998) répertoriait plusieurs types d'organisations¹ par rapport auxquels nous retrouvons certaines tendances parmi les treize établissements à l'étude (pris à la fois comme entité et unité des entreprises auxquelles ils se rattachent) :

1. L'organisation entrepreneuriale de configuration centralisée.

Dans ce type d'entreprise, le sommet stratégique (direction) exerce une force en faveur de la direction, par laquelle il conserve le contrôle sur la prise de décision et réalise la coordination par la supervision directe. La structure est simple, de type organique, informelle, flexible. Le support logistique (travailleurs en support aux professionnels) et la ligne hiérarchique sont peu développés. Les activités sont surtout réalisées autour du chef d'entreprise qui exerce le contrôle par une supervision directe. Le leadership est très fort, plutôt de type paternaliste. Les stratégies obéissent à des processus plutôt de type visionnaire, en grande partie délibérées mais flexibles pour les détails. L'organisation est malléable aux positions du leader dans des créneaux protégés. L'environnement compose un contexte simple et dynamique. Ce sont des entreprises qui se caractérisent également par un sens fort de la mission et une grande capacité à trouver rapidement des réponses. En revanche, elles peuvent être vulnérables et limitées.

Des établissements comme l'agence 9, l'agence 12 et l'agence 16 nous paraissent tout à fait s'inscrire dans ce style organisationnel. Mais notre enquête nous donne à penser qu'au moins deux des CLSC (le CLSC 1 et le CLSC 6) présentent certaines

¹ - La typologie complète compte sept configurations. Nous en développerons six qui nous paraissent pertinentes dans cette étude. Néanmoins, notons à titre d'information que la septième est la configuration politisée. Si la politique existe aussi dans les organisations des autres types, une organisation prend toutefois la configuration politique lorsque cette dernière devient le principal système d'influence, le mécanisme de coordination dominant et que les conflits sont au centre. Aucun de nos treize établissements n'a cette configuration comme style organisationnel dominant.

caractéristiques qui les font également tendre vers ce modèle de configuration. Ces deux CLSC, de petite taille, avec un sommet hiérarchique fort, sont historiquement marqués par un engagement auprès de communautés spécifiques, engagement qui soutenait et semble toujours soutenir un sens prononcé de la mission (même si la communauté visée est aujourd'hui plus large). La ligne d'autorité n'est pas absente mais sa marge d'action est limitée par une centralisation du pouvoir au niveau de la direction. Parallèlement, la taille facilite le réseau d'interconnaissance et n'appelle pas une grande formalisation bureaucratique. Enfin, nous avons pu constater que les postes et responsabilités pouvaient assez aisément se cumuler, ce qui signe une spécialisation modérée des dits postes.

2. La configuration professionnelle¹

Dans ces entreprises, les membres du centre opérationnel (i.e lieu des praticiens intervenant auprès des usagers) exercent une poussée vers le professionnalisme afin de diminuer l'influence que les autres (collègues, hiérarchie, administrateurs) ont sur leur travail.

La structure est de type bureaucratique bien que décentralisée, dépendante de la formation de standards de qualification de bon nombre de ses opérateurs professionnels. La clef de fonctionnement repose sur la création de systèmes de classement à l'intérieur desquels les professionnels peuvent travailler de façon autonome, en étant sujets au contrôle de la profession.

La technostructure et la ligne hiérarchique sont d'un niveau moyen minimum, ce qui signifie un champ de contrôle particulièrement large sur le travail professionnel; le support logistique est important, plus semblable à la configuration mécaniste, pour apporter un soutien aux professionnels. Le contexte est perçu comme complexe mais stable. Le système technique est simple. Les stratégies peuvent être fragmentées mais doivent, également, refléter une certaine cohésion. La plupart sont adoptées par un jugement

¹ - Habituellement, l'idéal-type de la configuration professionnelle, dans le classement de Mintzberg, est présenté comme étant les hôpitaux, à cause de la position et du pouvoir des médecins au sein de ces institutions. Les CLSC peuvent ressembler en partie aux hôpitaux mais ils s'en distinguent aussi assez fortement à cet égard dans la mesure où les médecins y détiennent un pouvoir moindre que dans les milieux hospitaliers et où les autres groupes professionnels (infirmières, travailleurs sociaux, etc.) ont peut-être plus de marge d'autonomie qu'en usine, par exemple, mais n'en ont pas plus de pouvoir pour autant. Ajoutons que le mécanisme de coordination principal procède parfois de la qualification mais aussi, très souvent, de la standardisation du travail. Par ailleurs, le rôle du RSI en CLSC n'est en rien comparable à celui du DSI en milieu hospitalier, tout comme leur pouvoir hiérarchique (le RSI n'a pas de pouvoir décisionnel au contraire du DSI).

professionnel et un choix collectif (collégial et politique), certaines par une autorisation administrative

Tous les CLSC, par la nature de leurs services et la composition de leur personnel, comportent une dimension professionnelle plus ou moins grande. Quelques-uns, toutefois, tendent par certains indicateurs à se rapprocher plus nettement de ce style organisationnel. Tel est le cas du CLSC 3 qui avance une volonté affirmée de soutenir le groupe des infirmières dans une démarche de formation de bachelières et de techniques avancées et qui présente un style de gestion selon la qualification (dont l'opposé est la gestion à la tâche). Mais il n'est pas le seul, les CLSC 2 et 4 se rangeant assez bien aussi dans cette tendance. Les praticiens professionnels (médecins¹ mais également travailleurs sociaux et infirmières) y sont perçus comme des détenteurs d'expertise. Ils exercent un certain contrôle sur leur champ d'action et bénéficient d'une marge assez importante d'autonomie qui les renvoie également à leurs responsabilités, ce qui participe d'une certaine décentralisation du pouvoir à la fois horizontalement et verticalement. Les praticiens ont notamment pour responsabilité d'adapter, dans une mesure plus ou moins grande selon les règles et les contraintes de l'organisation, l'offre de services à la complexité de la demande formulée par le client. Les postes de travail sont spécialisés. L'accent est mis sur la formation.

3. La configuration mécaniste

Il s'agit d'entreprises de type bureaucratique (en général, organisations de grande taille et âgées) où la technostructure (services administratifs chargés d'organiser et contrôler le travail) exerce une force en faveur de la rationalisation qui est recherchée de façon idéale à travers la standardisation des procédures de travail. Cette technostructure ne favorise qu'une décentralisation horizontale limitée (puisque c'est le paramètre de conception qui renforce son pouvoir).

La structure de ces entreprises relève d'une bureaucratie centralisée. Les procédures sont formalisées, le travail spécialisé, la division du travail poussée, le regroupement en unités est généralement fait par fonction. La hiérarchie est importante.

La technostructure est la clef de ce type d'entreprise. Elle est chargée de standardiser les procédés de travail. Les supports logistiques sont très importants pour réduire l'incertitude. Ils constituent une réponse à la planification et au contrôle inhérent à cette

¹ - Les médecins constituent un groupe professionnel au leadership puissant qui conduit généralement à ce que les organisations de santé où ils sont nombreux répondent parfaitement au modèle des bureaucraties professionnelles. En revanche, dans les CLSC, ils imposent plus difficilement ce modèle.

configuration organisationnelle. L'environnement est perçu comme simple et stable. Le centre du contrôle est externe. Si ces structures paraissent assez rigides, elles comptent cependant au nombre de leurs avantages l'efficacité, la stabilité et la cohérence.

D'une façon générale, tous les CLSC s'inscrivent peu ou prou dans ce type de configuration, ne serait-ce que parce qu'ils sont sous le contrôle extérieur et technocratique du ministère de la Santé. En cela, leur mode de fonctionnement est très fortement déterminé par les contraintes qui s'imposent à eux. Néanmoins, certains s'y inscrivent plus que d'autres.

Les styles organisationnels des CLSC 3 et 5 se retrouvent en grande partie dans ce type de configuration, tout en se rattachant aussi à d'autres types, comme nous l'avons vu précédemment. On notera d'ailleurs que le CLSC 3 tend davantage aujourd'hui à se rapprocher du modèle de configuration professionnelle¹. Les deux CLSC, en raison sans doute de leur taille, ont des modes de fonctionnement qui les apparentent à des grosses institutions bureaucratiques de santé centralisées (mécanismes de coordination principalement basés sur la standardisation des procédures du travail; importance de la technostructure; développement important du support logistique ; division du travail par fonctions, flux des décisions vertical du haut vers le bas). Les lignes hiérarchiques dans les deux CLSC sont élaborées et leurs responsabilités importantes (résolution des conflits; liaison entre la technostructure et le centre opérationnel, avec le support logistique, transmission des décisions haut/bas). La taille et l'organisation divisée du travail affaiblissent les possibilités de socialisation et découragent la communication informelle.

Ceci dit, il serait inapproprié de réduire les CLSC, même les plus bureaucratés, à une pure configuration mécaniste. S'il est évident que certains se distinguent par le poids de la protocolarisation du travail, il n'en demeure pas moins que leurs opérateurs sont des employés qualifiés qui ont précisément pour mandat d'ajuster, dans le cadre de la situation clinique, la prestation de services à la nature particulière de la demande.

4. La configuration divisionnalisée

Une structure divisionnalisée est dans les faits une structure qui en intègre d'autres dans un système normatif commun. Nous pourrions la qualifier de superstructure avec un siège social qui surveille ses divisions, chacune de ces dernières étant en général chargée de

¹ - Rappelons à nouveau qu'une même entreprise peut être apparentée à plusieurs configurations, ces dernières restant d'abord des idéaux-types. Rappelons aussi que nous dessinons là seulement des tendances.

servir un marché spécifique. Dans ce type d'entreprise, les managers de la ligne hiérarchique (cadres supérieurs et intermédiaires), pour maximiser leur autonomie, exercent une force en faveur de la balkanisation de la structure afin de concentrer le pouvoir dans leurs propres unités et cela, seulement à travers une décentralisation verticale limitée.

La structure, de type bureaucratique, se caractérise par une organisation divisée et dont les divisions sont fondées sur le marché, couplées de façon très souple sous le contrôle du centre administratif du siège. Les divisions sont autonomes dans la conduite de leurs activités (ce qui implique, comme mentionné plus haut, une décentralisation limitée en faveur des directeurs de division) mais soumises au système de contrôle des performances qui entraîne la standardisation des résultats.

Ce sont des entreprises qui s'inscrivent dans un marché diversifié, particulièrement en ce qui concerne les produits et les services (par opposition aux clients et aux régions); les sous-produits et les produits liés encouragent des formes intermédiaires, la diversification du conglomérat étant la forme la plus pure de cette configuration. Ce sont des structures typiques des organisations de grande taille, en développement dans des sphères comme les administrations et autres services. Le siège central définit la stratégie du groupe sous la forme de la gestion d'un portefeuille d'affaires mais les divisions définissent leurs propres stratégies.

Là encore, les CLSC, pris comme unités segmentées de l'organisation de la santé, peuvent se reconnaître en partie dans cette configuration. Mais les entreprises qui répondent le mieux à ce style organisationnel sont les agences et les associations d'envergure nationale et internationale (agence 10, agence 7 et association 14). Toutefois, dans ce type de configuration propre aux organisations de très grande taille, les divisions peuvent localement présenter des configurations qui relèvent beaucoup plus d'un autre style.

Si l'organisation est peu décentralisée, comme dans le cas de l'agence 10, et que les standards de performance sont élevés, les divisions (ici l'établissement local) ont beaucoup de chances de se rapprocher d'un style de configuration mécaniste. À l'opposé, si la décentralisation est importante et ouvre la voie à la capacité d'autonomie et d'innovation des divisions, celles-ci peuvent présenter un profil d'adhocratie administrative, i.e. une forme d'autonomie nécessaire à une structure décisionnelle par

projet, ce qui nous semble être le cas de l'agence 7 mais une tendance aussi pour l'association 14. Enfin, le CLSC 2 présente également des signes de ce dernier profil.

5. La configuration innovatrice

Il s'agit là de structures très organiques avec peu de formalisation du comportement. Ces entreprises, souvent jeunes, se caractérisent par une décentralisation des pouvoirs, une spécialisation horizontale poussée, basée sur la formation; une tendance à regrouper les spécialistes en unités fonctionnelles pour la gestion du personnel, et à les déployer en petites unités groupées autour de projets pour la réalisation du travail; une délégation des responsabilités articulées autour de projets ; des mécanismes de liaison importants pour encourager l'ajustement mutuel (qui est le mécanisme de coordination principal) à l'intérieur des équipes et entre les équipes. Les individus sont pris comme des experts participant à un projet collectif. Les cadres apparaissent également comme des experts (souvent le dirigeant prend également cette figure) qui participent avec les autres au travail effectué dans les groupes. Leurs responsabilités intègrent la coordination latérale entre les différentes équipes et entre ces équipes et les unités fonctionnelles.

La forme extrême de cette configuration est décrite comme une adhocratie. De toutes les configurations structurelles, l'adhocratie est celle qui respecte le moins les principes classiques de gestion, et spécialement l'unité de commandement. Le système de flux régulé ne compte pas beaucoup lui non plus.

Dans cette structure, les informations et les processus de décision circulent de façon flexible et informelle là où tous doivent le faire pour promouvoir l'innovation. Si dans la bureaucratie professionnelle chaque spécialiste travaille de façon plutôt indépendante, dans l'adhocratie ils doivent combiner leurs efforts autour d'un projet collectif. Ce type de structure est particulièrement bien adapté pour un environnement complexe et très dynamique. Il semble qu'un certain nombre d'entreprises multinationales à configuration divisionnalisée sont poussées à développer des fonctionnements adhocratiques (en commençant par une décentralisation des pouvoirs de décision) qui leur permettent de tenir compte des interdépendances créées à la fois par les régions et par les produits.

Si ce style organisationnel est surtout décrit à partir d'exemples d'entreprises oeuvrant dans les technologies de pointe, la limite du modèle est cependant celle du fonctionnement par projet. Or, le projet de soins infirmiers est tendanciellement stable. Il n'est pourtant pas complètement impossible de l'imaginer pour une structure de services de santé dans le cadre par exemple de projets de réorganisation de services ou

d'implantation de projets novateurs. Nous l'avons mentionné un peu plus haut, l'agence 7, l'association 14 et le CLSC 2 présentent des caractéristiques qui tendent vers ce style organisationnel de gestion. Dans les trois établissements, les directions et leurs équipes apparaissent moins comme des figures d'autorité que comme des experts impliqués dans des projets collectifs. Les styles de gestion sont dynamiques et partagés. L'adoption d'un nouveau projet procède de la recherche d'un consensus large des individus qui y seront impliqués (consultations, implication des cadres).

6. La configuration missionnaire

Cette configuration est décrite par Mintzberg (1998) comme une organisation dont la structure est tout entière bâtie autour de l'idéologie : ce qui compte avant tout, c'est la mission. Le groupe est constitué autour du leader dont il partage les valeurs. La coordination, qui repose sur l'adhésion à ces valeurs, relève de l'endoctrinement, au sens de l'inculcation de l'idéologie partagée. Si elle peut parfois présenter des similitudes avec une bureaucratie mécaniste, dans le cas par exemple d'anciennes organisations altermondialistes de grande envergure, la configuration missionnaire apparaît davantage comme une configuration souple, dont le travail est standardisé *via* les normes (soit le partage des valeurs et croyances). Elle s'en différencie également par une décentralisation du pouvoir que les membres endoctrinés se partagent. Le travail du leader est de protéger l'idéologie commune.

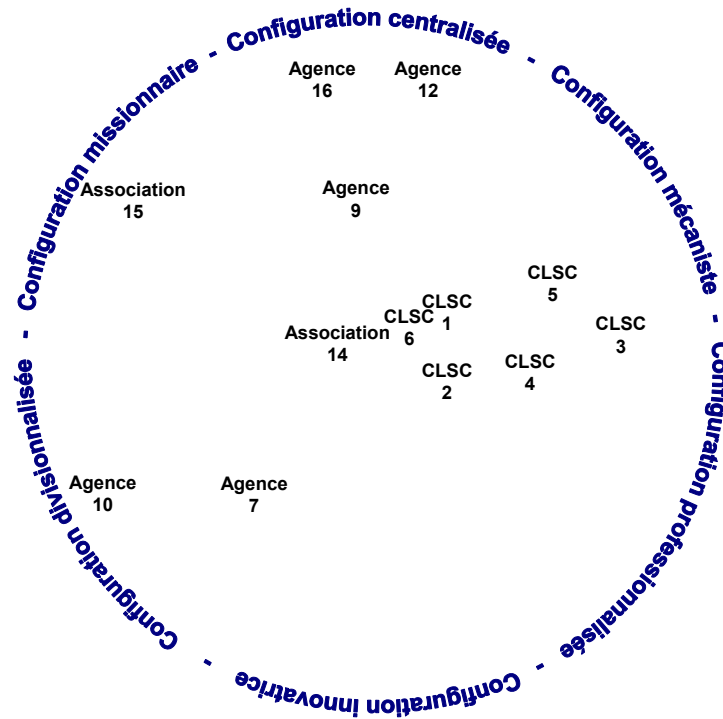
L'association 15 répond assez bien à ce type de configuration. Cette entreprise est historiquement née et s'est subséquemment structurée autour de sa mission humanitaire. Aujourd'hui, la direction assure toujours la transmission des valeurs essentielles à la conduite de cette mission, dans un mode de gestion souple appuyé sur la décentralisation des pouvoirs entre les différentes unités de travail. Les permanents et les infirmières y sont décrits comme des membres engagés dans ces valeurs.

Bien entendu, l'association 14 est elle aussi une entreprise qui met de l'avant des valeurs humanitaires, tout comme les CLSC et la plupart des agences (même si, dans ces organisations, le degré qui leur est accordé est un peu moindre ou plutôt, si d'autres dimensions prennent le pas sur la mission initiale). Il reste que l'association 15 est sans doute la seule pour qui la mission est le trait dominant qui préside à l'organisation structurelle.

Prise individuellement, chacune de ces configurations reflète les tendances dominantes des organisations, tandis que prises collectivement elles définissent plutôt un certain nombre

d'horizons, les frontières d'un espace dans lequel les véritables organisations évoluent et peuvent donc se déplacer (Cf. schéma 8 ci-après).

Schéma 8 : Dispersion des 13 entreprises dans l'espace configurationnel de gestion des organisations



C'est ainsi que doit être comprise notre proposition de classement des treize établissements-entreprises de notre étude. Aucun de ces établissements n'est pris dans une structure rigide et figée; ils présentent au contraire une certaine dynamique dans un environnement qui ne leur paraît, pour le moins, pas très stable. C'est ce dynamisme qui rend si intéressante la lecture d'un classement transversal.

Si cette "re-classification" casse quelque peu notre classement initial en trois secteurs (public, privé marchand et associatif), elle a l'avantage de faire surgir des ponts entre eux. Nous avons vu que les styles organisationnels rapprochent certains CLSC de certaines agences ou associations et que, au sein de chacun des trois secteurs surgissent des contrastes qui nuancent une vision initiale plus monolithique. Nous verrons donc quand ce sera nécessaire à ce que nos analyses restituent cette source de pondération de la dimension sectorielle.

LA GESTION DU PERSONNEL ET DES SOINS INFIRMIERS DANS LES TROIS TYPES D'ORGANISATION

Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, nos premiers résultats de recherche confirment que le découpage par type de secteur (public, privé marchand et privé à but non lucratif), choisi au point de départ pour analyser la pratique infirmière de première ligne en milieu pluriethnique, rend effective la lecture des données recueillies. Ces résultats laissent aussi apparaître la possibilité de découpages infra, transversaux aux trois secteurs (par exemple, selon la taille de l'organisation ou les caractéristiques des cadres). Pour ce chapitre et les deux suivants, tout en conservant la structure d'analyse par secteur compte tenu de sa pertinence pour les objectifs de la recherche, nous ferons référence aux découpages infra et transversaux lorsque ceux-ci permettront d'apporter un éclairage utile ou sont d'une incidence directe sur les résultats obtenus.

Structures d'encadrement des soins infirmiers

Le mode de gestion du personnel et des soins infirmiers dans les trois secteurs est l'une des dimensions que notre méthode d'analyse inductive (sensible à ce qui émerge des données recueillies) nous a amenés à considérer. Lors de la phase d'implantation de la recherche, il s'est avéré que cette dimension avait une influence directe sur la participation des infirmières à l'enquête par questionnaire. Il serait naïf de la part des chercheurs de penser que si le type de gestion a un tel effet sur le processus de recherche, il serait sans effet sur l'agir des infirmières à d'autres niveaux. C'est la raison pour laquelle nous avons porté attention à cette dimension.

Structure d'encadrement dans les CLSC

En tant qu'établissements du réseau public régis par les mêmes normes, tous les CLSC présentent la même structure d'encadrement des soins infirmiers. Au plan administratif, les infirmières relèvent hiérarchiquement du chef de programme. Sur le plan clinique

elles sont sous la supervision des conseillers cliniques¹ et/ou du RSI. Les conseillers cliniques assurent la supervision clinique, incluant les fonctions pédagogiques et de support - conseil aux infirmières. Ils participent à l'élaboration de certains protocoles de soins ainsi qu'à l'évaluation et à l'orientation des infirmières (l'orientation peut aussi relever de l'assistant au supérieur immédiat (ASI), dont la tâche est décrite ci-après). Leurs fonctions les amènent à travailler en collaboration étroite avec le chef de programme et le responsable des soins infirmiers (RSI). On retrouve dans certains programmes (services, départements) un assistant au supérieur immédiat (ASI) hiérarchiquement subordonné (comme les autres infirmières) aux chefs de programme. Le poste d'ASI, réservé aux infirmières détentrices d'un baccalauréat en sciences infirmières, est un poste syndiqué qui n'est pas considéré comme un poste de cadre.

Tel que nous l'avons vu dans le chapitre d'introduction, les questions relatives à la qualité des soins infirmiers dans leur ensemble (actes, règles de soins, distribution des soins) est sous la responsabilité du Conseil des infirmières et infirmiers (CII), instance mise en place dans les CLSC à partir de 1993, suite à l'adoption de la loi sur la création des CII dans les établissements publics². Conformément à la loi, le CII est composé du RSI et du directeur général (DG), membres de droit, et d'infirmières élues pour 2 ans par les infirmières du CLSC (avec possibilité d'être élues pour un second mandat). Le Conseil exécutif du CII (CECII) comprend le RSI, le DG, un président, un vice président, un secrétaire et un conseiller. Pour assurer le suivi de la qualité des soins, le CII peut travailler en sous-comités (par exemple, sous-comité qualité des soins et compétences, sous-comité formation). L'exécutif peut donner des mandats à ces sous-comités, tels que travailler sur certains indicateurs de qualité, sur la qualité des notes au dossier, sur l'implantation de modèles de soins. Il veille également à l'approbation des protocoles élaborés par les équipes ou les RSI. Le CII a un pouvoir de recommandation et le Conseil d'administration (CA) peut lui demander des avis sur certains sujets. Il peut également amener devant le CA des questions qui préoccupent le personnel infirmier de l'établissement.

Le responsable des soins infirmiers (RSI), agit à titre de conseiller à la direction sur toutes les questions reliées aux infirmières. Il est responsable du contrôle de la qualité des soins, tâche dont il peut déléguer l'opérationnalisation aux conseillers cliniques. Sur ce

¹ - Selon l'organisation, on peut aussi utiliser le terme d'adjoint clinique (très fréquent).

² - Rappelons que les articles de la LSSQ se rapportant au CII sont les articles 219 à 225.

plan donc, les infirmières comme les chefs de programme s'en remettent au RSI ou aux conseillers cliniques. Le RSI a également la responsabilité des ordonnances individuelles et collectives¹ et de l'élaboration des protocoles de soins, des liens avec les partenaires et du développement des compétences en soins infirmiers, à l'intérieur et à l'extérieur du CLSC. Son pouvoir en est un de recommandation auprès des chefs de programme et du CA du CLSC. Dans les CLSC de grande taille, on peut retrouver un poste de conseiller clinique spécifiquement dédié à soutenir le RSI ainsi que les autres conseillers cliniques dans leurs fonctions. Ses tâches pourront consister à assister le RSI, évaluer les besoins, assurer des formations, l'encadrement clinique des infirmières et le suivi clinique de celles nouvellement en poste, délivrer après vérification des compétences des certifications pour des soins techniques complexes (les ordonnances individuelles et collectives demeurent sous la responsabilité du RSI). Le conseiller clinique assistant du RSI assiste également ce dernier dans le développement et la mise au point des protocoles de soins et s'assure de la mise à jour des cahiers de soins (fiches techniques).

Contrairement à ces situations où un poste supplémentaire peut être créé, il arrive que le CLSC choisisse, pour des raisons d'organisation interne ou de budget, de confier les responsabilités de chef de programme et de conseiller clinique ou d'ASI aux mêmes personnes. Le fait de cumuler ces deux fonctions, l'une administrative et l'autre clinique, représente, selon l'expérience de certains, un défi qui peut-être intéressant d'un côté mais difficile à porter de l'autre

« C'est un beau défi. Mais ce sont en réalité des fonctions parfois en tension mais très liées. » (A, CLSC 1).

Outre la lourdeur de la tâche que ce cumul implique, la perspective administrative et la perspective clinicienne peuvent conduire à des positions différentes. Si la personne choisit de privilégier l'une ou l'autre de ces perspectives, elle peut vivre une certaine tension soit vis-à-vis de l'appareil administratif de son organisation, soit vis-à-vis de son équipe.

¹ - Avant les changements apportés en juin 2002 à la Loi sur les infirmières et les infirmiers, on parlait d'actes médicaux délégués. L'article 39.3 de loi de 2002 précise qu'une « ordonnance » est « une prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles. L'ordonnance peut être individuelle ou collective ». (Loi sur les infirmières et les infirmiers. – 2002).

« C'est un grand défi. Il s'agit de 2 fonctions très différentes, l'une clinique et l'autre administrative, qui sont en opposition et pour lesquelles je n'ai pas les mêmes allégeances. Je suis une clinicienne. C'est encore plus difficile à gérer parce qu'il y a actuellement un accroissement de l'équipe et un accroissement des tâches administratives. Le problème est de choisir le temps à accorder à l'un et l'autre. Les tâches administratives prennent de plus en plus de place et réduisent le temps disponible pour la supervision clinique. » (B, CLSC 1)

Nous allons voir au point suivant que ce cumul de fonctions est courant dans les agences privées locales. Les comparaisons demeurent cependant limitées puisque nous sommes dans des structures qui n'ont pas exactement le même mandat.

Structure d'encadrement dans les agences

Les agences privées se sont développées pour « vendre » des services infirmiers et de soutien/maintien à domicile au secteur public, aux entreprises privées ou encore à une clientèle privée, à la faveur d'un marché d'offre de services d'infirmières concomitante à une demande croissante. Les agences locales sont des structures « légères » qui correspondent à leur principale raison d'être, le recrutement/placement de personnel soignant ou de soutien à domicile. Sans être moins lourdes qu'en CLSC, les tâches administratives des directeurs de ces agences sont très différentes de celles des cadres des CLSC. Quant à leurs tâches par rapport au personnel infirmier, bien que semblables à certains égards, elles sont moins complexes que celles des RSI et des conseillers cliniques vu que les agences n'ont pas les mêmes responsabilités en matière de qualité de soins que les CLSC, du moins envers la communauté et l'appareil gouvernemental. La principale question à cet égard, pour les agences, est de recruter un personnel qui répond aux exigences des organisations publiques étant donné, comme il a été souligné dans plusieurs entrevues, qu' « il suffit d'une "pas bonne" pour qu'on ne t'appelle plus » (remarque reprise dans plusieurs agences). Quand l'éventail d'institutions desservies par ces dernières est assez vaste (CLSC, hôpitaux, CHSLD, clientèle privée), cette préoccupation n'a pas d'effet majeur sur les critères de sélection des infirmières recrutées par les agences. Elles font en général appel à des infirmières avec des niveaux de formation et de spécialisation, voire d'expérience, diversifiés. C'est surtout à partir de demandes spécifiques qu'elles cibleront des infirmières détentrices soit d'un diplôme (bacc par exemple pour remplacer un ASI dans un CLSC) soit de compétences

particulières (formation spécifique par rapport à certaines technologies ou pour le service Info-santé, entre autres).

De façon générale, l'encadrement des soins infirmiers dans les agences se présente de façon moins complexe que dans les CLSC. Cette structure varie cependant selon la taille de l'organisme.

Dans les agences de grande taille, qui comprennent les agences à caractère multinational, national et provincial, mais aussi certaines agences locales, nous retrouvons une structure où la direction administrative est distincte de l'encadrement et de la supervision des infirmières, qui sont assurés par un responsable des soins infirmiers. Tel est le cas pour trois des agences incluses dans l'étude. Les RSI de ces agences cumulent en quelque sorte les tâches de responsables des ressources humaines par rapport aux infirmières (recrutement, sélection à partir d'outils qu'ils élaborent, embauche), de superviseurs cliniques, de responsables de la qualité des soins et de la mise à jour des compétences. Ces RSI sont aussi responsables des suivis de placement et d'évaluation avec les organisations publiques et privées où travaille le personnel de l'agence, ainsi que du traitement des plaintes. Il leur revient de communiquer avec les comités spécialisés pour obtenir les informations nécessaires sur des soins spécifiques et avec l'OIIQ ou l'OIAQ concernant les aspects légaux (ordonnances individuelles et collectives entre autres). Dans certaines agences (deux dans notre échantillon), les RSI sont appelés à aller sur le terrain régulièrement du fait qu'ils assument soit une partie, soit la totalité des évaluations auprès des usagers privés et aussi pour accompagner de nouvelles infirmières, venir en aide dans des cas problématiques, assumer eux-mêmes certains soins spécialisés ou encore remplacer des infirmières en cas d'urgence lorsque d'autres ne sont pas disponibles. Dans une structure à caractère national ou multinationale, ils sont aussi tenus de produire tous les rapports exigés par les instances supérieures. Enfin dans certains cas, le RSI peut être également appelé à assumer une partie du travail de promotion et mise en marché de l'agence, en soutien à la direction.

Dans les agences de plus petite taille, les directeurs cumulent les fonctions de direction administrative incluant le développement du marché et les liens avec les partenaires, et celles assumées par les RSI dans les agences de plus grande taille. Dans tous les cas rencontrés, ces directeurs sont eux-mêmes des professionnels d'expérience en soins infirmiers et les fondateurs de leur entreprise. Il arrive qu'en plus de leurs tâches, ils

souhaitent garder un lien étroit avec la pratique. Ils peuvent se réserver ainsi une clientèle privée qui a besoin de soins spécialisés et, comme les RSI d'autres agences, accompagner des infirmières sur le terrain lorsque nécessaire ou les remplacer quand d'autres ne sont pas disponibles.

Structure d'encadrement dans les associations

La gestion des soins infirmiers dans les associations recoupe celle des agences. Le directeur peut cumuler les fonctions de gestion administrative et de responsable clinique ou bien être assisté d'un RSI pour le côté clinique. Tout comme dans les agences, le mode de gestion relève plus de la taille de l'organisation que de son type (national ou local). Dans l'association qui compte le moins de personnel, le directeur administratif assure aussi les fonctions de RSI. Cette fonction est partagée avec un responsable de secteur de soins spécifiques. Les deux travaillent en concertation étroite pour le recrutement et l'embauche du personnel. Ils assurent le suivi et l'encadrement des infirmières selon le secteur de soins dont ils sont responsables, suivant le même principe de concertation étroite en cas de problème.

Dans le cas de l'association de plus grande taille, la gestion des soins infirmiers est assurée par l'équivalent d'un RSI qui supporte certaines tâches administratives mais dont le travail est essentiellement concentré sur la gestion du personnel infirmier (dont la participation au processus de recrutement et de sélection des infirmières), son encadrement, le suivi/soutien clinique et la supervision.

Recrutement et sélection des infirmières

Recrutement et sélection dans les CLSC

Dans les CLSC, le recrutement des infirmières se fait par affichage de postes. Les critères de sélection sont relativement homogènes dans le réseau compte tenu de la mission commune des CLSC et de leurs besoins semblables. Deux critères principaux sont mis de l'avant : le niveau de formation et l'expérience professionnelle. Ils sont cependant complétés par d'autres critères qui réfèrent en partie aux capacités globales relatives à la gestion d'une charge de travail intégrant une marge d'incertitude, et en partie à un certain nombre de valeurs attendues dans les professions de l'aide et des soins (Cognet, 2002; Gagnon et al., 2000).

Niveau de formation

En dépit des orientations de l'OIIQ qui, dans le courant des années 90, promouvait le baccalauréat pour toutes en l'an 2000, une proportion relativement importante d'infirmières des CLSC à l'étude ne sont pas des bachelières (de 7% à 63% selon le CLSC, pour une moyenne de 31.5% sur l'ensemble des CLSC concernés). Ceci tient à plusieurs facteurs.

Notons en premier lieu que dans le réseau des CLSC, les infirmières embauchées avant le début des années 90 n'étaient pas soumises à l'exigence d'un baccalauréat. Par ailleurs, les directions des CLSC ne partagent pas toutes le point de vue prôné par l'OIIQ. L'exigence ou non d'un baccalauréat procède en effet fondamentalement de deux visions de la profession qui tendent à s'opposer. L'une, qui tire la profession « vers le bas », est centrée sur l'exécution de la tâche. La compétence de l'infirmière se mesure alors à ses connaissances techniques, sa dextérité et sa capacité à exécuter les soins prescrits. L'autre vision, qui tire la profession « vers le haut », prêche pour une professionnelle autonome formée au diagnostic et à l'évaluation, cheminant vers les pratiques avancées. Ces deux tendances s'expriment assez nettement dans les CLSC à l'étude. Ainsi, la moitié d'entre eux (3 sur les 6) n'ont jamais inclus le baccalauréat dans leurs critères d'embauche, estimant l'expérience professionnelle et les compétences personnelles de l'infirmière tout aussi satisfaisantes que le fait de détenir un diplôme universitaire. Par ailleurs, l'un et l'autre des deux niveaux de formation leur paraissent présenter, quoique sur des aspects différents, des points forts tout autant que des lacunes auxquelles seule l'expérience peut remédier.

« Dans le concret, on observe des forces et des lacunes à différents niveaux. Une infirmière qui n'a pas de formation universitaire n'aura peut-être pas autant d'habiletés au niveau d'une connaissance générale des fondements de la pratique ou de la clientèle, ou des façons d'analyser; elle aura peut-être un peu plus besoin d'accompagnement. Mais c'est variable d'une infirmière à l'autre. On a d'excellentes infirmières qui avec seulement une technique, sont plus compétentes que des infirmières de niveau maîtrise. Pour ce qui est des universitaires, leur formation était auparavant un peu moins forte au niveau des techniques mais ce fait a été signalé aux universités pour corriger la formation; et c'est moins important parce que très facile à rattraper une fois qu'elles sont arrivées dans la pratique. » (CLSC 2)

Dans leurs critères d'embauche, ces CLSC demandent un diplôme d'études collégiales (DEC) et un certificat (en santé communautaire, en services cliniques ou autres domaines pertinents comme la gériatrie). Les difficultés actuelles à recruter des infirmières viennent renforcer la position qui consiste à s'appuyer sur les compétences des infirmières diplômées d'un DEC en leur donnant la possibilité de combler leurs lacunes éventuelles par un soutien clinique pertinent.

« En contexte de pénurie, la question ne se pose probablement pas de la même façon que par le passé. Ce ne serait pas judicieux. Il faut plutôt tabler sur les forces des techniciennes et un bon accompagnement. » (CLSC 2)

Par ailleurs, au moment de la restructuration des hôpitaux au milieu des années 1990, tous les CLSC ont eu l'obligation d'embaucher des infirmières en ré-affectation de poste, bachelières et non bachelières. Depuis, certaines de ces dernières ont décidé de poursuivre leurs études pour obtenir leur baccalauréat, motivées par l'accès à une grille de salaire supérieure ou l'accès à des postes où ce diplôme est exigé (postes d'adjoint clinique par exemple ou ouverture de nouveaux postes d'infirmières dans des périodes où certains CLSC demandaient un baccalauréat). Mais toutes n'ont pas systématiquement entrepris cette démarche.

Enfin, si certains CLSC avaient tenté d'emboîter le pas au mot d'ordre de l'OIIQ, la pénurie d'infirmières dont les effets se font ressentir fortement depuis 2000-2001 les a reconduits aux critères d'un DEC assorti d'un ou deux certificats dans des domaines pertinents. Décision difficile pour plusieurs aux yeux desquels une formation universitaire est essentielle dans le contexte actuel de la pratique infirmière en CLSC. D'une part, les tâches à accomplir (fonctions d'évaluation, de jugement clinique, de décision) dans des situations parfois complexes exigent des compétences multiples et de haut niveau. D'autre part, du fait que les médecins ont peu investi dans les CLSC et qu'ils s'y font de plus en plus rares, les infirmières doivent être capables d'une plus grande autonomie. Selon les partisans de la formation universitaire, celle-ci permet aux infirmières d'acquérir des habiletés et des notions qui leur évitent de se retrouver démunies et leur permettent de prendre plus facilement des décisions, de l'autonomie, des initiatives, dimensions considérées comme inhérentes à l'épanouissement professionnel de l'infirmière dans un rôle qui est élargi, à l'image de la mission même des CLSC.

« Ça a toujours fait partie des valeurs du CLSC, de favoriser un épanouissement des infirmières, en termes d'actes, de faire en sorte qu'elles puissent en fait développer leur propre programmation. » (CLSC 4)

Les RSI de quelques CLSC ont jusqu'ici réussi à maintenir l'exigence du baccalauréat, malgré de fortes pressions exercées par des collègues et la direction qui seraient favorables à l'assouplissement de cette mesure, compte tenu, en partie, de la pénurie, mais aussi du coût des bacheliers. Comme le souligne un RSI: « J'ai encore des remarques à l'effet que ça coûte cher ». Une exception demeure toutefois, celle des infirmières affectées aux services d'Info-Santé pour lesquelles la formation spécifique en Info-Santé et l'expérience professionnelle deviennent les critères d'embauches, quel que soit le CLSC.

Expérience

Plus encore que le niveau de formation, l'expérience est un critère essentiel pour tous les CLSC, du fait de la complexité des tâches, de la polyvalence et de l'autonomie dont l'infirmière doit faire preuve. Les exigences à cet égard varient de 2 ans à 5 ans. Par ailleurs, en termes d'expérience, plusieurs insistent sur le fait qu'elle doit avoir été acquise en milieu communautaire vu le contexte spécifique de pratique en CLSC.

« L'idéal est l'expérience en milieu communautaire. Les infirmières bacheliers qui arrivent du milieu hospitalier et qui n'ont pas l'expérience en milieu communautaire peuvent se sentir en grande difficulté, spécifiquement au maintien à domicile, en raison du travail plus isolé. Une infirmière embauchée doit être non seulement compétente mais aussi sûre quant à ses capacités, son jugement. Elle doit avoir de la confiance en elle. » (CLSC 3)

« En milieu hospitalier, l'infirmière est beaucoup plus une exécutante qu'une professionnelle autonome. En CLSC, l'infirmière se retrouve seule avec le client. Donc elle est appelée à utiliser l'ensemble de ses habiletés pour évaluer la situation de santé, détecter l'anormalité, poser un jugement et prendre action pour pouvoir mobiliser les bonnes ressources. » (CLSC 2)

« On a des infirmières qui ont été transférées au CLSC dans la vague de fermeture d'hôpitaux survenue en 1997, qui nous disent avoir eu beaucoup de difficultés à s'adapter

aux exigences du travail en milieu communautaire, et que sans leurs nombreuses années d'expérience, il leur aurait été difficile de relever le défi. » (CLSC 4)

Comme pour la formation cependant, cette exigence se trouve à être reconsidérée, toujours à cause des difficultés de recrutement. Ainsi, quelques CLSC commencent à penser embaucher des infirmières finissantes. Avant de pouvoir passer à l'application, il leur faut toutefois résoudre le problème de l'encadrement supplémentaire requis par des infirmières sans expérience solide.

Autres critères de sélection

La formation et l'expérience sont des critères de base à partir desquels se vérifient les compétences professionnelles. Mais les CLSC attendent aussi des infirmières des habiletés personnelles, des « savoir-être » et des aptitudes qui viennent compléter leur capacité à travailler dans la communauté et en convergence des intérêts spécifiques de l'organisation. On retrouvera ainsi, dans l'ensemble des CLSC, des exigences relatives à la capacité d'autonomie, à l'esprit d'initiative, à la capacité de travailler en équipe multidisciplinaire, à l'ouverture d'esprit essentielle pour intervenir auprès d'une population très diversifiée, souvent très pauvre, dans le respect de sa dignité et de ses droits. Vu que le développement de l'autonomie des usagers, y compris en matière de soins, est central dans la perspective du réseau public, l'infirmière doit aussi avoir des habiletés de pédagogue.

La polyvalence est un autre critère fréquemment nommé, en référence aux tâches à accomplir dans les services courants des CLSC. Plusieurs de ces tâches exigent des compétences spécifiques rarement ou jamais confiées à des remplaçantes venant des agences, à moins qu'elles aient été formées et « entraînées » par le CLSC pour les assumer. On mise plutôt sur la polyvalence du personnel régulier pour favoriser les remplacements entre collègues à l'interne et s'assurer ainsi de la qualité des soins.

Dans les CLSC qui ont un mandat de recherche, l'intérêt pour la recherche fait aussi partie des critères favorables à l'embauche des candidates.

Enfin, conformément à la législation du Québec sur les services publics, le bilinguisme français-anglais fait partie des critères de base. Compte tenu de la diversité linguistique de la clientèle des CLSC la connaissance d'une troisième langue devient un atout supplémentaire.

Quant à la diversification ethnique du personnel infirmier, bien que les CLSC participant à l'étude couvrent des territoires à forte densité multiethnique, elle ne fait pas systématiquement partie des critères de sélection (aucun des six CLSC ne possède de politique de quotas relative à l'ethnie des infirmières). Nous constatons toutefois une diversité ethnique plus ou moins prononcée selon le CLSC, cette diversité demeurant malgré tout dans l'ensemble plutôt faible comparativement à la diversité des populations desservies¹. Par ailleurs, si le critère d'une 3^{ème} langue, compétence linguistique que l'on retrouve souvent chez les immigrants et leurs enfants, peut être vu de façon favorable, dans les CLSC. Les responsables hésitent pourtant à le privilégier formellement dans le recrutement par crainte des réactions des natifs descendants de parents Canadiens qui sont, le plus souvent plutôt bilingues français-anglais. Cependant, les responsables que nous avons rencontrés croient que leurs infirmières sont très ouvertes à la diversité ethnique. Peut-être parce que, comme il nous a été dit à plusieurs reprises en entrevue, « les gens connaissent le quartier, ils savent quelle est la population. Celles qui n'aiment pas les ethnies, elles ne viennent pas ici. »

Procédure d'embauche et gestion interne

L'ensemble des CLSC utilise une procédure d'embauche semblable. Les services administratifs reçoivent les candidatures (lettre et curriculum vitae) dont ils visent la conformité. Celles qui sont retenues lors de ce premier tri font l'objet d'une évaluation avec le RSI en vue d'une convocation pour entrevues.

Les entrevues de sélection sont effectuées par un comité de deux à trois personnes. Le RSI est normalement toujours sur ce comité auxquels se joignent soit un ASI, soit un cadre des ressources humaines, soit un ou plusieurs chefs de programme (selon le CLSC et selon le poste ouvert).

¹ - Les CLSC ne tiennent pas de statistiques sur l'origine de leur personnel. Les RSI n'ont pu nous fournir que des indications approximatives, soit de mémoire, soit à partir du patronyme des personnes. À part deux CLSC (1 et 3) où la diversité ethnique du personnel infirmier est plus notable sans toutefois être à la mesure de la diversité de la population du quartier (nos observations et un repérage à partir de la liste du personnel permettent d'évaluer les infirmières d'origine autre que québécoise à environ 25% du personnel infirmier), les autres CLSC identifient quelques infirmières (entre 3 et 10 selon le CLSC) d'origine autre que québécoise. L'ampleur de la diversité semble quant à elle assez limitée mais pourrait s'avérer très variable selon le CLSC. Le volet 2 de la recherche (enquête par questionnaire auprès de 260 infirmières) nous apportera plus de précisions à ce sujet.

Certains CLSC privilégient des entrevues individuelles, d'autres des entrevues de groupe, mais les contenus sont similaires : un questionnaire permettant de tester les connaissances, à partir de cas concrets, et une discussion, reposant encore sur des situations concrètes, qui permet, outre le savoir théorique, d'évaluer le savoir faire et le savoir être des candidates (modes d'interaction, façon d'établir les liens, comportement dans la relation à l'autre et en groupe, respect de l'autre, qualités d'écoute, d'expression des idées). Les cas soumis aux candidates reflètent la réalité du CLSC (type de soins et profil de la population en termes de pathologie mais également de caractéristiques sociodémographiques), ce qui permet entre autres de vérifier les compétences par rapport aux attentes et besoins de l'organisation. Le contenu de l'entrevue sera plus spécifique si le poste à combler concerne un secteur commandant une expertise particulière comme par exemple la santé mentale. Si la candidate satisfait à l'entrevue, le RSI ou un administrateur des ressources humaines fait les appels pour les références. L'embauche est suivie d'une durée de probation déterminée par la convention collective en vigueur dans les CLSC¹.

La promotion est à l'ancienneté pour les infirmières non bachelières, à la compétence pour les bachelières. À compétences égales, c'est l'ancienneté qui départagera les candidates.

Gestion des candidatures internes

L'infirmière qui veut changer de poste doit, de façon générale, procéder de la même façon que le font les infirmières de l'extérieur. La procédure est cependant variable selon les CLSC. Dans certains cas, l'entrevue est conçue en fonction du programme concerné. Dans d'autres cas, elle est plutôt adaptée au poste comme tel. En général, la candidate est reçue par le RSI, une personne des ressources humaines chargée du recrutement et le chef de programme du poste concerné (la présence de trois personnes étant alors privilégiée pour prévenir les choix arbitraires et assurer une majorité en cas de désaccord). Mais dans certains CLSC, le RSI n'est pas nécessairement présent. La durée

¹ - Selon de la dernière convention collective CLSC-FIIQ (2000-2002), la période de probation pour les infirmières (non bachelières) nouvelles salariées est de 45 jours (infirmières avec ou sans expérience) (art 1.04); celle des infirmières bachelières est de 91 jours si elles détiennent 1 an d'expérience, de 180 jours si elles ont moins d'1 an d'expérience (Annexe 5, art.2).

de probation, comme dans le cas d'une nouvelle recrue, est déterminée par la convention collective¹.

Recrutement et sélection dans les agences

Procédure d'embauche

Tout au long de l'année, les agences reçoivent des curriculum vitae (CV) d'infirmières qui souhaitent s'inscrire dans leur banque de personnel. Sur réception des CV, le RSI ou le directeur appelle les candidates pour vérifier leurs intérêts et disponibilités. La plupart des agences soulignent le fait qu'elles sont en recrutement permanent et qu'à moins de lacunes évidentes lors du premier appel, elles convoquent toutes les candidates en entrevue. La relance systématique de toutes les personnes qui ont envoyé leur CV illustre un contexte de forte compétition sur le marché des soins infirmiers, compétition qui se joue entre agences mais aussi entre secteur privé et secteur public.

« On est toujours en recherche. On ne se le cache pas, on court après, on se les arrache même! C'est une compétition incessante d'agence en agence et même du système public en agence et vice-versa. » (Agence 9)

La première sélection s'effectue à partir des types de profils en demande. Les infirmières qui, lors de ce premier contact, paraissent intéressantes à retenir, sont convoquées pour une entrevue. Dans les cinq agences de notre échantillon, la personne responsable de la gestion du personnel infirmier (RSI ou directeur) procède seule à la sélection. Lors de l'entrevue, toutes les agences vérifient le niveau de formation, l'expérience (type et durée), les compétences acquises au-delà de la formation de base (soins spécialisés, formation en Info-Santé, actes professionnels autorisés selon des ordonnances individuelles ou collectives). Elles approfondissent les intérêts de la candidate pour les différents secteurs de soins et les raisons pour lesquelles elles désirent s'inscrire auprès d'une agence.

Le plus souvent, l'entrevue se limite à un échange verbal. Néanmoins, les deux agences de plus grande taille (Agences 7 et 10) procèdent aussi à un test écrit soumettant la candidate à des situations concrètes dont une partie permet d'évaluer les compétences techniques, l'autre les savoir-faire professionnels (capacités d'évaluation par exemple,

¹ - Dans le cas d'embauche à l'interne, la convention collective prévoit une période dite « d'initiation et d'essai » d'un maximum de 30 jours pour les infirmières non bachelières (art. 13.12) et d'un maximum de 3 mois pour les infirmières bachelières (Annexe 5, art. 4.02)

autonomie, capacité d'agir dans une perspective systémique, globale) ainsi que les aptitudes et habiletés personnelles (écoute, empathie, ouverture d'esprit, respect, etc.). La procédure d'embauche de ces deux agences se rapproche beaucoup, en ce sens, de la procédure utilisée dans les CLSC. Cette similarité apparaît liée à leur statut d'unités inscrites dans des superstructures internationales ou nationales (de configuration divisionnalisée) auxquelles elles doivent fournir des rapports d'évaluation réguliers, à la fois sur la compétence et la « performance » des infirmières actives (mesurées par la satisfaction des clientèles institutionnelles) et sur la « performance » de l'unité, mesurée en partie à partir de ses résultats en termes de recrutement (nombre et qualité du personnel recruté, validité du processus de sélection). Les directions centrales de ces deux agences sont elles-mêmes soumises à des évaluations gouvernementales pour leur accréditation et appuient leur imprégnation du marché des soins infirmiers sur l'image de l'excellence de leurs professionnels et de la supervision rigoureuse de la qualité des soins dispensés.

Critères de sélection

Le niveau de formation ne constitue pas le premier critère de sélection dans les agences. Elles ne demandent que le permis de l'OIIQ, excepté dans les cas où elles recherchent une candidate pour répondre à une demande spécifique assortie d'exigences particulières (remplacement d'une infirmière bachelière, formation ou permis comme pour les vaccinations ou certaines techniques de pointe). La raison première est le fait qu'aucun CLSC ne pose d'exigences de cet ordre aux infirmières fournies par les agences (ni même se requestionne à cet égard, comme si s'était imposée en fait acquies la formule lapidaire : les infirmières non bachelières sont en agence /les bachelières en CLSC¹). Par ailleurs, les infirmières inscrites dans les agences ne travaillent pas seulement dans les CLSC qui exigent un baccalauréat (ce qui n'est pas le cas, rappelons-le, de tous les CLSC); or les autres milieux n'ont pas cette exigence, y compris envers leurs infirmières régulières (à l'exception, bien entendu, de postes spécifiques). De la même façon, vu leur mandat spécifique, la plupart des CLSC demandent aux non bachelières un certificat en pratique communautaire, ce que les agences n'ont pas à demander puisque les exigences des CLSC ne s'appliquent pas aux infirmières fournies par les agences et que ce type de formation n'est pas requis dans les autres milieux de pratique. On notera enfin

¹ - Si cette impression n'est pas totalement fautive, elle appelle pourtant des nuances. Nous en traiterons dans le volet 2 de l'étude.

qu'au-delà de ces considérations directement liées, en définitive, aux demandes du marché, l'absence du critère « niveau de formation » parmi les critères de sélection des agences peut aussi correspondre à un positionnement affirmé promouvant une vision de la profession fondée sur la reconnaissance des compétences professionnelles des infirmières non bachelières.

« Écoutez... J'ai jamais été aussi insultée que la journée qu'une infirmière bachelière est venue me dire en pleine face : « Depuis que j'ai fait mon bacc, maintenant je vois le bio-psycho-social. » [rires] J'ai dit : « Regarde. J'ai pas besoin de ça pour le voir, moi. » Écoutez, je veux pas dire que je suis anti-bacc, mais je pense qu'une infirmière d'expérience et une infirmière bien entourée, technicienne va être capable de faire la même job. [...] Es-tu capable de faire des soins aux clients et d'évaluer ton patient, d'évaluer toutes ses possibilités ? Et d'être capable de gérer son problème de santé ou de l'aider à gérer son problème de santé. Que t'aies un bacc ou un DEC, ta qualité d'infirmière est en dedans de toi. Et... On n'a pas lever le nez sur toi ou à te négliger ou à te rabaisser parce que t'as juste un DEC. Je veux dire, malgré toute l'expérience que j'ai aujourd'hui, avec vingt-cinq ans de nursing dans le corps, tout ce que j'ai fait, tout ce que j'ai accompli, et ce que je suis capable de montrer à bien du monde dans des CLSC, OK!, je suis même pas engageable dans un CLSC, vous rendez-vous compte de ça? Parce que j'ai pas de bacc... » (Agence 9)

Ceci dit, les compétences spécifiques en matière de soins spécialisés, formation en Info-santé, permis selon des ordonnances individuelles ou collectives, sont recherchés par les agences parce que très en demande dans les CLSC qui demeurent le principal bassin de placement de la plupart des infirmières. À la différence du niveau de formation, l'expérience est un critère important de sélection pour les agences, en tant que confirmation des acquis professionnels de l'infirmière et de ses compétences; mais n'est pas une exigence absolue. Encore là, les secteurs de travail des infirmières d'agence sont assez variés pour « donner une chance », comme le disent plusieurs responsables, à des infirmières finissantes qui présentent par ailleurs un bon potentiel de compétences professionnelles et d'aptitudes personnelles.

Dans les agences où les *valeurs de l'infirmière* sont considérées importantes (deux agences de notre échantillon : Agences 7 et 9) quoique subordonnées aux compétences dans les critères de sélection, elles sont vérifiées dans les discussions, généralement à

partir de mises en situations. Nous noterons ici que les responsables du recrutement des infirmières se décrivent comme des passionnés de la profession, qui choisissent de garder un lien étroit avec la pratique et qui portent un idéal infirmier où la dimension humaine prend une grande place. Cette coloration humaniste de la profession est un autre exemple de trait transversal aux différents établissements des trois secteurs (on la retrouve plus particulièrement dans les associations mais aussi de façon prégnante dans certains CLSC) qui n'est pas sans colorer aussi, comme nous le verrons un peu plus loin, les dynamiques internes (relations entre les cadres et les infirmières, relations entre collègues).

En matière de diversité ethnique, pas plus dans les agences que dans les CLSC, les responsables n'appliquent aucune procédure formelle ou politique de quota. Les responsables d'agence comme ceux des CLSC peuvent voir un certain intérêt à disposer d'infirmières parlant plus des deux langues officielles néanmoins ici, la logique marchande va en général jouer un rôle déterminant dans ce domaine et ce, que ce soit en faveur du recrutement des groupes ethniques minoritaires ou bien l'inverse. Ainsi, les caractéristiques ethniques de la clientèle et subséquemment de ses préférences sur ce plan, peuvent pour autant que les clients en formule le souhait, favoriser un *ethnicmatch*. Mais, la même logique peut s'appliquer pour exclure certains groupes. En particulier certains groupes ethniques pâtissent des stéréotypes et des préjugés racistes à leur endroit et dans ce cas, les responsables sont alors conduits à leur préférer d'autres groupes.

Recrutement et sélection dans les associations

La mission particulière des associations les place en dehors du système de compétition dans lequel se croisent le secteur privé marchand et le secteur public.

Le volume d'activités que ces associations sont en mesure de déployer est lié au volume de dons qu'elles recueillent pour leur fonctionnement. Elles ne procèdent donc au recrutement d'infirmières que lorsque les budgets disponibles leur permettent d'accroître leurs effectifs ou lorsque survient un départ. Le recrutement s'effectue soit par les moyens classiques (annonces dans les journaux), soit par référence de leur personnel.

Procédure de sélection

La procédure de sélection partage beaucoup de points communs avec les CLSC et les agences de grande taille : une première vérification téléphonique des intérêts,

disponibilités, compétences acquises (formation, expérience), suivie d'une entrevue si la candidature s'avère intéressante.

Deux personnes procèdent aux entrevues (le directeur ou le RSI et un collègue cadre). Les questions posées au cours de l'entrevue, qui se passe de façon verbale seulement, sert à vérifier en premier lieu les intérêts de la candidate à travailler pour un organisme sans but lucratif dédié essentiellement aux soins palliatifs et au soutien à la communauté. Elle couvre une partie « approche » et une partie « technique » où sont vérifiées les compétences, connaissances techniques, savoirs-faire et savoirs-être de la candidate, ses valeurs, habiletés et attitudes personnelles.

Critères de sélection

Au niveau de la formation, tout comme les agences et plusieurs CLSC, les associations n'exigent pas le baccalauréat, à moins qu'il s'avère nécessaire pour les tâches confiées. Mais comme l'oblige la loi, toutes les infirmières devront avoir acquis l'autorisation d'exercice de l'Ordre des infirmières (OIIQ).

L'expérience demeure en revanche un critère important, en particulier dans le domaine des soins palliatifs où travaillent les 2 associations participant à l'étude. L'exigence à cet égard est de 2 à 5 ans, ceci tant en considération de l'expertise professionnelle que pour des raisons d'âge, de maturité émotive, d'équilibre et de capacité de mettre des limites. De l'avis des responsables, le travail en soins palliatifs comporte en effet des dimensions éprouvantes que l'infirmière doit être préparée à affronter.

« Je ne ferais jamais ça à une de mes collègues, d'embaucher une fille de 18 ans et de la placer directement en soins palliatifs, ni en termes d'expérience de vie ni en termes d'expérience professionnelle. On voit que les infirmières ont besoin de ces 2 niveaux d'expérience pour accompagner les malades en fin de vie, parce que c'est être confronté tous les jours à la mort. Ça prend une expérience de vie pour absorber tout ça, accompagner le malade correctement et en même temps, se protéger. Parce que même quand nous avons l'âge et l'expérience, on sait que la pratique de soins palliatifs fragilise parce que nous faisons affaire tous les jours à des choses très tristes, pas seulement la mort mais aussi les histoires de vie des gens. » (Association 15)

Pour les soins autres que les soins palliatifs, l'exigence est d'avoir acquis de l'expérience en santé communautaire ou dans la communauté (travail bénévole, en coopération

internationale), cette expérience étant considérée comme un indicatif de valeurs d'engagement social.

Les valeurs portées par la personne et le partage des valeurs de l'organisme constituent en effet un critère central, dans les deux associations.

« Il y a des valeurs humaines que je recherche chez l'infirmière. Elle doit être capable de m'exprimer les valeurs qui l'orientent vers les soins palliatifs. (...) Il faut que je sente cette motivation pour pouvoir dire : cette infirmière a vraiment le profil de notre association »

(Association 15)

La candidate qui ne partage pas ces valeurs n'est pas retenue parce qu'elle aurait de la difficulté à s'intégrer aux équipes de travail et accomplir ce qui est demandé sur le terrain. Ces valeurs sont « mesurées » entre autres par des mises en situation où s'exprime la vision de la candidate, tout particulièrement pour ce qui est de sa capacité de respect de l'autre, dimension nodale de l'approche des associations y compris quand le patient ne partage pas les options de l'infirmière.

« Il y a des infirmières qui se donnent pour mission de « convertir » le monde, pour que tout le monde choisisse de mourir à la maison. Ce n'est pas ça que nous voulons. »

(Association 14)

La même logique s'applique en matière de diversité ethnique du personnel, les valeurs humaines de la personne sont placées bien en avant de la couleur de sa peau ou de ses pratiques et croyances culturelles, voire cultuelles. En ce qui concerne l'intérêt des infirmières pour une clientèle aux origines diversifiées, c'est à peu près la même réponse que celle donnée dans les CLSC qui prévaut : les infirmières restent par ce qu'elles aiment ce qu'elles font et les gens dont elles s'occupent.

Ajoutons cependant que si l'attitude clientéliste adoptée dans les agences poussent sans doute aux extrêmes le poids du critères ethnique dans le recrutement des infirmières, il n'est pas totalement exclu que cet aspect puisse interférer dans le recrutement au sein des deux autres types d'établissements mais les discours à cet égard sont plus retenus dans les CLSC et les associations dans la mesure où dans les CLSC ce sont les deux premiers critères qui sont fortement mis de l'avant, alors que dans les associations, les valeurs humanistes contrecarrent à peu près radicalement l'énonciation de ce type de discours.

Contrôle de la qualité des soins et soutien des infirmières

Dans les CLSC

Compte tenu de leur taille, de leur mode de structuration et d'organisation globale du travail, les CLSC présentent tous à peu près les mêmes mécanismes formels de contrôle de la qualité des soins et de soutien au personnel infirmier. Les nouvelles recrues sont soumises à une période de probation pendant laquelle elles sont supervisées administrativement par le chef de programme ou l'ASI et, sur le plan clinique, un conseiller clinique en collaboration avec l'ASI ou le chef de programme. L'ASI ou le chef de programme assure leur accueil et leur orientation. La supervision clinique est assurée conjointement par l'ASI / le conseiller clinique soit en les accompagnant – eux-mêmes sur le terrain, soit en les faisant accompagner d'une infirmière régulière. Un CLSC a systématisé cette pratique d'accompagnement dans son programme de Maintien à domicile (MAD) en joignant chaque nouvelle infirmière à une "marraine" qui l'encadre et l'accompagne dans tous ses besoins. L'accompagnement des infirmières affectées pour la première fois au maintien à domicile s'avère, pour tous les CLSC, une mesure essentielle. Le fait de se trouver seules à prodiguer des soins, donc dans un contexte exigeant beaucoup d'autonomie, peut en effet poser des difficultés aux nouvelles infirmières qui n'ont pas cette expérience et, a fortiori, à celles qui débutent dans le métier.

Des rencontres d'évaluation ont lieu aux termes du premier et du troisième mois, réunissant l'infirmière, le conseiller clinique (et/ou le cas échéant, l'ASI) et le RSI ou le chef de programme. S'il y a lieu, le conseiller clinique indique au chef de programme ou au RSI les besoins de formation complémentaire de l'infirmière. Après la période de probation, le conseiller clinique continue de superviser les infirmières auprès desquelles il sert de personne ressource pour tout problème qui se pose dans la pratique. Selon qu'il s'agit d'un problème d'ordre administratif ou éthique, la situation sera soumise au chef de programme ou à l'ASI et/ou au RSI.

Le suivi de la qualité des soins est aussi soutenu par les sessions de formation offertes aux infirmières. Ces sessions répondent aux besoins de mise à jour des connaissances des infirmières ainsi qu'à la polyvalence recherchée par les CLSC pour leur permettre de déplacer les infirmières sur différents postes au besoin. On retrouve quatre types de formation : 1) des sessions ponctuelles de mise à jour des connaissances (techniques de

pointes comme l'utilisation de nouvelles pompes, soins spécifiques comme les soins de plaie) qui sont assurées soit par l'ASI, soit par une infirmière que le CLSC a déléguée pour suivre cette formation et la retransmettre à ses collègues; 2) des formations ponctuelles relatives à la certification de soins spécifiques délégués par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Ces formations, dispensées selon les besoins du CLSC, peuvent être assurées par un formateur interne ou externe. Généralement, elles sont redonnées régulièrement, chaque année ou aux deux ans, afin d'assurer le maintien des compétences du personnel; 3) des formations thématiques régulières dispensées environ une fois par mois, par l'intermédiaire du CII (conférences-midi) ou dans le cadre des programmes de formation continue des CLSC sur des questions rejoignant les besoins identifiés dans le milieu (violence, relations interculturelles, relations intergénérationnelles, dynamiques familiales, santé mentale, suicide, soins aux personnes âgées, etc.); 4) une à deux sessions par année dispensées par la Régie régionale à l'ensemble des CLSC (par exemple, nouvelles façons de faire le triage, évaluation multiclientèle).

Pour soutenir le personnel infirmier au niveau clinique, les ASI leur remettent aussi les protocoles, règles et méthodes de soins mis à jour régulièrement. Les questions concernant l'ensemble du personnel infirmier sont acheminées au CII qui demeure toujours une ressource à laquelle les infirmières peuvent s'adresser autant pour des points cliniques que des points d'éthique professionnelle. Les relations entre les infirmières et le CII sont facilitées par les rencontres fréquentes à l'occasion des réunions régulières du CII (entre autres composé, on s'en rappellera, d'infirmières de chaque programme) et des midis-conférences organisés par ce dernier.

Certains CLSC se sont dotés de mécanismes supplémentaires de supervision et de soutien aux infirmières qui, à un degré ou à un autre, indiquent une certaine marge d'autonomie et d'affirmation professionnelle ainsi qu'une forme de collégialité fondées sur l'expertise des infirmières. Sur ce plan, ces CLSC (2, 3 et 4) tendent à rejoindre les entreprises de configuration professionnelle. Le CLSC 2 a créé un poste de conseiller en soins infirmiers pour apporter un support aux équipes et à l'ASI qui peut le consulter en tout temps. Les infirmières du CLSC 3, tel que mentionné précédemment, bénéficient du support d'un conseiller clinique qui, entre autres, délivre des certifications pour des soins techniques complexes, après vérification des compétences (les ordonnances individuelles

et collectives demeurent sous la responsabilité du RSI). Ce conseiller clinique assume également tout le soutien informel dont les infirmières ont besoin.

« Elles m'appellent même si elles ont perdu leur pagette. Elles m'ont identifié comme étant disponible. » (CLSC 3)

Quant au CLSC 4, il a développé un concept de supervision à trois niveaux incluant la consultation entre pairs, individuellement ou en réunion d'équipe, la consultation individuelle avec l'ASI (en priorité), et la supervision en groupe (horaire pré-établi de trois heures par mois, par programme). Le RSI rencontre de son côté fréquemment les ASI et les chefs de programme pour discuter collectivement des problèmes rencontrés.

L'ensemble des CLSC encourage par ailleurs fortement leurs infirmières à poursuivre leur développement professionnel en leur offrant la possibilité de prendre des jours de congés pour études (jusqu'à 5 jours par année) ou d'aménager leurs horaires pour suivre des cours.

En résumé, nous pouvons dire que les mécanismes de supervision de la qualité des soins et de soutien formel aux infirmières sont amplement développés dans les CLSC, mais au détriment, semble-t-il, de mécanismes de soutien informels, notamment entre collègues. Trois possibilités se présentent : soit ils sont plutôt absents; soit les cadres n'y ont pas fait référence parce qu'ils tendent à penser plus spontanément aux mécanismes formels; ou encore, les infirmières échangent entre elles en s'apportant du soutien sans nécessairement que les cadres, pris dans leurs multiples tâches, aient la possibilité d'en avoir une pleine connaissance.

Dans les agences

Les mécanismes de contrôle de la qualité des soins et de soutien sont en général plus réduits dans les agences que dans les CLSC, et différents à plusieurs égards, ce qui est cohérent avec les différences de missions et d'objectifs des uns et des autres.

Globalement, lors de l'entrevue de recrutement, l'agence identifie les compétences de l'infirmière et les types de besoins auxquels elle peut répondre. Si l'infirmière est appelée à aller dans un établissement du réseau public, l'agence lui fournit minimalement de la documentation sur les protocoles de soins et les méthodes de travail qui y sont utilisées et lui donne une orientation (informations sur les modes de fonctionnement de

l'établissement et du service où l'infirmière doit aller travailler). Parfois, ces outils peuvent être relativement élaborés. Les compétences spécifiques du responsable de l'agence entrent alors en ligne de compte puisqu'il y injecte non seulement la documentation recueillie dans les établissements mais aussi des documents qui proviennent des formations qu'il a suivies ou qu'il a élaborées à partir de ses connaissances spécifiques.

« J'ai beaucoup de protocoles de ma clientèle pour remettre à l'infirmière, dire dans tel endroit, c'est le protocole à suivre. Naturellement, on ne peut pas être à jour comme les clients (établissements) mais on a beaucoup plus de collaboration de leur part à ce niveau-là. Les infirmières apprécient beaucoup, elles se sentent plus sécurisées » (Agence 16)

« À l'embauche, elles reçoivent un module de formation sur différents sujets, qu'elles doivent lire. Que ce soient des techniques nursing, des approches de clientèles, l'évaluation de la clientèle âgée à domicile, des mises en garde sur certains médicaments, des techniques de pompes, d'intraveineuse... » (Agence 9)

Autant que possible, dans les cas où l'infirmière est appelée à travailler en CLSC, toutes les agences complètent leur orientation par le jumelage d'une journée au moins avec une infirmière de l'agence qui travaille déjà dans un CLSC, surtout si l'infirmière doit aller en maintien à domicile. Cette période d'orientation, d'un ou quelques jours, est payée à l'infirmière par l'agence. Puis lors de l'entrée en fonction, toujours si une infirmière de l'agence est déjà en place, l'agence lui demande d'accueillir et guider la nouvelle recrue afin qu'elle bénéficie d'un support complémentaire à la prise en charge assumée par le superviseur désigné de l'établissement. Le procédé semble relativement facile à réaliser dans la mesure où l'on retrouve assez souvent plusieurs infirmières d'une même agence dans un même établissement.

« Il y a des CLSC où c'est facile pour moi. Quand j'ai huit filles à Verdun, je peux en envoyer une nouvelle, hein! Il y en a sept autres qui vont s'en occuper! » (Agence 9)

« En général, on place plusieurs infirmières au même endroit. Alors elles peuvent s'entraider facilement. » (Agence 12)

« Pour les soins à domicile, on a des CLSC dont on va utiliser le terrain pour la formation. Parce qu'on a des infirmières qui y vont souvent. À ce moment-là, on va procéder par jumelage. » (Agence 10)

Un suivi téléphonique immédiat avec le superviseur (le lendemain ou dans les jours suivants, selon la durée du placement) est ensuite effectué pour vérifier sa satisfaction quant aux compétences de l'infirmière et, si l'embauche se prolonge, identifier les lacunes qui commanderaient une formation complémentaire.

« Si c'est un CLSC, peut-être pas la journée même mais deux à trois services plus tard, on va appeler la personne responsable, la personne contact, pour faire un suivi. On envoie un formulaire d'évaluation pour vérifier quels sont les points faibles et les points forts et s'il y a lieu, à ce moment-là, on donne une formation. » (Agence 7)

Par la suite, certaines disent faire un suivi de la qualité des soins par « communication régulière avec les responsables du milieu de travail des infirmières » (Agence 12). D'autres mentionnent simplement que « aussitôt qu'il y a un problème, qu'il y a une situation à discuter, le client, l'employé peut appeler [le responsable] » (Agence 16). « Comme on dit, pas de nouvelles, bonnes nouvelles » commente le responsable de l'agence 10.

Toutefois, les agences de grande taille qui sont tenues à des rapports d'évaluation réguliers de leurs employés (Agences 10 et 7), effectuent aussi des contrôles de la qualité des soins auprès des employeurs, soit par téléphone, soit par écrit, trois mois après l'embauche de leurs nouveaux employés et une fois par an pour les anciens. Les échanges avec les superviseurs permettent entre autres d'identifier les outils et les formations complémentaires qu'il y aurait lieu de donner aux infirmières qui sont en emploi mais aussi à l'ensemble des infirmières, dans le but de répondre plus précisément aux besoins des établissements.

« Je le fais (appel téléphonique) dans un premier temps pour savoir si ça a bien été puis, en même temps, pour relever les forces mais aussi les faiblesses qui permettraient d'orienter ou de donner du support » (Agence 10)

L'orientation et surtout le jumelage avec une infirmière d'expérience préalablement à l'envoi dans un établissement, sont en fait les précautions les plus pertinentes que

peuvent prendre les agences pour s'assurer des compétences des nouvelles recrues. Certaines agences ne passent pas sous silence qu'elles reçoivent parfois des infirmières leur assurant détenir de l'expertise dans certains domaines alors qu'en pratique, des failles se révèlent :

« Des fois, quand elles viennent ici, les infirmières vont me dire qu'elles savent tout mais en réalité, elles ne le savent pas. Mais moi, je fonctionne sur la base que vous me dites la vérité. Je dois fonctionner avec ce que vous m'avez écrit. On veut offrir des services de qualité. Si vous ne vous sentez pas confortable avec une technique, il faut me le dire. »

(Agence 7)

Avec les clientèles d'usagers privés, les agences assurent aussi un suivi, par téléphone dans la plupart des cas, mais parfois aussi sur le terrain.

« Quand on donne un service privé, après trois semaines on fait un appel téléphonique pour voir si tout est correct. Je vais aussi sur le terrain. Ce ne sont pas des visites surprises. Donc, il y a une évaluation directe de ma part. Je vais chez le client. » (Agence 7)

Les suivis sur le terrain sont à vrai dire plutôt rares, à moins de problème signalé par l'infirmière elle-même, les usagers, ou une autre infirmière ayant pris la relève d'un quart de soins. On remarque que globalement, au niveau de la sélection des infirmières, de leur orientation et du suivi de supervision, les agences de grande taille (7, 9 et 10) déploient des mécanismes plus serrés que les autres agences. On sait que dans le cas des agences d'envergure internationale et nationale, elles doivent rendre des comptes à leurs directions centrales. L'une d'elles (Agence 7) apparaît toutefois plus stricte que les autres, tant au niveau des critères de sélection que de la supervision. Par ailleurs, on le verra plus bas, la formation donnée à son personnel dépasse la moyenne donnée dans les agences, y compris celle de niveau international (Agence 10). Elle est très proche à tous ces égards de l'agence provinciale (Agence 9), le nœud de convergence entre les deux semblant être en ce cas, comme pour l'inclusion du critère « valeurs » dans le processus de sélection, la passion des superviseurs pour leur profession et leur grande préoccupation pour le bien-être de la personne, qui dépend directement de la qualité des soins.

En termes de formation, l'effort déployé par les agences afin de mettre à niveau les compétences des infirmières en réponse aux besoins exprimés par les CLSC confirme le défi que représente la pratique dans ces établissements pour les infirmières provenant d'autres milieux ou n'ayant pas encore acquis d'expérience. Toutes les agences offrent des formations à leurs employées, leur base commune étant la mise à jour des techniques de soins. Cette formation est généralement dispensée par le responsable des infirmières ou une infirmière ayant suivi une formation spécialisée qui la retransmet à ses collègues. Au-delà des techniques de soins, chacune va offrir de la formation dans au moins un champ spécialisé comme Info-santé, les soins palliatifs, la santé mentale, selon les ressources humaines dont elle dispose et les demandes les plus fréquentes des établissements.

« On donne des formations qui sont offertes à tous nos employés sur différentes questions: soins de plaie, lavage de mains, comment s'organiser pour protéger son dos, l'approche des personnes, tout ce qui s'appelle soins palliatifs, comment gérer des situations de crise, les gens avec des problèmes de démence. Ça, c'est assuré par nous, parce que je peux le faire. Mais il arrive qu'on sollicite aussi des formateurs externes comme, par exemple, pour la réanimation cardio-respiratoire. » (Agence 10)

Les agences 7 et 9, qui se montrent particulièrement soucieuses du niveau de compétence des infirmières, offrent à celles-ci un éventail de formation très large et spécialisé, au moyen de mécanismes diversifiés : « La connaissance, c'est notre outil (d'infirmière) » dira une de ces deux agences. C'est pourquoi elle est disposée à libérer des budgets pour la formation des infirmières.

« Tous les deux mois, on offre des formations, des sessions d'information. On donne des formations au niveau dermato ; des formations en RCR : on l'offre à tous les employés mais pour les infirmières, c'est obligatoire, c'est certain. La prochaine formation qu'on va avoir va être au mois de septembre et elle va porter sur les pompes, parce que ça, c'est une chose avec laquelle les infirmières ne sont pas tout le temps confortables. Et aussi les formations au niveau de la vaccination antigrippale... On donne des formations au niveau de l'hépatite, au niveau de la méningite, qu'on a eu il y a deux ans... Moi je suis allée à la Régie, et toutes les infirmières qui voulaient y aller, on leur payait cette formation. Pour celles qui ne pouvaient pas y aller, j'ai donné cette formation quand je suis revenue ici. » (Agence 7)

« Mes infirmières reçoivent de la formation tous les mois par la poste. Elles viennent ici deux à trois fois par année pour des grosses formations de deux heures, trois heures et demi, quatre heures, avec des intervenants du milieu. Exemple, un médecin qui vient faire de la formation sur l'auscultation pulmonaire, des infirmières stomothérapeutes... les appareillages, les soins de plaies... des compagnies qui viennent faire de la formation sur leurs produits particuliers, des recertifications RCR... Je suis en train de négocier avec une infirmière de CLSC pour qu'elle vienne faire de la formation sur les modules d'évaluation multiclientèles, pour que mes infirmières soient adéquates pour remplir ces questionnaires au lieu de les faire de travers. Je les paye ces gens là quand ils viennent faire de la formation. » (Agence 9)

Une des agences s'est dotée d'une formation spécialisée en Info-santé. Elle déplore à ce sujet l'incapacité à former autant d'infirmières qu'elle le souhaiterait, faute de locaux adéquatement équipés pour l'apprentissage pratique. Un CLSC avec lequel elle travaille lui donne un accès à ce dispositif, ce qui demeure insuffisant pour répondre à la demande croissante.

« À toutes les années j'en forme à peu près au moins à tous les six mois, des fois tous les trois mois, dépendamment des besoins. On a une brique montée, qui vient d'Info-Santé, pour la formation, et on a une formatrice qui est apte à faire de la formation, et on les forme du côté pratique aussi, en collaboration avec un CLSC. On envoie l'infirmière avec notre formatrice, et elles ont la formation pratique, le suivi au niveau appels, l'évaluation... Malgré tout, on a beaucoup de difficultés à former au niveau pratique. Parce que les CLSC ne nous donnent pas la chance d'aller nous installer dans leur CLSC avec notre infirmière... Ça je le répète, j'aimerais beaucoup avoir de la collaboration... » (Agence 16)

Pourtant, cette collaboration entre les CLSC et les agences semble bien vivante, selon le témoignage de cette même agence comme de toutes les agences rencontrées. Dans leur effort de mise à jour ou de perfectionnement des infirmières, elles disent avoir fréquemment - et de plus en plus - recours aux CLSC. Cet « échange de bons services » est bien sûr autant à l'avantage des CLSC que des agences. Pour les CLSC, ces infirmières sont formées en fonction de leurs besoins spécifiques, selon leurs méthodes de travail, et en échange, ils ont la garantie de priorité d'embauche. Quant aux agences, elles bénéficient d'une banque d'infirmières qui répond mieux aux besoins des CLSC.

« S'ils l'embauchent pour le service courant, ils peuvent aussi la former pour Info-Santé, puis la former aussi pour maintien à domicile... Quand on parle des autres formations qui sont plus spécifiques... c'est spécifique aux CLSC, c'est spécifique aux genres de cas qu'ils ont, comme les pompes intraveineuses... les infirmières doivent être formées continuellement pour ces pompes-là. Alors là, on demande une collaboration des CLSC : s'ils ont une infirmière qui vient de chez-nous de façon régulière, - et ils le font, de plus en plus on a une bonne collaboration - on la paie, et ils leur donnent la formation. » (Agence 16)

Une forme de partage apparaît aussi dans le soutien aux infirmières. À partir du moment où elles travaillent sur une période régulière dans un CLSC, elles entrent dans la sphère de supervision-soutien de ce dernier et n'interpellent l'agence qu'en cas de problème qui n'a pu être résolu avec le CLSC. Ces problèmes peuvent relever de l'insatisfaction du CLSC quant aux compétences de l'infirmière, auquel cas l'agence tentera de trouver un terrain d'entente avec le CLSC. Ils peuvent aussi provenir de difficultés rencontrées avec l'utilisateur telles que des attitudes agressives, du harcèlement sexuel ou l'expression de racisme. Nous traiterons cette question particulière au chapitre 7. Pour notre propos du moment, mentionnons que dans la plupart des cas, la gestion de la situation est prise en charge par le CLSC du fait qu'elle est survenue dans le cadre de tâches accomplies pour le CLSC et avec un client de ce dernier.

Dans le travail qu'accomplit l'infirmière auprès de la clientèle d'utilisateurs privés de l'agence, elle peut compter sur une très grande disponibilité de la part de son employeur. Celui-ci est en général prêt à lui apporter tout le soutien clinique demandé, aller sur le terrain pour l'appuyer dans sa prestation de soins si nécessaire, appeler ou rencontrer les patients en cas de tensions ou de conflits. Son rôle est tout aussi important en termes de support moral auquel les infirmières semblent avoir souvent recours. Si la relation est la plupart du temps fondée sur une relation de confiance parfois doublée d'une collaboration de longue date, elle peut aller jusqu'à se traduire dans un rapport qu'un des répondants nomme ainsi :

« Bon, moi, je suis le père de tout le monde. Puis X, c'est leur frère, leur grand frère. Ils me content tous leurs problèmes de santé, familiaux, leurs soucis. Je connais à peu près tous les problèmes. Et XX, ils peuvent tout lui dire, même dans le genre: « Je ne veux

pas aller travailler là, je n'aime pas ça. Elles ont la possibilité de dire non, donc jamais elles ne vont se sentir harcelées. » (Agence 9)

Ce type de rapports entre la direction et les infirmières apparaît de façon particulièrement marquée dans deux agences dont les profils se rapprochent énormément non par la taille mais par leur processus de fondation, les affinités de secteur de soins et surtout le mode de gestion du personnel, basé sur un leadership très fort de la direction (sommet stratégique) sur un mode de type charismatique, caractéristiques des organisations entrepreneuriales de configuration centralisée.

Qu'en est-il du soutien entre collègues de ces agences ? Les données nous montrent que ce sont les seules agences où les infirmières semblent avoir développé un sentiment d'appartenance collective à travers les années. Nous ne parlons pas des infirmières employées depuis les dernières années mais de « noyaux d'anciennes » qui se retrouvent dans différentes activités organisées par l'agence pour permettre aux infirmières de se rencontrer et d'établir des liens. Si des liens cordiaux circulent entre toutes, ces « noyaux » qui travaillent ensemble depuis longue date sont attachés à l'agence et à sa direction, et constituent à leurs yeux un personnel fidèle et loyal¹. D'autres agences, dont les styles de gestion diffèrent (configuration de tendance divisionnalisée) nous parlent aussi de cette loyauté « d'anciennes » qui les ont suivies dans leur développement. Mais celles-ci participent peu aux activités que l'agence essaie d'organiser pour les rassembler, et se retrouvent essentiellement dans les milieux de travail, lors des sessions de formation ou pour la fête de Noël.

Dans les associations

La mission portée par les deux associations et leur philosophie de soins orientent de façon particulière leur mode de gestion de la qualité des soins et l'organisation du soutien formel et informel offert à leur personnel. Ne s'inscrivant ni dans une superstructure gouvernementale qui définit les mandats, objectifs de soins et objectifs de « performance » à réaliser, ni dans une structure à buts lucratifs qui impose elle aussi des normes à atteindre en termes de rentabilité et de mouvance de marchés, les associations peuvent plus facilement se concentrer sur « les objectifs clientèles » que les autres établissements de services souhaitent atteindre. Ceci ne signifie pas qu'elles sont à l'abri

de contraintes externes venant teinter leur action et leur mode de gestion, loin de là. Elles sont en étroite interaction avec le secteur public auquel elles doivent continuer de démontrer la qualité de leur expertise, et se meuvent dans un contexte économique qui limite leur capacité d'action. Toutefois, cette action et sa gestion peuvent être définies selon les objectifs et valeurs qu'elles se sont fixées dans le champ des soins infirmiers.

Les soins palliatifs à domicile, qui sont l'unique activité de l'une et l'activité essentielle de l'autre, exigent de la part des infirmières des compétences multiples au plan professionnel et humain. Ce type de soins commande aussi un système d'encadrement et de support très fort pour soutenir les infirmières dans leurs fonctions. Comment les associations assurent-elles cet encadrement et ce support à leurs employées ? Une phrase extraite du discours d'une des deux agences illustre très bien le fil conducteur qui soutient les modes d'encadrement et de soutien mis en place.

« Il n'y a pas une infirmière qui peut arriver ici, qui rencontre un problème, qui ne peut pas l'exprimer de peur qu'on la juge, que l'on dise qu'elle n'est pas assez compétente parce qu'elle n'a pas trouvé la solution. » (Association 15)

Lors de leur embauche, les nouvelles infirmières sont jumelées pendant deux semaines minimum avec une infirmière senior, « jusqu'à ce qu'elles soient autonomes ». Cette infirmière est en quelque sorte un « tuteur » auquel elles pourront se référer aussi longtemps qu'elles en sentiront le besoin. On retrouve le même type d'encadrement dans les autres programmes offerts par une des deux associations. Cette dernière invite malgré tout la nouvelle embauchée à passer une semaine avec une infirmière différente chaque jour, pour observer leurs méthodes de travail respectif. De l'avis du responsable de l'association 14 en effet, bien que toutes endossent les valeurs de l'association et travaillent à partir des mêmes principes, chacune, de par sa propre expérience et sa propre personnalité, donne une teinte particulière à son mode d'intervention. La nouvelle infirmière est conviée à observer ces différents modes d'application et d'interrelation en soins palliatifs, afin d'enrichir son bagage théorique et pratique et définir ainsi une façon de faire et d'être qui lui convient. Cette marge de manœuvre relativement vaste laissée aux infirmières de l'agence 14 est néanmoins encadrée par l'approche (modèle) McGill

¹ - Même si cela reste à confirmer, il appert que nos premières entrevues avec les infirmières semblent confirmer cette vision de leurs responsables.

adaptée au contexte particulier des soins palliatifs, le respect des choix de l'autre et de sa dignité étant les clés de voûte de la pratique dans ce domaine.

L'autre association (15) mise pour sa part sur l'application pratique uniforme, par l'ensemble de ses infirmières, du modèle qu'elle a élaboré. Pendant la période d'orientation/intégration, le responsable des soins infirmiers rencontre quotidiennement la nouvelle infirmière et son accompagnatrice (une infirmière senior) pour faire le bilan de la journée et une évaluation avec l'infirmière senior. Au cours des semaines suivantes, et jusqu'à ce que l'infirmière soit très à l'aise dans ses tâches, le suivi sera effectué avec les infirmières qui partagent le patient avec cette personne.

Un des principaux outils de soutien clinique, professionnel et personnel des infirmières, est ce que l'une des associations appelle le « frottement professionnel », qui a lieu quotidiennement, lorsque les infirmières terminent leur tournée. Ce mode de support entre collègues est facilité par le fait que les infirmières travaillent sur la route par demi-journées et sont donc, au minimum, amenées quotidiennement à faire rapport à une collègue, ou revenir à leur bureau où elles retrouvent la plupart de leurs consœurs après leur tournée du matin.

« Quand on arrive ici, l'après-midi c'est notre laboratoire. On met en commun ce que nous avons vécu et on dit: qu'est-ce qu'on peut faire pour tel malade, on ne trouve pas la solution; on va en parler avec une autre, on appelle ça notre « frottement professionnel », et on va trouver ensemble une piste de solution. On va l'essayer le lendemain matin, peut-être que ça marchera; et si ça ne marche pas, on retourne encore à l'équipe et ainsi de suite. » (Association 15)

Le responsable des soins infirmiers s'organise le plus possible pour être présent et ainsi, disponible pour répondre aux infirmières qui auraient besoin de ses conseils ou encore se joindre à elles. Il peut aussi en profiter pour assurer un suivi individuel.

Cette organisation du travail et des rencontres quotidiennes rejoint une des priorités des associations, soit être en mesure de traiter de façon immédiate tout problème survenant au cours de la journée et apporter un soutien tout aussi immédiat aux infirmières qui peuvent avoir vécu des moments difficiles dans le cadre de leurs tâches.

« Les cas les plus difficiles sont les cas des jeunes mourants, par exemple le cas récent d'une jeune femme avec deux jeunes enfants. C'est très difficile parce que les infirmières ont elles aussi des enfants et ça les touche beaucoup. Dans ces cas, elles ont besoin de tout le soutien entre elles. Elles parlent beaucoup entre elles. » (Association 14)

À ces rencontres quotidiennes sur le mode spontané s'ajoutent des rencontres structurées, soit pour discuter de questions administratives, soit pour des discussions collectives de cas.

« J'essaie de réunir l'équipe une fois par mois environ pour faire des mises au point sur des questions administratives; sinon, je suis capable de les voir toutes dans la salle tous les jours. » (Association 15)

« On a aussi des rencontres de gestion de cas toutes les trois semaines, qui réunissent toute l'équipe des infirmières et toute l'équipe administrative. » (Association 14)

Si le soutien entre collègues est une des pierres angulaires du fonctionnement des associations, les responsables des infirmières conservent quand même un rôle clé en matière d'encadrement et de supervision.

« Je supervise aussi le travail des infirmières et vois à l'application des correctifs nécessaires. Par exemple, je vais discuter avec l'infirmière qui passe 2h30 avec un client pour vérifier si ce temps est justifié et mettre les limites nécessaires. Je vais aussi évaluer d'autres aspects : la qualité de la relation avec le client, la satisfaction de ce dernier. Je reçois rarement des plaintes mais ça arrive de temps en temps qu'un client appelle pour dire qu'il n'est pas tout à fait satisfait. Si je reçois une plainte, il faut que j'intervienne. » (Association 14)

La difficulté des infirmières à poser des limites à leur intervention ou à leur engagement auprès des clients semble une préoccupation majeure des responsables.

« Je me donne pour tâche de mettre des limites. C'est assez particulier mais je me trouve souvent obligée de dire à mes infirmières: non, c'est assez. Non, tu ne pourras pas aller voir ce patient-là aujourd'hui, je pense qu'il est stable, ça va aller. Beaucoup de mes infirmières assistent aux funérailles, vont voir les gens au salon funéraire, vont visiter les familles, prendre le déjeuner avec elles en post-mortem, c'est quelque chose! Il faut les protéger d'elles-mêmes. C'est un des rôles que je me donne.... Je les vois au retour au

bureau. Je ne me déplace pas à domicile mais elles peuvent m'appeler du domicile pour n'importe quel type d'aide dont elles ont besoin, technique ou autre; une aide au niveau de n'importe quelle tâche, des dossiers, par exemple si elles ont oublié de faire un suivi. Je suis non seulement disponible mais disposée. » (Association 15)

Pour compléter les outils de support à leurs infirmières, les deux associations leur offrent aussi la possibilité de suivre des formations, soit à l'interne, soit à l'externe. À l'interne, il s'agit de formations ponctuelles organisées pour répondre aux besoins spécifiques exprimés par les infirmières: nouvelles technologies, revoir les techniques telles que l'examen physique pour s'assurer qu'elles sont bien à jour; développer des connaissances plus approfondies sur tel ou tel type de cancer. Une des deux associations offre aussi aux infirmières la possibilité d'une journée de formation payée par an, possibilité dont se prévalent 50% d'entre elles. L'association encourage également les infirmières à participer à des conférences touchant des questions qui les concernent. Enfin, une infirmière spécialisée dans le contrôle de la douleur est utilisée par une association comme personne-ressource pour ses collègues qui auraient besoin d'informations, conseils, support à cet égard. Elle est libérée une demi-journée par semaine pour affiner ses connaissances et donner de l'information aux autres infirmières.

Les relations entre partenaires de travail

Nous avons déjà pu pressentir dans les points qui précèdent l'existence de relations finalement plutôt serrées entre les CLSC et les agences. Ces liens peuvent être parfois un peu tendus (i.e. le sentiment des agences d'être menacées de « boycott » si une de leurs infirmières ne rencontre pas les attentes d'un CLSC, d'être plus ou moins bien considérées par ces derniers ou encore de recevoir un soutien insuffisant pour la mise à jour des compétences de leurs infirmières). Mais parce qu'ils sont indispensables, ces liens obligent aussi à des efforts de collaboration sur des bases revisitées de rapports d'affaires négociés au bénéfice des uns comme des autres. Avec les associations, les rapports des CLSC sont de nature différente. Ce sont des rapports établis sur le mode de la complémentarité, d'où les potentiels d'irritants ne sont pas nécessairement absents mais qui n'ouvrent pas la porte à des conflits d'intérêts puisque les services dispensés par les associations ne sont pas « vendus » aux CLSC et ne menacent pas de lui « ravir » une partie de sa clientèle, mais viennent en soutien à ceux que les CLSC offrent ou devraient offrir. Nous en reparlerons plus en détails un peu plus loin.

Le premier résultat qui ressort de nos données est de confirmer que la plupart des CLSC et des agences dont ils sous-contractent les services sont des compagnons de route depuis une bonne décennie. Chaque CLSC nous a fourni une liste d'au minimum quatre agences mais souvent plus (listes qui se recoupaient) en nous précisant qu'ils en utilisaient surtout une ou deux. Le critère de choix d'une agence ou d'une autre est le même pour tous, critère repris en écho par les agences elles-mêmes : les liens de confiance établis au fil des années. Ces liens datent parfois de plus de dix ans. Ils se sont tissés bien sûr entre le responsable de l'agence et le responsable de l'embauche dans le CLSC (habituellement, une personne des ressources humaines) mais ils renvoient aussi aux infirmières elles-mêmes.

« Idéalement, nous privilégions une agence avec laquelle nous travaillons depuis longtemps. L'avantage est d'être à l'aise pour leur dire qu'on ne veut plus d'une infirmière si elle ne nous convient pas ou qu'il faudrait améliorer certains aspects. Aussi, quand on connaît bien l'agence et ses infirmières, on peut réserver les infirmières avec lesquelles on souhaite travailler. » (CLSC 4)

Les liens personnels peuvent se développer de façon si fructueuse que les responsables de programme décident de contourner la bureaucratie administrative du CLSC et transiger directement avec l'agence après s'être entendus avec l'infirmière qu'ils veulent garder, bousculant une deuxième fois les règles de jeu habituelles.

« Moi, je suis difficile un petit peu. J'ai développé des liens avec une agence depuis longtemps. J'ai des liens privilégiés avec eux alors je leur demande une infirmière et ça va toujours bien. Ils font des pieds et des mains. J'ai apprivoisé un peu l'administration, je leur ai dit : Écoutez, quand j'ai besoin de quelqu'un, j'en ai besoin tout de suite... Alors je transige directement avec l'agence. Et actuellement, j'en ai une de l'agence, elle est ici ça fait tellement longtemps, mais tellement longtemps! Ici, au programme, elle est considérée comme un membre du personnel. Alors elle, elle négocie ses jours avec moi. Elle veut faire du quatre jours semaine, je l'accepte. Mais des fois si je dis : pourrais-tu me faire un cinquième jour, j'en ai besoin ? Bien elle va le faire. Et là, j'appelle l'agence et je leur dis : « bon, elle va travailler ici tel, tel, tel, tel jour ». Je m'arrange comme ça avec eux. C'est pas "kasher" mais j'ai développé ça avec eux. » (CLSC 6)

Le répondant de ce CLSC mentionne un fait qui n'est pas exceptionnel soit la présence, dans les CLSC, d'infirmières d'agences qui y travaillent de trois à cinq jours par semaine régulièrement depuis plusieurs années, sans interruption, tout comme si le CLSC était leur employeur. Ces infirmières en viennent à être considérées comme des membres du personnel tout en demeurant des employées de l'agence. Ce sont ces infirmières, entre autres, qui peuvent apporter le soutien nécessaire aux nouvelles infirmières que l'agence envoie. Le recours aux infirmières d'agences n'est cependant pas, nous dit-on, la formule privilégiée par les CLSC et plusieurs raisons sont évoquées en faveur de la diminution du personnel d'agences.

Aux dires des responsables, la première raison serait que celles-ci coûtent cher. En lien avec ces coûts, le personnel et les syndicats de plusieurs CLSC étudient de près la possibilité d'ouvrir des postes, solution qui selon eux ne reviendrait pas plus cher aux établissements qui utilisent un fort volume d'infirmières d'agences. Le RSI d'un CLSC (4) mentionne à ce sujet qu'une démarche entreprise auprès de l'équipe de direction (régie interne) a abouti avec succès sur l'ouverture de trois nouveaux postes en maintien à domicile (secteur où le besoin d'infirmières était le plus criant).

Au-delà du coût, le personnel impliqué dans les soins paraît singulièrement préoccupé par le manque de concordance entre les compétences des infirmières proposées par les agences et les besoins des CLSC dans le contexte actuel des soins infirmiers. Cette réalité est perçue comme problématique pour les CLSC qui engagent malgré tout des infirmières d'agences pour combler, au moins en partie, leur manque de personnel. Les infirmières du CLSC se retrouvent certes quelque peu allégées d'une surcharge mais d'un autre côté, le travail de certaines en est alourdi parce qu'elles doivent assumer une part de la tâche que ne peut exécuter l'infirmière d'agence ou bien lui donner un encadrement qui mobilise son temps. Certains CLSC se sont organisés pour éviter le plus possible de faire appel aux agences. Ils ont pour cela misé sur le développement de la polyvalence de leurs infirmières et ont regroupé certaines d'entre elles au sein d'une équipe volante. Lorsqu'un besoin apparaît dans un service, ils agissent alors en réseau interne, la polyvalence des infirmières permettant de les déplacer relativement facilement. Ce système résout aussi en partie le problème des infirmières d'agence n'ayant pas la formation requise.

« Il y a certains postes où l'on ne mettra pas une infirmière d'agence. Par exemple, si on a besoin d'une infirmière au triage, on n'y mettra pas une infirmière d'agence. On déplacera par exemple l'infirmière d'info-santé au triage et on prendra celle de l'agence pour info-santé. » (CLSC 1)

L'enjeu de cette question est bien sûr la qualité et la responsabilité des soins. Une autre stratégie pour assurer cette qualité malgré le recours aux agences replace sur le devant de la scène les liens privilégiés avec les agences. L'établissement de ces liens ouvre deux avenues permettant un ajustement à la situation actuelle, sans nuire à la qualité de soins recherchée. La première est le principe énoncé plus haut, de pouvoir réserver une infirmière connue par le CLSC, qu'il sait détenir les compétences et certifications requises pour effectuer les soins qu'il voudrait lui confier. Souvent, le CLSC pense à une infirmière qu'il a lui-même formée, qui connaît le CLSC et saura donc agir comme un membre régulier du personnel. Très concrètement, l'entente avec l'agence se décrit ainsi :

« Nous passons des ententes tacites avec l'agence qui nous assure d'avoir tous les jours la même infirmière de telle heure à telle heure, sur une période par exemple de trois mois, moyennant quoi nous assurons leur formation. Si la période est plutôt courte, nous négocions avec l'agence que la formation soit payée moitié-moitié par nous et par l'agence, parce que nous en tirons les bénéfices mais l'agence aussi en tire des bénéfices. » (CLSC 1)

« On a développé des liens avec certaines agences dont on a formé des infirmières. On a investi dans la formation de ces infirmières et on va donc de préférence vers ces agences parce qu'on sait que les infirmières sont compétentes » (CLSC 1)

Une autre stratégie développée par un chef de programme consiste à inviter systématiquement les infirmières de l'agence qu'elle privilégie à venir suivre les formations données pour ses infirmières du CLSC. Le temps de l'infirmière est défrayé par l'agence et la formation, par le CLSC. Mais comment se situent les agences par rapport à cette question ? Si nous récapitulons brièvement le contenu apporté plus haut, nous voyons se dégager quelques lignes de force. Pour les agences qui sont sur le marché dans l'espoir d'y rester et de prendre de l'expansion, la volonté affirmée des CLSC de se dégager progressivement des contrats de sous-traitance en soins infirmiers peut apparaître quelque peu déstabilisant. La vivacité avec laquelle les responsables

d'agences défendent généralement le niveau de compétences et le professionnalisme de leurs infirmières montre que la situation ne les laisse pas indifférents. Les demandes que ces responsables adressent aux CLSC témoignent aussi de la tension qui résulte du contexte actuel. Des demandes qui peuvent se résumer en trois grands traits : 1) être considérés comme des partenaires et des collaborateurs, avec lesquels donc il est possible de s'asseoir et de discuter des moyens à prendre pour que les besoins, l'offre et la demande, puissent se rencontrer; 2) dans la même veine, rectifier la tendance à éliminer une agence des listes de ressources sous le motif qu'une ou deux infirmières envoyées par cette agence se sont révélées non compétentes; 3) s'entendre sur les mécanismes qui pourraient permettre aux infirmières d'acquérir les compétences recherchées.

À côté de ces points qui concernent plus directement les agences en tant que telles, ressortent des doléances qui concernent les infirmières elles-mêmes. Certaines agences déplorent les déficiences qui surviennent parfois dans le soutien aux infirmières lors de leur arrivée. Néanmoins, certaines agences, y compris celles qui ont soulevé ces questions, reconnaissent que les relations avec les CLSC vont en s'améliorant, dans un rapport de plus grand respect et de plus grande collaboration. Les questions soulevées par rapport aux mécanismes permettant une meilleure rencontre des besoins CLSC - agences trouvent leur réponse dans les stratégies mentionnées plus haut, que les CLSC ont commencé à développer avec certaines agences pour former leurs infirmières selon des ententes de bénéfices réciproques. L'apparition même de ces stratégies pourrait d'ailleurs esquisser une nouvelle configuration des rapports entre les CLSC et les agences en matière de prestation de soins infirmiers, dans un contexte où les besoins sont en croissance, où le volume d'infirmières prêtes à combler ces besoins demeure insuffisant et où le recours à la sous-traitance est encouragé par les instances gouvernementales (que ceci soit d'ailleurs fait de façon implicite ou explicite)¹.

Les réflexions des responsables rencontrés tant dans les agences que dans les CLSC, relatives aux attentes des infirmières, tendent à indiquer une fragilité croissante des services de maintien/soutien à domicile. Les propos recueillis dans les CLSC, corroborés par les chiffres fournis par ces derniers, indiquent que ce secteur souffre très fortement de

¹ - Au moment où nous achevons ce rapport, le gouvernement du Québec vient de voter une série de nouvelles lois (lois 7, 25, 30 et 31 adoptées en décembre 2003) relatives à l'organisation de la santé et aux

la pénurie d'infirmières. De pôle d'attraction qu'il représentait avant le virage ambulatoire, il est devenu, depuis la Réforme, le « parent pauvre » des soins infirmiers et ce, pour de multiples raisons. Parmi les plus fréquemment évoquées, on retrouve la nécessité d'avoir une automobile et les tracasseries que posent les déplacements, particulièrement en hiver; la chronicité de la clientèle (peu d'améliorations visibles et peu de changements à la « routine ») et les réticences à aller au domicile des personnes par peur de se retrouver seules en face de situations difficiles, au plan clinique (décisions à prendre) mais aussi personnel (harcèlement, agressivité), ou encore à cause de l'insalubrité de certains lieux, des conditions d'hygiène et de vie de la clientèle (liées à la pauvreté) et de conditions de travail inappropriées (hauteur des lits non adaptés pour les soins, usagers sans mobilité, etc.).

« Le soutien à domicile, aujourd'hui, ce n'est pas très populaire! Si on recule dans les années passées, les infirmières qui voulaient venir travailler en CLSC, c'était le soutien à domicile. C'était merveilleux. Puis, avec tous les changements, les cas plus difficiles, le virage ambulatoire et tout ça, elles se sont rendu compte que le soutien à domicile, ce n'est pas un paradis sur terre; qu'en CLSC, il y a d'autres postes qui sont beaucoup moins difficiles. Si on travaille aux services courants, on est en dedans. On est à la chaleur. Qu'il pleuve, qu'il neige, qu'il vente, qu'il y ait de la glace ou pas, on stationne sa voiture le matin et puis on la reprend le soir. On n'a pas d'escaliers enneigés à faire. On travaille toujours dans un milieu soi-disant propre ou aseptique. En soutien à domicile, l'hiver, on a de la misère à stationner. On reste pris dans la neige. On s'en va l'été dans un troisième étage où toutes les fenêtres sont fermées. Ça pue, c'est... Il fait chaud... Les positions de travail ne sont pas faciles aussi. Quand on fait des jambes, assises par terre parce que la personne n'est pas capable de se bouger. On fait des traitements dans des lits ordinaires où on est très penchées. Les conditions de travail du soutien à domicile sont très difficiles. Ce qui fait que pour plusieurs infirmières, ce n'est pas tellement invitant. »
(CLSC 6)

Cette description très « vivante » d'un RSI permet de saisir non seulement la réalité concrète des soins infirmiers en maintien à domicile. Elle en illustre bien les difficultés mais aussi les compétences et qualités professionnelles particulières (compétences techniques, connaissances cliniques, autonomie professionnelle, sens des

conditions de travail, qui devraient, entre autres, se traduire directement par une augmentation de la sous-traitance des prestations de soins et des services.

responsabilités, capacités d'adaptation à l'environnement et aux situations, force physique, passion pour la profession et valeurs de dévouement) qu'exige la pratique dans ce secteur.

« Et il y a une autre raison aussi. Et je pense que c'est une raison qui est très importante, puis toutes les autres raisons pourraient être des prétextes à cette raison là. C'est l'isolement. C'est que l'infirmière est toute seule avec son patient. Et elle doit prendre des décisions, et elle doit être forte cliniquement pour prendre ces décisions... À mon sens, c'est le programme qui demande le plus de formation, le plus d'autonomie à nos infirmières et puis c'est rendu presque... Je dis que ça prend une vocation [rire] comme nos grand-mères disaient. Dans ce cadre là, l'autonomie, le sens des responsabilités, ça devient plus qu'une valeur. Je pense que ça devient une façon de travailler qu'elles aiment. Elles n'ont personne sur les talons. C'est des personnes, qui pourraient fort bien s'en aller en Afrique, dans le Grand Nord... En tout cas, il y a un côté missionnaire à travailler à domicile. Et c'est des gens qui ont une espèce de curiosité au niveau scientifique. C'est des filles que tu vas voir fouiller dans le CPS... Des petits docteurs ! [rire] C'est des petits docteurs. » (CLSC 6)

La part des services sous-contractés des agences (mis à part les demandes ponctuelles pour les vaccinations massives) qui servent à combler des besoins en MAD/SAD est effectivement très importante, dans presque tous les CLSC, ce qui illustre la difficulté à pourvoir aux besoins de ce secteur. À l'exception du CLSC 1 qui emploie à 99% les services des agences pour les services courants, et du CLSC 6 qui n'emploie que 35% des services d'agences pour le SAD, les quatre autres CLSC utilisent les infirmières d'agences à près de 50% et plus (jusqu'à 94% dans le cas du CLSC 3) pour le MAD/SAD. De leur côté, les responsables des agences participant à l'étude confirment la nette préférence des infirmières pour les services courants des CLSC au détriment du maintien à domicile. Les chiffres fournis par ces derniers illustrent cette tendance puisque de 50% à 75% des services procurés par ces agences aux CLSC sont allés aux services courants. L'écart entre les besoins des CLSC et les secteurs privilégiés par les infirmières des agences explique en partie pourquoi les CLSC recourent à plusieurs agences.

Cette question rejoint en partie les associations puisque le cœur de leurs activités est le soin à domicile auprès de personnes en phase terminale. De leur côté, ces associations ne semblent pas avoir encore rencontré de problèmes de recrutement. Il faut bien sûr se

resituer dans leur contexte particulier de fonctionnement où leurs effectifs ne peuvent pas être très élevés, malgré une demande croissante de services, vu leurs fonds limités. Dans leurs liens aux CLSC, ces deux associations font figure de partenaires offrant des services complémentaires à ceux du réseau public, auprès de personnes qui requièrent plus de soins et de présence que les CLSC ne peuvent en offrir ou dont ils ne peuvent tout simplement pas s'occuper, faute de personnel disponible. Les associations dispensent aussi leurs services aux personnes que le réseau public ne prend pas en charge parce que non éligibles à l'assurance maladie, comme les réfugiés sans statut par exemple ou les personnes en attente de leur résidence permanente. Précisons que la clientèle conjointe des CLSC et des associations est spécifiquement celle des soins palliatifs.

Le principe de la complémentarité avec le secteur public est rigoureusement respecté par les associations. Sur la base de ce principe, elles n'acceptent pas de s'impliquer auprès d'un usager sans avoir auparavant vérifié que le CLSC du secteur a été avisé et qu'il accepte sa présence dans le dossier. Le CLSC peut choisir de laisser l'association prendre le cas totalement en charge (en liaison étroite avec l'hôpital qui a généralement référé le cas ou dont relève le dossier de l'usager). Il peut aussi accepter de fournir certains services à la personne, que l'association complètera. Dans ces cas, l'infirmière de l'association et l'infirmière ou l'intervenant du CLSC travaillent en étroite collaboration, ce qui, selon un RSI (CLSC 3), est très apprécié par les infirmières des CLSC. La pratique auprès des personnes en fin de vie est en effet particulièrement lourde et chargée émotionnellement. Le fait de pouvoir se partager la tâche autour d'un même patient avec les infirmières des associations et avoir l'occasion d'échanger fréquemment avec elles, y compris sur le plan émotionnel, diminue le poids de leur travail. Enfin, si les services des agences coûtent cher aux CLSC, dans le cas des associations, comme le lançait en boutade un des responsables, « c'est nous qui finançons les CLSC » pour des services que ces derniers ne peuvent pas donner et pour lesquels les associations ne demandent aucune rémunération.

Trois types de secteurs, trois angles d'approche des soins infirmiers dans la mouvance pluriethnique montréalaise. Des styles de gestion qui les traversent pour les redistribuer sous d'autres angles d'affinités selon des types de structures, des types de direction, des types de personnalités, portés par une vision, une mission, une philosophie des soins infirmiers que nous allons maintenant tenter de cerner dans le chapitre suivant.

LA PHILOSOPHIE DES SOINS ET LES MECANISMES DE TRANSMISSION AUX INFIRMIERES

La question de la philosophie des soins laisse apparaître des différences de fond entre le secteur public, le secteur privé marchand et le secteur associatif. Globalement, une certaine homogénéité se dégage du réseau des CLSC du fait qu'ils sont les transmetteurs d'une vision et d'objectifs émanant du même appareil décisionnel externe auquel ils sont subordonnés (ministère de la santé et des services sociaux). Ils s'inscrivent donc tous dans un même courant sociopolitique sur lequel viendra se greffer la teinte particulière de chacun sans pour autant entamer le tronc commun qui définit leur action. Nous remarquons aussi une grande convergence entre les associations dont la philosophie des soins puise de la même façon à un même grand courant humaniste, caritatif dans leur cas. En revanche, les agences présentent un portrait que nous pourrions qualifier d'éclaté sur le plan de la philosophie des soins, laissant place à des variations qui vont d'un rapprochement avec la philosophie des CLSC à un rapprochement (rare mais présent malgré tout) avec les associations, le point de convergence étant celui du rattachement au secteur des activités commerciales qui détient sa propre logique. S'il est clair que dans les CLSC et dans les associations, la vision des soins est portée par la mission de ces organismes, dans les agences privées dont la mission est d'abord le placement des infirmières, la philosophie des soins, transmise ou non aux infirmières, relève en très grande partie du parcours personnel et des objectifs des directeurs de l'agence ou des responsables des soins infirmiers.

Les CLSC

La mission des CLSC, s'il faut le rappeler, est « d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis

leur soient offerts à l'intérieur de ces installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »¹

L'article 1 de la loi sur les services de santé et services sociaux définit clairement l'orientation que devront prendre les interventions, posant par là les contours de la philosophie qui devra les animer. Ainsi, l'objectif central sera « le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. »¹

Les principes sur lesquels s'appuie cette offre de services sont les principes d'accès universel aux services, d'une approche globale de la santé et du bien-être des personnes et d'une approche de soins multidisciplinaires. Ces principes s'accompagnent de valeurs portant sur le respect de l'intégrité de la personne, de ses droits, de ses choix et valeurs, de sa dignité, de sa vie privée et de l'intérêt collectif, de la communauté. Ils favorisent le développement de l'autonomie de l'individu et une collaboration étroite avec sa famille, les groupes communautaires et les autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

L'accomplissement d'une mission, le maintien des orientations et des objectifs définis dans les hautes instances décisionnelles à l'intérieur d'une gigantesque structure comme celle dont font partie les CLSC, passent par des mécanismes qui assureront une certaine homogénéité sinon de pensée, du moins d'action à tous les paliers, afin que l'action du centre opérationnel (les intervenants), clé de la réalisation concrète des objectifs, serve effectivement les objectifs poursuivis par la haute direction. Quand on parle d'intervention sociale et d'intervention en santé, une des clés du mécanisme permettant d'éviter l'éclatement du sens de l'action dans les multiples directions qu'elle pourrait prendre selon les cadres de référence et conceptions de chaque individu, consiste à se doter d'outils, voire d'un modèle précis d'intervention dont les cadres théoriques correspondent à la vision de l'entreprise et auquel chacun devra se référer et se conformer.

En ce qui concerne l'intervention sociale, le modèle systémique est apparu comme celui

¹ - Article 80 de la Loi sur les services de santé et services sociaux, consultable en ligne sur le site du Ministère de la santé et des services sociaux http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/com_ethique.html, Éditeur officiel du Québec mise à jour le 1^{er} novembre 2003.

qui répondait le mieux à la mission que s'était donnée le ministère de la Santé et des services sociaux. C'est donc celui qui sert de cadre de référence à l'intervention des travailleurs sociaux et agents de relations humaines dans l'ensemble du réseau et ce, depuis le début de l'implantation des CLSC. Les soins infirmiers de première ligne ont "échappé" en quelque sorte à cette forme de "normalisation homogénéisante" jusqu'au milieu des années 90, en partie parce que les modèles théoriques développés dans ce secteur étaient moins clairement reliés à une mission globale conçue par rapport à un projet de société et pour un réseau d'ensemble de services sociaux et de santé; du moins ils n'étaient pas perçus comme tels ni par les infirmières, ni même par leur hiérarchie et ce, en grande partie parce que les soins infirmiers étaient jusqu'alors sous domination du corps médical (Cognet et Raigneau, 2002). Ceci ne veut pas dire que les soins infirmiers ne participaient pas d'une mise en norme des corps physiques et de leur subordination au corps social² mais revient plutôt à dire que les infirmiers, leur hiérarchie et, au delà, l'appareil politique et technocratique qui les dirige, n'avaient pas vraiment jusqu'alors eu à y réfléchir du fait de l'hégémonie médicale sur le domaine. La situation des CSLC et le manque d'investissement des médecins dans le réseau a changé la face des choses. Le travail des infirmières s'est modifié, leurs responsabilités se sont accrues et elles doivent souvent assumer une plus grande autonomie décisionnelle, en particulier dans les soins à domicile. Ainsi que le mentionne un des RSI, tout cela « donne une autre perception de l'infirmière et ramène le médecin dans une "position satellite" comme les travailleurs sociaux, ce qui est très différent du milieu hospitalier » (CLSC 2). C'est dans ce contexte qu'au début des années 90, le modèle de soins infirmiers de Allen (1963)³, développé par l'Université McGill, a été identifié comme le modèle "rassembleur". Plus connu dans le réseau montréalais sous le nom de modèle McGill, ce modèle de soins infirmiers a été proposé comme référence commune à l'ensemble des CLSC. Son choix est fortement alimenté par le discours de la politique de Santé et du Bien-être du Canada, discours

¹ - Article 1 de la loi sur la santé et les services sociaux; Réf Ibidem

² - Nous adhérons aux thèses de Foucault (1976, 1997), en particulier au concept du biopouvoir, cadre largement repris et défendu par des auteurs comme Fassin (1996; 2000) et développé plus avant avec des auteurs comme Agamben (1999).

³ - Rappelons que les buts et composantes du soin sont définis par les modèles conceptuels. Chaque modèle propose une conception explicite du soin et définit son processus de mise en œuvre. La philosophie des soins de santé primaire et la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977) sont des sources d'inspiration pour Allen. Avec ce modèle de soins infirmiers, on s'éloigne du paradigme de la totalité qui prévalait (et prévaut encore) dans d'autres modèles tels que celui de Henderson, de Peplau ou d'Orem. L'accent est mis ici sur la santé (promotion). L'infirmière est encore l'experte, mais on voit poindre un rôle de collaboration avec la famille. De plus, l'infirmière est amenée à évaluer les forces (ressources) plutôt que les faiblesses de la personne.

influencé par le rapport Lalonde (1974) et les orientations de santé publique qui s'ensuivent depuis, dans la mesure où ce modèle avance une vision des soins infirmiers et une démarche parfaitement cohérentes avec le modèle systémique et les perspectives du ministère de la Santé et des Services sociaux. Plusieurs acteurs ont joué un rôle actif dans le choix et la diffusion du modèle McGill (OIIQ, MSSS, Régies régionales, Comité des RSI, etc.). Il est aujourd'hui difficile de retrouver précisément qui a commencé mais il est certain que *via* les RSI, ce modèle s'est diffusé à très grande vitesse dans tous les CLSC au tournant des années 90/2000. Il faut néanmoins, pour comprendre sa diffusion, considérer les réseaux établis où surviennent beaucoup d'échanges et de partage concernant les soins infirmiers, en particulier le Comité des responsables de soins infirmiers des CLSC de la région Montréal-Centre, qui se rencontre trois fois par année et auquel participent, sur une base volontaire et à titre d'observateurs, les RSI de Laval.

Même si la proposition ne vient pas de la base, tiennent à préciser certains RSI, l'implantation du modèle McGill dans le réseau des CLSC relève bien, quant à lui, d'un consensus du milieu à le reconnaître comme adapté aux soins de santé dont les CLSC ont la charge. Afin de s'assurer d'un consensus effectif des infirmières autour du modèle qui serait adopté dans l'établissement, chaque CLSC a procédé à une consultation de son personnel infirmier par le biais d'au moins une session de formation et de réflexion d'une journée au cours de laquelle un conférencier externe (la même firme dans tous les CLSC) est venu présenter les principaux modèles de soins infirmiers, incluant le modèle McGill. Au terme de la journée, il était demandé aux infirmières de choisir celui qui deviendrait leur modèle de référence et outil de travail commun. Le modèle McGill a finalement été adopté dans tous les CLSC à l'étude, par consensus des infirmières selon les RSI, et par "défaut", pourrait-on dire, dans un des CLSC (CLSC 6) où les infirmières avaient a priori retenu le modèle de Roy mais où la formation engagée a connu quelques anicroches. Aux dires des responsables de ce CLSC, les formateurs qui avaient pris le contrat pour assurer l'enseignement de ce modèle auraient "disparu" et il ne leur a pas été trouvé de remplaçant. En conséquence, le processus de consultation a été recommencé. Entre temps, le modèle McGill avait déjà été implanté dans une bonne partie du réseau et plusieurs infirmières formées à celui-ci s'étaient jointes au personnel du CLSC en question. Le choix de ce modèle, qui était classé deuxième lors de la première consultation, fut finalement entériné.

Pour les RSI et les autres responsables rencontrés lors de notre enquête, plusieurs

raisons ont motivé le choix du modèle McGill. Outre la pertinence qui lui est majoritairement reconnue en santé communautaire, il rejoint les valeurs que partagent en général les infirmières des CLSC quant au développement de l'autonomie de l'utilisateur, au rôle éducatif des infirmières et à l'importance de l'environnement. D'autres infirmières ont mis l'accent sur le fait que ce modèle offre des outils pour travailler de façon efficace, rapide et sans "bousculer" l'utilisateur. Un autre argument est à l'effet qu'il « remet beaucoup la responsabilité à la clientèle. Avec les autres modèles, c'est l'infirmière qui prenait tout sur son dos » (CLSC 3). Il aurait de ce fait, selon le CII et le RSI de ce CLSC, un impact pour prévenir l'épuisement professionnel.

Après l'adoption du modèle de soins infirmiers, tous les CLSC à l'étude ont mis en place un même système pour l'implanter dans leur établissement. Toutes les instances d'encadrement des soins infirmiers sont utilisées pour sa diffusion et soutenir son application. Au départ, des sessions de formation ont été dispensées dans tous les CLSC, en prévoyant les renouveler chaque année pour le nouveau personnel (ce qui ne s'est pas nécessairement produit, faute de temps ou de budgets conséquents). Les CII, responsables de la qualité des soins, veillent à la bonne application du modèle, en travaillant par exemple à un processus de révision de la façon dont sont rédigées les notes aux dossiers. Les RSI et les conseillers (adjoints) cliniques sont les "leaders" du modèle en tant que responsables de l'encadrement clinique des infirmières. Les agents multiplicateurs (infirmières) en sont à la fois les transmetteurs et les "gardiens", en tant que pivots auprès de leurs collègues.

Bien qu'adopté par processus de consultation et de vote des infirmières, et implanté "structurellement" dans tous les CLSC à l'étude, le degré d'adhésion du personnel infirmier au modèle McGill apparaît plus nuancé que ne pourrait le laisser supposer son processus d'adoption. Dans deux CLSC (CLSC 1 et 5), les résistances d'une partie des infirmières à son utilisation sont explicitement exprimées. Dans un CLSC (CLSC 3), aucune résistance ouverte n'est soulevée mais, bien que, comme dans tous les autres CLSC, les infirmières soient, d'une certaine façon, contraintes à utiliser le modèle vu que tous les outils utilisés dans les différents services sont des outils McGill, leur résistance s'exprime de façon passive par l'utilisation plus ou moins complète ou adéquate de ces outils.

Dans les trois autres CLSC (CLSC 2, 4 et 6), les RSI soulignent une certaine difficulté

d'intégration des concepts par les infirmières qui, par ailleurs, semblent s'efforcer d'utiliser de leur mieux les outils, les adapter et en développer de nouveaux. On note qu'en général, un certain enthousiasme par rapport au modèle McGill se dégage des propos des RSI. Cependant, bien que conquis au modèle, l'un d'entre eux n'hésite pas à reconnaître certains de ses inconvénients et à soutenir par exemple les plaintes des infirmières du MAD quant au temps d'écriture qu'exige l'utilisation des outils.

« Les infirmières font beaucoup de plaintes par rapport au temps que leur demande la rédaction et l'ensemble des démarches qu'implique le modèle (coordination des différentes ressources à impliquer). Le temps requis par ces aspects représente environ 50% du temps de travail de l'infirmière. C'est très lourd compte tenu du nombre de clients à voir. En soutien à domicile, l'infirmière va par exemple faire ses visites le matin; l'après-midi, elle devra consacrer son temps à la rédaction et aux démarches de coordination. Effectivement, on ne pourra pas tenir longtemps comme ça... » (CLSC 4)

Dans les CLSC où transparait une adhésion mitigée au modèle, son implantation semble avoir suivi des modalités particulières que nous pouvons retracer dans le discours des répondants. Là où la volonté d'implantation du modèle était très forte dans un espace ou l'autre de la hiérarchie, la direction se serait saisie de celui-ci, après le processus de consultation, pour l'imposer à l'ensemble des infirmières, en utilisant tous les mécanismes et instances auxquels le personnel à la base est subordonné. L'appropriation du modèle et de ses outils s'est alors trouvée à passer des mains du groupe professionnel des infirmières aux mains de la direction. De modèle professionnel de soins proposé pour soutenir la pratique, il s'est ainsi retrouvé à être perçu comme un instrument de pouvoir. Son utilisation ou non utilisation est alors déterminée par le rapport global des infirmières à leurs supérieurs hiérarchiques, du conseiller clinique à la direction générale.

Les modalités d'implantation du modèle McGill dans les CLSC à l'étude sont utiles pour illustrer les mécanismes de transmission des valeurs et philosophies d'action dans les établissements.

Si nous analysons le type d'implantation du modèle McGill dans les établissements en relation avec les types de gestion auxquels tendent, par certaines dimensions, ces établissements, nous remarquons que ceux où les infirmières ont adopté sans ambiguïté le modèle et l'utilisent sans résistance, tout en demeurant critiques par rapport à certains

de ses aspects (les CLSC 2 et 4), se rangent pour leur part sous une configuration à tendance professionnelle marquée, entre autres, par la place qui est donné aux infirmières (dans le premier il y a une volonté affirmée de recherche de consensus et dans le deuxième, les divers paliers que représentent les équipes et les groupes professionnels sont confirmés dans leurs responsabilités comme tels), alors que le CLSC où le modèle a été adopté plus ou moins par défaut mais est utilisé avec entrain sous les encouragements enthousiastes des cadres (CLSC 6), tend à se profiler parmi les organisations de configuration centralisée (taille de l'établissement, type de leadership de l'équipe de direction).

Cet exercice de repérage des modes de gestion est d'une grande utilité si l'on veut mieux cerner comment et pourquoi les intervenants à la base, les infirmières dans le cas qui nous intéresse, se définissent dans tel ou tel sens par rapport à leur milieu de travail, à leur profession, aux valeurs portées par ceux-ci et à quel point la philosophie portée par leur milieu de pratique peut influencer ou non leurs pratiques.

Dans ce cas précis de l'implantation d'un modèle de soins infirmiers en CLSC, l'exemple du CLSC 6 montre que la diffusion de la philosophie et des valeurs de l'entreprise procède aussi, partiellement, de phénomènes de cohortes ou de groupes de pairs. On parlait ici d'un groupe de nouvelles infirmières formées au modèle McGill, qui ont pu « faire pencher la balance » en faveur de ce modèle. Il n'en demeure pas moins que si la direction avait privilégié un modèle différent de celui choisi par les infirmières, on se serait fort probablement retrouvés dans la même situation qu'au CLSC 3, c'est à dire une situation de résistance passive à une pression exercée par la direction. La présence de cette résistance indique un potentiel de « contre-pouvoir » que détiennent les corps professionnels, y compris dans des entreprises où les mécanismes de décision vont du haut vers le bas et où les lignes hiérarchiques sont très importantes (entreprises de type centralisé et mécaniste). Toutefois, le fait que le mode d'expression de cette résistance soit le mode passif confirme pour sa part à la fois la pression normative qu'exercent ces entreprises où le pouvoir décisionnel est centralisé entre les mains de la direction, et à la fois les limites du « contre-pouvoir » des professionnels, pourtant lu bien souvent dans le réseau de la santé et des services sociaux comme un pouvoir effectivement opérant que détiennent ces derniers.

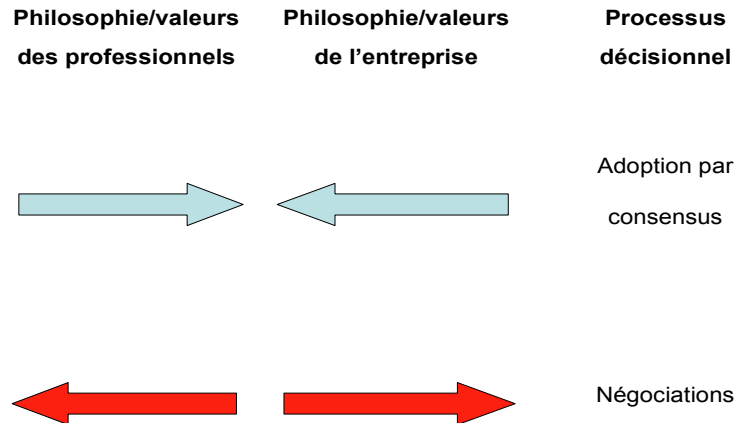
L'expérience d'implantation du modèle McGill tend à montrer que la construction des

valeurs au sein d'un groupe professionnel s'effectue au sein de ce groupe, sur des bases individuelles (parcours, expériences personnelles) et collectives (formation professionnelle, échanges entre pairs), même si elle subit possiblement l'influence d'une autorité administrative. Mais les valeurs portées par le groupe, la philosophie qu'il met de l'avant, ne pourront être mises en œuvre explicitement que si le style de gestion de l'entreprise s'appuie sur une décentralisation des pouvoirs décisionnels où les groupes professionnels jouent alors un rôle de premier plan comme acteurs de la négociation.

De la même façon, les valeurs portées par l'entreprise seront d'autant mieux relayées et correctement traduites dans la pratique si le groupe professionnel y adhère et les reconnaît comme légitimes à défaut d'être convergentes avec leurs valeurs propres. Concrètement, dans une entreprise où les administrateurs et supérieurs hiérarchiques sont reconnus comme des pairs (donc d'une certaine appartenance au groupe que ce soit au nom de leurs compétences professionnelles qui les assimileraient par la formation de base, par la discipline ou par sa proximité disciplinaire, ou au nom d'une histoire organisationnelle qu'ils partagent avec le groupe professionnel) et dont la position hiérarchique se justifie par des qualités particulières, comme par exemple une solide expérience de la pratique, de la gestion des ressources ou encore d'un sens du leadership charismatique, ces administrateurs ont un potentiel d'influence beaucoup plus élevé que dans des entreprises où ils forment un groupe clairement distinct - et distant - des professionnels. On pensera par exemple à des cas-types comme celui de l'agence 9 ou de l'association 15, où le charisme prégnant des directeurs peut être retracé jusque dans les entrevues avec les infirmières qui, au chapitre de leurs propres valeurs infirmières, font constamment référence, explicitement ou non, à la personnalité et/ou aux valeurs portées par leur employeur.

Dans l'ensemble des entreprises, la confrontation des valeurs propres aux groupes professionnels à celles des autorités administratives influe sur les processus décisionnels. Quand il y a convergence entre les valeurs portées par le groupe professionnel et celles portées par la direction (y compris par la ligne hiérarchique quand celle-ci est forte), les décisions résultent de consensus. En revanche quand il y a divergence, le processus de décision requiert des négociations (Cf. schéma 9).

Schéma 9 : Confrontation des valeurs entre le groupe professionnel et la hiérarchie administrative dans le processus décisionnel des entreprises

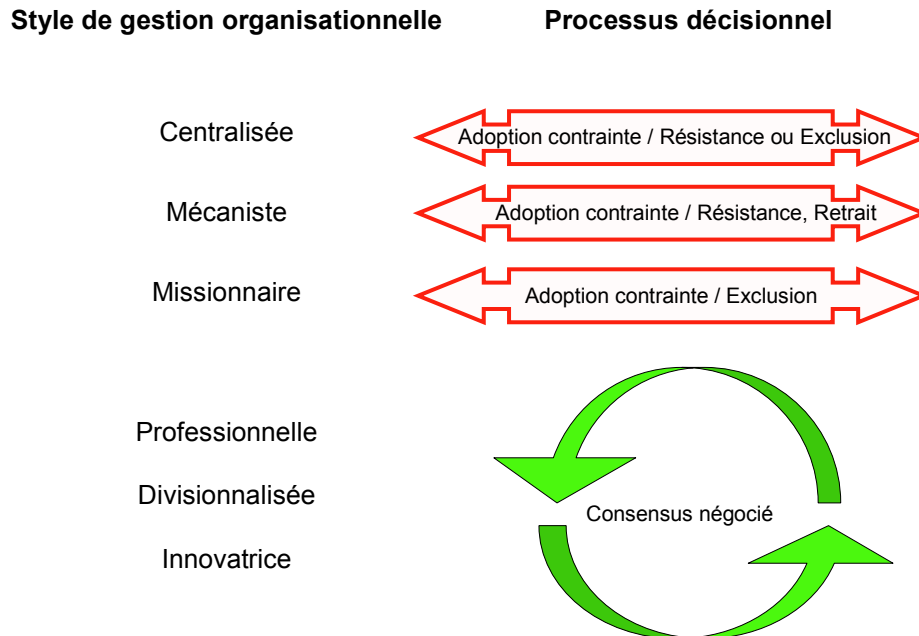


Dans les cas de divergence, le type de configuration organisationnelle préfigure le processus. Dans les entreprises où le poids de la direction domine sur le poids des professionnels (types centralisée, mécaniste et missionnaire), deux possibilités se présentent en cas de divergences entre les valeurs et la philosophie de la direction et celle des groupes professionnels : la résistance comme nous l'avons vu avec les CLSC 1 et 5 et en partie dans le 3, ou la rupture du lien d'emploi comme cela pourrait se produire, nous le verrons un peu plus loin, dans l'association¹⁵.

Dans les entreprises où, à divers degrés, le processus décisionnel est le résultat d'une dynamique d'influence réciproque entre les groupes professionnels et la direction (configurations professionnelle, divisionnalisée et innovatrice), les types de gestion favorisent la circulation des points de vue pour aboutir à des décisions fondées sur la négociation entre les parties. L'avis et les intérêts du groupe professionnel peuvent devenir prioritaires.

Ces mécanismes peuvent être représentés schématiquement de la façon suivante (schéma 10) :

Schéma 10 : Influence de la configuration organisationnelle sur le processus décisionnel en cas de divergence des valeurs entre le groupe professionnel et la hiérarchie



Les agences

La mission première des agences, en qualité d'entreprises commerciales spécialisées en soins infirmiers, est le placement des infirmières. La dimension de la philosophie des soins pourrait donc être totalement absente dans ce secteur à l'étude. Il s'avère qu'elle n'est effectivement pas présente chez les unes mais qu'elle s'affirme clairement chez les autres. Nos données indiquent que cette présence ou non d'une philosophie de soins explicitement mise de l'avant et sa diffusion auprès du personnel relèvent essentiellement, comme dans le cas des CLSC, de la taille de l'entreprise concernée, des origines de sa fondation, de la personnalité de son leader ou du responsable des soins infirmiers et de son style de gestion. Nous voyons ainsi trois grands profils se dégager.

Le premier profil est porté par une agence de grande taille, dont la gestion est de type divisionnalisée (Agence 10). Ici, la mission de l'entreprise peut se définir par le développement de son secteur d'impartition de services de soins infirmiers auprès d'une clientèle diversifiée (entreprises privées, secteur public de la santé, clients privés). Les

valeurs soutenant cette mission sont les valeurs gestionnaires de performance en termes budgétaires, d'expansion de marché et de satisfaction de la clientèle. Le secteur des soins infirmiers n'est pas géré dans une logique différente des autres secteurs d'activité de l'entreprise. Par conséquent, les notions d'approche en soins infirmiers, de modèles, de philosophie de soins ne font pas partie des dimensions auxquelles l'entreprise porte attention. La clé majeure, dans la perspective de développement, est le recrutement et la rétention de professionnelles dont les compétences répondent aux exigences du marché. C'est la tâche qui revient aux responsables locaux auxquels, nous l'avons vu dans les chapitres précédents, est laissée l'autonomie d'action nécessaire à la réalisation des objectifs, tout en étant soumis à de rigoureux contrôles de performance. Ces contrôles s'exercent au moyen de rapports hebdomadaires, mensuels, trimestriels, semestriels et annuels faisant état des démarches de recrutement accomplies et des critères de sélection utilisés, des compétences des infirmières engagées et de la satisfaction des clientèles.

Pour rencontrer les objectifs de recrutement et de rétention d'une banque d'infirmières répondant aux compétences recherchées, la principale stratégie mise en œuvre est d'offrir des salaires compétitifs, tant par rapport au secteur privé qu'au secteur public.

« Dans les premiers échelons, si on arrive dans n'importe quelle agence, c'est plus avantageux (que dans le secteur public). Le rapport entre public et privé reste toujours à l'avantage du privé pour les personnes qui font partie des huit premiers échelons. Après, on devient concurrentiels. » (Agence 10)

Sans être nommés, on peut faire l'hypothèse que les efforts de mise à jour des compétences, permettant à l'infirmière d'accéder à un plus large éventail de lieux et de postes, fait partie des facteurs favorisant une rétention du personnel. La qualité des relations entre le responsable et les infirmières constitue aussi un élément important, non exclusif à ce profil d'agence mais au contraire fortement souligné dans toutes les agences à l'étude.

« Une de nos forces pour garder le personnel est le fait, je pense, qu'il y a une appartenance. Je vais toujours me rendre disponible pour les infirmières, aussi avoir un bon contact, être "friendly". Puis on apprend à les connaître, on fait des 5 à 7 chez nous. On a aussi un petit journal, à toutes les deux payes, qui leur donne des petites

informations, les nouveaux employés, les fêtes. Tout ça crée un lien d'appartenance. »
(Agence 10)

Ces efforts n'empêchent pas un taux de roulement relativement élevé. Ce phénomène pourrait s'expliquer en partie justement par l'absence de projet collectif ou de mission rejoignant les préoccupations professionnelles des infirmières et le peu d'intérêt que représentent pour elles les projets et activités de l'entreprise. De son côté, l'agence explique ce taux de roulement par la position de force que le marché offrirait aux infirmières, qui les porterait à des exigences salariales élevées et à aller vers le plus offrant. Ce serait d'ailleurs, de l'avis de plusieurs agences, un des principaux facteurs d'instabilité de leur personnel. Outre les conditions salariales équivalentes ou supérieures au secteur public qu'elles offrent aux infirmières, les agences ont aussi développé des ententes de non concurrence avec les CLSC pour tenter de garder un personnel identifié comme très compétent. Ces ententes prévoient que si un CLSC décidait d'embaucher une infirmière d'agence, il devrait verser à cette agence une compensation financière (en heures de travail ou en honoraires) qui pourrait équivaloir à un nombre d'heures de travail allant de six mois à deux ans à temps plein. Les écarts d'information sur cette question sont très grands entre les CLSC qui parlent plutôt de 1 an à 2 ans et les agences qui parlent d'une moyenne de 15 à 18 semaines, un an à l'extrême limite. De son côté, l'infirmière s'engage, sous forme de contrat, à refuser les propositions d'embauche d'un CLSC où elle aurait été envoyée par l'agence, et ce pendant une période déterminée (en moyenne, de 12 à 18 mois). Notons que ces contrats ne sont pas toujours formalisés et n'ont pas de force légale.

Le deuxième profil qui émerge parmi les agences est encore celui d'une agence de grande taille (Agence 7) dont le type de gestion à configuration innovatrice et la vision des soins infirmiers se rapprochent de ceux d'une association (Association14). La particularité de cette agence est d'être centrée sur les soins à domicile et parmi eux, sur les soins palliatifs. Si son développement fait partie de sa "mission", elle vise aussi à développer des soins de fine pointe et « de qualité supérieure, axés sur les besoins de sa clientèle et répondant constamment à ses attentes »¹, dispensés par un personnel hautement qualifié. Ainsi, elle définit ses objectifs comme étant « d'être reconnue comme le chef de file au Canada pour la prestation de services de santé novateurs à domicile et dans les

¹ - Document promotionnel CLE 26B 02/01.

communautés »¹.

Selon le RSI, la direction centrale de cette agence est effectivement porteuse d'une philosophie de soins infirmiers, basée sur une approche globale de la personne tenant compte de ses besoins physiques, psychologiques, émotifs et sociaux. Cette approche s'assortit de valeurs humanistes qui se reflètent tant dans l'approche de la clientèle que dans le traitement du personnel. Les employés sont invités à agir en conformité avec la philosophie mise de l'avant par l'agence. Les relations décentralisées, non autoritaires, aux couleurs humanistes, que la direction entretient avec son personnel, favorisent la cohésion des équipes autour des objectifs et valeurs de l'agence. Ce type de gestion favorise aussi les communications rapides et informelles qui permettent d'avoir des réponses immédiates aux besoins, quelle que soit leur nature.

« Il y a une communication directe, c'est jamais à travers une hiérarchie. C'est comme ici, moi je peux aller à ma direction, mes coordonnatrices peuvent aller à la direction ou à moi... il n'y a pas vraiment de barrière, tout le monde est égal. » (Agence 7)

La très grande proximité du RSI avec les infirmières, la sélection exigeante qu'il effectue, à partir des compétences mais aussi des valeurs et approches de l'infirmière, et la supervision étroite qu'il exerce dans une approche cordiale et qui se veut constructive, sont autant d'éléments qui assurent probablement une adhésion du personnel qui travaille dans cette agence à la vision qui y est développée.

« Il faut avoir des infirmières que moi j'enverrais chez ma mère, avec laquelle je me sentirais tranquille, je serais sûre que les services seraient bien donnés. Alors ça fait partie du processus d'embauche, c'est l'examen, c'est l'entrevue et c'est les références aussi. L'infirmière idéale, c'est une personne "corps, esprit, âme". Je veux qu'elle s'occupe de ces trois sphères... Durant l'orientation, on leur explique tout ça. Qu'on veut offrir des services de qualité. Que si elles ne se sentent pas confortable (avec une technique), il faut le dire. Moi je suis infirmière en soins palliatifs et neuro, je ne connais rien en pédiatrie, mais ça ne veut pas dire que je ne suis pas une bonne infirmière, ce n'est juste pas ma spécialité. On essaie de leur donner ces informations pour qu'elles se sentent confortables avec nous. On est humains, elles aussi. On travaille ensemble. C'est de cette façon qu'on les initie à notre façon de penser. » (Agence 7)

¹ - Ibidem

La force de conviction du RSI de cette agence par rapport à sa vision des soins infirmiers n'est pas sans rappeler celle d'un directeur d'une agence locale dont le charisme est certainement le véhicule principal de la fidélité de son personnel. Cette dernière agence (9) se retrouve dans le troisième profil que nous avons identifié, qui correspond aux organisations de configuration centralisée.

Trois agences ont été regroupées sous ce profil. Ces trois agences (9, 12, 16) sont des entreprises de moyenne et petite taille qui ont en commun une grande proximité entre la direction et le personnel et d'être largement influencées dans leur développement par le charisme de leurs fondateurs. Ces derniers sont d'ailleurs toujours très présents, soit à titre de président, soit à titre de co-directeurs et responsables des soins infirmiers. Les trois ont pratiqué plusieurs années avant de se lancer en affaires. Ce changement de parcours a été provoqué par les surcharges et les horaires de travail dans le secteur public qui a entraîné un désir de se retirer du réseau et « essayer autre chose ». Dans un cas, "l'autre chose" a été rapidement projetée : le manque de personnel dans le secteur du maintien à domicile était évident. La porte était donc largement ouverte à la création d'une agence qui se spécialiserait dans le placement de personnel dans ce secteur. Dans les deux autres cas, le parcours a été celui d'expériences diversifiées en soins infirmiers dans différents secteurs (compagnies pharmaceutiques, agences) et d'événements déclencheurs suscitant un recul au terme duquel est né le projet de fonder sa propre entreprise. Les trois se sont rapidement associés à des professionnels en administration, ce qui leur a permis de se dégager de tâches n'entrant pas dans leur champ de compétences et de se concentrer sur le recrutement, l'encadrement et le placement de leur personnel.

Une seule de ces agences met explicitement de l'avant dans sa documentation la mission et les valeurs qui soutiennent son action. On y retrouve les notions de professionnalisme et de respect des usagers mises de l'avant par les CLSC et l'agence 7, avec un accent sur l'empathie qui colore les entreprises de tendance "paternaliste".

« Bâtir une relation de confiance et de satisfaction mutuelle avec nos clients en étant à l'écoute de leurs besoins toujours en évolution et en leur fournissant un personnel hautement qualifié et engagé à respecter les valeurs de l'entreprise : l'intégrité, le respect des autres, l'empathie, le professionnalisme et le sens des responsabilités. » (Agence 12)

La poursuite de cette mission, précise-t-on, est sous le leadership de dirigeants qui « ont à cœur de gérer leur entreprise de façon humaine et personnalisée ». Ces principes de gestion, nous est-il confirmé en entrevue, concernent autant la clientèle (à commencer par les personnes recevant les soins) que le personnel. Des liens de convivialité, à caractère "familial", sont entretenus et encouragés entre tous les employés et avec leurs responsables. Le directeur et le RSI sont d'avis que ces liens de grande proximité constituent la force majeure de l'agence pour retenir son personnel, ce qui peut se vérifier dans le fait que le personnel cumulerait en bonne partie de 12 à 15 ans d'ancienneté, de nouvelles infirmières s'y ajoutant constamment et les départs étant très rares. Cette stabilité du personnel accentue le caractère "familial" de l'agence, sa capacité d'accueil et d'encadrement des nouvelles recrues par le groupe des "anciennes" qui d'une part apportent un soutien aux nouvelles mais agissent aussi comme transmetteurs des objectifs et valeurs du milieu.

La deuxième agence de ce profil (Agence 9), sans le présenter comme tel, met de l'avant une vision "vocationnelle" des soins infirmiers qui sous-tend les critères d'embauche et le type d'encadrement donné aux infirmières. Pour le dirigeant de cette agence, être infirmière « c'est pas un métier, c'est une vocation... C'est dans le cœur qu'on est infirmière! ». Sa conception des soins infirmiers rejoint l'approche globale mise de l'avant autant dans les associations que dans les CLSC ou l'agence 9, avec la teinte humaniste qui caractérise cette dernière.

« [...] ce que je te demande c'est d'être capable de voir du bio-psycho-social, d'être capable d'aller faire une évaluation globale de ton client. Je veux pas que t'aille faire juste une patche sur un bobo. Je veux que tu ailles voir. Comme moi je l'entends, mon infirmière idéale, ça va être quelqu'un qui va avoir l'esprit ouvert. Qui va être très attentive à son client. Qui n'aura pas de préjugés. Qui va essayer d'aider le client à régler son problème de santé, mais en voyant les différents aspects de la personnalité du client, que ce soit au point de vue ethnique ou au point de vue âge du patient, que ce soit au point de vue culturel, je veux dire aussi financier, etc. Ça prend du cœur. Puis ça demande des habilités, des habilités au niveau interpersonnel, ça demande des habilités d'écoute, ça demande des habilités au niveau technique. Ça demande plein d'habilités, le travail d'infirmière. Ça demande beaucoup de disponibilité... Infirmière, c'est tout ça en même temps. » (Agence 9)

Cette conception des soins infirmiers, cette passion, est retransmise aux infirmières à travers un encadrement serré, doublé d'un accompagnement et d'un support sur lequel elles peuvent compter en tout temps, ainsi que des conseils les invitant à préserver leur autonomie de pensée et la "flamme" qui les a amenées à choisir cette profession.

« Quand on va travailler dans le système public, on est obligés de fonctionner comme le système public. Moi, je dis toujours à mes filles de ne pas se faire "contaminer". Souvent on en voit, probablement par excès de travail, de pression, d'insatisfaction, de non reconnaissance de tout ce qu'on fait, qui sont un peu désabusées, qui sont blasées de leur profession. Je trouve ça triste. Alors je leur dis : « Écoutez, on va essayer de fonctionner autrement pour que vous ne soyez pas blasées ou désabusées ». (Agence 9)

La confiance envers le directeur de l'agence 9 est nourrie par ses compétences certaines y compris dans divers soins très spécialisés et par le fait qu'il tient à garder des liens avec la pratique et retrouve ses infirmières sur le terrain, dans une situation d'égal à égal qui renforce sa crédibilité et l'attachement que son personnel lui voue. Sa relation avec les infirmières est aussi entretenue sur les registres de la richesse de l'expérience, professionnelle et de vécu, des aînés, et de l'intimité familiale : « Je suis le père de tout le monde. Et la secrétaire, c'est leur grande sœur ». Comme dans le cas des agences 12 et 16, un noyau "d'anciennes" témoigne de l'impact du type de gestion charismatique sur la fidélité du personnel et l'attachement à ses dirigeants auquel est étroitement liée l'adhésion aux valeurs et à la philosophie portée par l'entreprise.

La troisième agence de ce profil (agence 16) ne s'est pas donnée de philosophie de soins particulière. Sa préoccupation se situe en partie, comme les autres agences, au niveau de son expansion, mais avec un point supplémentaire qui la différencie de celles-ci. Elle définit en effet sa mission comme étant le placement d'infirmières plutôt que seulement l'impartition de soins infirmiers, et elle encourage ces dernières à « faire leur place » dans le milieu. La relation aux infirmières ne se définit pas comme "paternaliste" mais en demeure proche par le souci exprimé à travers force conseils pour leur développement de carrière et la protection de leurs intérêts. Ainsi, non seulement les infirmières recrutées sont encouragées à ne pas démissionner de leur poste dans le réseau public afin de conserver une certaine sécurité d'emploi mais le responsable cherche à leur trouver des postes permanents dans des milieux qui leur plaisent:

« J'ai réussi à placer une dizaine d'infirmières dans des postes dans des CLSC et même une dans un hôpital en région. » (Agence 16)

Par conséquent, la direction de cette agence met plus l'accent sur les compétences des infirmières à répondre aux attentes professionnelles des milieux de travail que sur l'adhésion à une philosophie ou à un modèle de soins. Le type de gestion du responsable, basé sur des relations très étroites avec les infirmières et les établissements où il les place, lui a valu qu'une partie de son personnel ainsi que ses clients du secteur public et du secteur privé l'aient "suivi" au cours des déplacements qu'il a effectués d'une agence à une autre avant de fonder sa propre entreprise, et qu'ils fassent encore partie des personnes et établissements avec lesquels il travaille régulièrement.

En définitive, sur les cinq agences à l'étude, trois mettent effectivement de l'avant une philosophie de soins clairement définie, transmise au personnel par la force de conviction des responsables. Ces philosophies sont développées dans une vision peut-être plus "technicienne" que dans les CLSC (les évaluations sont d'ailleurs généralement effectuées par les responsables ou des infirmières seniors) mais qui se veut tout aussi holistique quant à l'approche du client, et teintée d'humanisme comme dans les associations. Pour les deux autres, la définition d'une approche en soins infirmiers s'efface, dans un cas, devant les objectifs de performance d'affaires et dans l'autre, devant les objectifs de développement de carrière des infirmières.

Les associations

De grands points de convergence au niveau de leurs valeurs, de leur philosophie d'intervention, réunissent les deux associations à l'étude sous la bannière des œuvres caritatives¹. Toutes les deux sont porteuses de valeurs humanistes, fondées sur la compassion, l'empathie, le courage, le soutien à toute personne indépendamment de ses moyens financiers; des valeurs semblables à celles des CLSC aussi, et d'agences comme l'agence 7, telles le respect de l'intégrité de la personne, de ses droits, de ses choix et valeurs, de sa dignité et de sa vie privée. Dans l'approche des soins, on retrouve aussi les mêmes dimensions que dans les CLSC comme la responsabilité de l'utilisateur envers sa santé et ses devoirs envers les personnes qui lui administrent les soins. Cette approche

¹ - Rappelons qu'à l'origine même, ces associations sont non confessionnelles, fondées par des laïcs (voir chapitre 4).

des soins se veut globale, tenant compte de toutes les dimensions de la personne, de son entourage et de son milieu de vie. Plus particulièrement en soins palliatifs, une attention très grande est portée à la nécessité de prendre le temps nécessaire pour bien comprendre les besoins et les choix de l'individu, négocier au besoin avec son entourage, afin de lui assurer les meilleures conditions en cette période de fin de vie. Le rôle de l'infirmière en ce sens est multiple.

« Le malade sait qu'il est soigné par une infirmière compétente dans les soins physiques et dans le contrôle de la douleur... Puis il découvre que cette infirmière sait l'écouter, le comprendre et le respecter. Il apprend qu'elle peut non seulement le soigner mais aussi être une personne-ressource, une personne de confiance pour l'aider psychologiquement dans son cheminement intérieur.... » (Association 15)

Les principes de respect, d'approche humaine appliqués aux usagers doivent aussi, dans l'esprit des associations, être appliqués au personnel. D'où une grande attention aussi à leur offrir des conditions de travail de qualité (qualité des relations, salaires, avantages sociaux, syndicalisation dans un cas, congés, assurances collectives) et tout le support professionnel nécessaire au niveau technique et psychologique.

« Les infirmières ne peuvent pas donner ce qu'elles ne reçoivent pas de l'employeur. Si elles ne reçoivent pas de l'employeur cette reconnaissance, cette confiance, cette disponibilité à l'écouter, à l'entendre, à la supporter, à l'accompagner, je ne peux pas exiger d'elles ce que j'attends d'elle. J'attends d'une infirmière qu'elle soit compétente, experte dans ce qu'elle fait, une disponibilité, un esprit ouvert... J'attends beaucoup de choses de cette fille. Mais puisque mes attentes sont si élevées envers une professionnelle, j'espère que les attentes de cette professionnelle sont aussi élevées envers l'organisation. Il faut être cohérent. Comment demander à ces femmes de tant donner et de ne rien recevoir. Elles reçoivent beaucoup de leurs patients mais elles doivent recevoir de leur organisation aussi.» (Association 15)

« Une fois les besoins du client satisfaits, l'organisme essaie de répondre le mieux possible aux besoins de son personnel. Parce qu'on ne peut pas donner ce qu'on ne reçoit pas. C'est pour ça qu'elles (les infirmières) sont heureuses, elles sont bien traitées ici. » (Association 14)

Compte tenu de leur importance centrale pour les deux associations, le partage de ces

valeurs devient une condition incontournable pour y travailler. C'est ce que nous avons pu noter dans la partie traitant des critères d'embauche des établissements et que nous retrouvons dans ces paroles.

« Il faut que je sente cette motivation pour pouvoir dire : cette infirmière a vraiment notre profil. » (Association 15)

« La mission et les valeurs de l'organisme font partie des valeurs des infirmières et des préposés. » (Association 14)

Partant de ce tronc commun de valeurs humanistes et d'une philosophie de soins englobant l'ensemble des dimensions de la personne, les deux associations ont adopté des modèles de soins infirmiers qui tout en étant différents se rejoignent nécessairement dans la conception et l'utilisation qui en est faite. Plutôt qu'à un modèle, l'une d'elle nous dit s'attacher à une approche dont les thèmes clés sont : a) combler les besoins de l'utilisateur et b) assurer la satisfaction de ce dernier (Association 14). Pour son travail quotidien, cette association a adopté le modèle McGill qu'elle adapte selon le type de soins qu'elle dispense et qui, à son avis, s'applique très bien aux soins palliatifs. Toutes les infirmières utilisent ce modèle, non parce qu'il est imposé mais parce qu'elles l'apprécient et trouvent ses outils opérationnels.

« Les outils que nous utilisons, telles les fiches d'évaluation qui portent attention aux dimensions psychosociales, etc., font partie du modèle Mc Gill. C'est basé sur le modèle McGill. Nous utilisons toutes la même documentation et nous procédons toutes à peu près de la même façon. Peut-être parce que nous avons toutes le même âge, que nous avons été formées de la même façon... Nous utilisons le même formulaire d'admission pour tous les programmes parce que ça touche toutes les parties : vie sociale, dimension psychologique, émotive, physique du client, sa famille; c'est global. » (Association 14)

Au-delà de l'utilisation des outils McGill, chaque infirmière, souligne le responsable, a sa façon propre de travailler. À ses yeux, cette diversité représente une richesse plutôt qu'un inconvénient, raison pour laquelle il demande aux nouvelles embauchées d'accompagner toutes les infirmières à tour de rôle pour apprendre de chacune.

L'autre association a construit son propre modèle, qui se définit comme une approche

globale intégrée, basé sur certains auteurs comme Kübler-Ross¹ (1975) et sur les réflexions issues de l'expérience:

« Nous avons développé notre approche en soins palliatifs à partir de la littérature, bien sûr, de l'expérience des autres, mais en 1973, la littérature sur le sujet n'était pas abondante. Il y avait les écrits d'Élizabeth Kübler-Ross, des expériences développées en Angleterre; mais notre approche s'est surtout beaucoup montée à partir d'une réflexion profonde des gens qui travaillaient en soins palliatifs à domicile, des obstacles qu'ils rencontraient, de leur expérience. » (Association 15)

Si la première association gère avec souplesse les façons de travailler des infirmières et le modèle qu'elle leur propose d'utiliser, dans le deuxième cas toutes les infirmières doivent utiliser l'approche et les outils construits par l'association. L'objectif est celui d'une équipe réunie par une forte cohésion, une "uniformité de conception", pour reprendre les mots du responsable, au plan des valeurs, de l'approche des soins et de la qualité des soins.

« La qualité de soins, pour moi, a une résonance particulière, nommée. Pour nous, c'est répondre aux vrais besoins du malade. Si une infirmière qui arrivait n'avait pas cette même notion de la qualité des soins, elle dénoterait dans le groupe. Il faut vraiment qu'il y ait cette uniformité dans notre conception, dans la définition de la qualité. » (Association 15)

Nous voyons se refléter ici deux types de gestion différents, qui se confirment dans l'organisation interne du travail, le mode de supervision et d'échanges et le type de relation établi entre le responsable et les infirmières.

Dans le premier cas (association 14), la gestion de tous les niveaux d'activités se fait sur la base de la coordination du travail d'équipes autonomes réunies autour de programmes spécifiques, à travers des mécanismes multiples de consultation formels et informels à l'intérieur des équipes et entre les équipes. L'organisation du travail est gérée de façon souple, sur la base de la confiance au professionnalisme de chaque membre de l'équipe auxquels une large part d'autonomie professionnelle est laissée, combiné avec les

¹ - Psychiatre, Elisabeth Kübler-Ross s'est rendue célèbre par son enseignement de pointe et par ses pratiques thérapeutiques révolutionnaires, auprès de malades en phase terminale. En 1970, elle décide de réunir pendant une semaine des groupes de soixante à soixante-dix personnes. Depuis lors, des milliers de

principes d'entraide et de souci du bien-être de chacun. Le responsable des soins cumule cette fonction avec celle de directeur et d'infirmier praticien et entretient des relations peu hiérarchisées avec le personnel. Le discours défend une vision professionnelle de l'infirmière en rupture avec la vision traditionnelle de "missionnaire infatigable" accolée à la fois à l'infirmière et à l'intervenante oeuvrant dans un organisme à vocation caritative.

« Elles (infirmières de l'association) sont vraiment dévouées à leur clientèle. Elles sont vraiment prêtes à faire l'impossible pour elle. Mais elles veulent aussi être validées. Elles ne s'oublient pas dans leur travail tout en faisant leur possible pour répondre aux besoins de leur client. Et c'est ça être professionnelle. C'est d'être capable de mettre ses limites, de connaître ses limites tout en étant capable de donner au client avec respect et bonheur. L'idéal, c'est une infirmière avec une certaine expérience et une certaine connaissance d'elle-même, qui fait l'équilibre dans sa vie, pour qui son travail fait partie de sa vie mais ce n'est pas toute sa vie. Elles sont rémunérées pour leur travail et d'être rémunérées donne de la valeur à leur travail. On a déjà vécu par le passé cette situation où on se faisait dire : « Mais, vous saviez que vous alliez travailler la nuit. Pourquoi vous voulez être rémunérées la nuit, pourquoi on doit vous payer plus ? » Ce sont les valeurs de notre société qui sont un peu "croches". » (Association 14)

Le professionnalisme combiné à l'humanisme et à la créativité dans la pratique, au service d'un projet commun, donne sa couleur particulière à cette association qui rejoint en cela les organisations à configuration innovatrice.

Dans l'autre association, la philosophie des soins, la représentation du travail de l'infirmière et celle de la relation de soin entre une infirmière et un malade sont dictés par la définition de la mission, et le modèle de soins infirmiers construit à partir du cadre de Kübler-Ross vise à guider l'infirmière dans ces pas. Ces paramètres rappellent assez clairement la configuration missionnaire. On y retrouve une structure bâtie autour d'une mission qui est la raison d'être et d'agir autant de l'association que de tous ses membres dirigeants. La cohésion de l'équipe d'infirmières repose sur le partage des valeurs que leur responsable a pour tâche de retransmettre et nourrir.

« Cette flamme qui a orienté l'infirmière, nous avons la responsabilité de la maintenir et de la développer. » (Association 15)

gens ont participé à ses ateliers sur la vie, la mort et le passage.

La gestion des soins infirmiers et les relations entre la direction et les infirmières est fondée sur un modèle a priori souple, non bureaucratisé, où les lignes d'autorité se veulent non hiérarchiques, mais qui n'est pas moins très rigoureux et contrôlant. Ce modèle de gestion correspond à un choix réfléchi et discuté, adopté pour sa capacité à concilier les besoins d'autonomie professionnelle, de valorisation, de soutien clinique et personnel des infirmières, et la protection des valeurs et de la mission de l'association.

« Quand une infirmière me demande par exemple de revoir son horaire, je lui dis : « vos besoins, je les reçois, mais les besoins des malades sont toujours prioritaires ». Nous sommes un organisme de services, donc nous avons la responsabilité de répondre aux besoins du malade. C'est un principe auquel toutes nos infirmières adhèrent. Je suis clair avec elles, j'appelle un chat un chat, parce que c'est important qu'elles sachent tout le temps où la direction se situe. Elles connaissent les principes et les valeurs qui me guident dans la gestion administrative. Il y a donc des choses qu'elles ne penseront même pas à demander parce que ce sont des principes auxquels elles adhèrent aussi... Le directeur général qui vient d'arriver me dit : « tu es dur mais dans un gant de velours ». Je ne suis pas dur, les filles le savent, mais je n'aime pas l'anarchie. Il faut que les choses soient systématiques, bien faites, qu'il y ait un ordre, une séquence, un processus. C'est dit, partagé, les infirmières savent à quoi je m'attends. Donc elles trouvent ça très simple. Je crois que c'est un type d'administration qui leur permet de bien évoluer. » (Association 15)

Cette analyse des philosophies portées par les établissements des secteurs public, privé commercial et associatif et des mécanismes de retransmission des modèles de soins ou valeurs tendent à montrer que le style de gestion, plus que la taille de l'entreprise, a un effet majeur sur l'adhésion du personnel à ces modèles ou valeurs, ou encore à la fidélisation des employés. Les styles de gestion à configuration mécaniste apparaissent comme les moins favorables à une cohésion du personnel autour des perspectives proposées par la direction. À l'extrême opposé, une gestion de style missionnaire assurera une parfaite adhésion de l'ensemble du personnel aux visions de la direction, tout élément divergent étant "naturellement" écarté du groupe. Sur un registre différent, offrant des espaces de pluralité de conceptions au sein d'un corpus qui adhère à la réalisation d'un objectif ou d'un projet, les entreprises ayant une gestion de tendance innovatrice sont susceptibles de recueillir un fort assentiment et une forte adhésion de tous leurs membres à leurs objectifs et valeurs. C'est le cas aussi des entreprises qui se

situent dans les trois autres styles de gestion : centralisée, divisionnalisée (à condition que l'unité locale n'adopte pas un style mécaniste) et professionnelle, avec des nuances cependant. Dans l'entreprise de configuration centralisée, advenant la disparition de la personne dont le pouvoir d'attraction repose sur le charisme, l'organisation pourrait facilement glisser vers un autre style qui aurait évidemment d'autres inférences. Dans les deux autres types de configuration, l'adhésion aux perspectives soutenues par la direction peut ne pas être le fait de l'ensemble du personnel mais d'une majorité, mais ceci laisse malgré tout, une bonne cohésion d'ensemble autour des actions à mener et sur la façon de le faire.

LA DIMENSION ETHNIQUE : FAÇONS DE VOIR ET FAÇONS DE FAIRE

Nous l'avons explicité dans la première partie, une des questions centrales de cette étude porte sur la dimension ethnique telle qu'elle peut survenir au sein des pratiques de soins infirmiers au décours des itinéraires thérapeutiques et ce, autant en termes de construction de l'identité des usagers qu'en termes de construction de l'identité professionnelle des infirmières exerçant en santé primaire dans un contexte sociodémographique caractérisé par l'importance des immigrants (anciens et nouveaux arrivants) et l'augmentation relative de la diversité ethnique. Rappelons, sur ce dernier point, que le Canada et le Québec présentent des particularités dans le paysage des pays "attracteurs" de l'immigration internationale, à savoir que la construction et le maintien d'identités ethniques (soit une mise en forme des identités autour d'une appartenance soutenue à un groupe de pairs¹ défini par des marqueurs culturels ou biologiques qui agissent comme "frontières") s'y sont particulièrement développés et ce, pour deux raisons majeures :

1. Le Canada, de par son histoire, fait une place particulière à trois groupes, ethniquement catégorisés, reconnus (si ce n'est pas dans les textes, cela l'est du moins dans les faits) comme fondateurs : les Amérindiens (dits "Autochtones"), les francophones et les anglophones (qui, au-delà de leur définition par la langue, réfèrent dans les faits aux colonisateurs britanniques et français et à leurs descendants). En dépit du temps, ces trois groupes ont maintenu et maintiennent de fortes identités ethniques qui ouvrent la porte à la construction et au maintien du même genre d'identités aux immigrants qui viennent aujourd'hui de tous les coins du monde

¹ - Bien entendu, nous ne le dirons jamais assez que cette appartenance ne tient pas au fait d'être voulue ou non mais rend compte d'un processus d'altérisation qui classe les autres et soi à partir de marqueurs culturels ou/et biologiques (Cf. notre définition au premier chapitre).

2. La constitution canadienne, les chartes, les politiques et les lois canadiennes et québécoises relatives à l'immigration et à l'intégration des immigrants, reconnaissent des droits culturels et religieux à ces derniers, entre autres *via* le multiculturalisme et l'interculturalisme, et à ce titre, légitiment les revendications en leur nom (le port du turban pour les militaires qui se revendiquent Sikh est un bon exemple). Cette reconnaissance favorise le maintien des pratiques culturelles et assoit les revendications qui visent à faire valoir ces droits au-delà des espaces privés. Ceci ne veut pas dire que ces revendications ne sont pas l'objet de discussions dans les sphères politiques et médiatiques, voire législatives (comme le fut, par exemple, le cas porté en cour supérieure au printemps 2002 au sujet du port du kirpan à l'école pour les jeunes garçons).

Ces faits contribuent à conforter une vision de soi et de l'autre filtrée par le prisme d'une ethnicisation accentuée, qui "colore" l'ensemble de la société canadienne et se manifeste encore plus fortement dans ses trois grands centres urbains, Toronto, Vancouver et Montréal. Pour ces raisons, il nous est apparu important de compléter ici le portrait organisationnel des soins infirmiers en santé primaire par une exploration de la gestion de la dimension ethnique dans les trois secteurs qui les emploient. « Comment voit-on cette dimension (incluant bien sur une cécité à son sujet) ? » et « comment la gère-t-on, le cas échéant ? », sont les deux questions qui ont soutenu notre investigation.

Nous l'avons vu au quatrième chapitre, la diversité ethnique est une caractéristique majeure de la population résidente des territoires desservis par les établissements impliqués dans cette étude. Par ailleurs, dans la mesure où ces mêmes territoires démographiques sont également les bassins d'emploi qui fournissent la main-d'œuvre aux treize établissements, il n'est pas exclu qu'à la pluriethnicité de la clientèle réponde en écho une certaine pluriethnicité du personnel infirmier. Si ce deuxième aspect (pluriethnicité du personnel infirmier) est moins "clair" dans les consciences dirigeantes des établissements et de leurs organisations respectives (en particulier dans les organisations publiques et associatives), le premier (pluriethnicité de la clientèle), en revanche, est très présent dans le discours, reflet sans doute des questions qui se posent ailleurs à d'autres niveaux et qui rejaillissent chez les décideurs politiques et les chercheurs sous forme de questions relatives à la cohésion sociale (Dorais, 2002; Helly, 1999 ; Jenson, 1998; Labelle et Salée, 1999). C'est de fait une question qui préoccupe l'ensemble des CLSC, et qui est principalement posée en termes d'adéquation et de

sensibilité culturelle des services dispensés. De nombreuses études, passées et en cours, se penchent sur cet aspect des "façons de faire" en contexte pluriethnique.

Notre propos n'est pas de reprendre ce type de démarche mais plutôt :

1. de regarder comment les identités ethniques s'élaborent, se confortent. Ceci vise à examiner en quoi cela peut conduire des infirmières à définir et gérer une identité ethnique en rapport à leur identité professionnelle;
2. d'examiner les conséquences de ces dynamiques d'élaboration et de gestion des identités ethniques, en autant que celles-ci prennent corps, autrement dit, qu'elles sont mises en saillance dans un agir physique ou communicationnel, mises en œuvre aux cours des pratiques et des relations sociales dans un espace thérapeutique (auquel nous référons quand nous parlons de relations interethniques);
3. d'explorer les effets implicites des identités ethniques en autant qu'elles peuvent être à la base de médiations, d'alliances transcendant d'autres types d'identités sociales (telles que les catégories statutaires des organisations par exemple) ou encore des sources de tensions.

Dans le cadre de ce volet d'analyse organisationnelle, nous appuierons nos analyses sur les outils fournis dans les trois secteurs pour guider l'action de leur personnel dans le rapport aux usagers de différentes origines (formation, politiques et procédures en matière de discrimination raciale), et sur les données d'entrevue traitant de la façon dont se règlent les situations impliquant de la discrimination ethnique et du racisme.

La dimension ethnique dans les CLSC

Une des questions que nous nous posions était de savoir si les CLSC avaient des politiques de quotas pour favoriser la représentativité de la diversité ethnique de la population desservie parmi ses intervenants professionnels. De façon quelque peu paradoxale compte tenu de la position prise par le gouvernement du Québec et de sa Commission des Droits de la personne en termes d'équité dans l'accès aux emplois, et compte tenu de la diversité ethnique qui caractérise Montréal et plus spécifiquement les territoires couverts par les CLSC¹, il s'avère qu'aucun CLSC n'a de telles politiques. Tout

¹ - Rappelons que les territoires dont la population s'est beaucoup diversifiée au cours des dernières années comptaient déjà depuis longtemps des résidents venus lors des "anciennes" vagues d'immigration (Italiens, Ukrainiens, Polonais, etc.). Il ne serait donc pas exact de dire que le phénomène de la pluriethnicité est nouveau sur ces territoires.

se passe a priori comme si chacun s'attendait à ce que l'embauche de personnel de diverses origines se fasse "naturellement", selon les candidatures qui se présentent.

« La question ne s'est jamais posée; mais nous avons de plus en plus de candidats d'autres origines ethniques. Nous venons justement d'embaucher une infirmière d'origine latino-américaine » (CLSC 2)

Certains cadres rencontrés soulignent que la proportion de personnes d'origine autre que québécoise est faible parmi les infirmières proportionnellement à la composition de la population desservie, sans pouvoir en expliquer les raisons, d'autant que la question n'apparaît pas comme une préoccupation.

« On continue d'améliorer notre visage multiethnique mais un des constats est que vu la population multiethnique que nous avons, notre personnel n'est vraiment pas du tout proportionnel à ce que l'on a dans la communauté, sauf au niveau des médecins.» (CLSC 5)

Façons de voir

Politiques relatives à l'ethnicité

Bien que les répondants de tous les CLSC mentionnent la diversité ethnique comme une réalité qui confronte parfois les infirmières, leur demande de la créativité et des efforts d'adaptation, trois CLSC (1, 3 et le 6) seulement offrent actuellement ou prévoient offrir à court terme des sessions de formation touchant les questions interethniques.

Tous les CLSC ont adopté et repris dans l'un ou l'autre de leurs documents mis à disposition de leur personnel et du public, la formulation de la Charte des Droits et libertés de la personne relative aux droits des usagers et à la prévention de leur discrimination pour des raisons culturelles, raciales, sexuelles, religieuses ou autres. À l'inverse cependant, ils ne semblent pas toujours avoir pensé et précisé les règles en matière de discrimination des usagers envers leur personnel. Pour l'ensemble des six CLSC, deux seulement (les CLSC 1 et 3) mentionnent cet aspect de la question au sein de leur code d'éthique. Pour le CLSC 3, un paragraphe inclus sous la rubrique relative à la responsabilité des usagers, indique explicitement que l'utilisateur « ne peut exercer des attitudes de discrimination, de harcèlement sexuel, racial ou autre, de sexisme et d'abus verbal ou physique à l'endroit des autres usagers et des personnes oeuvrant au sein de

l'établissement ». Dans le CLSC 1, l'énoncé est plus général et vise « à contrer toute forme de harcèlement » au compte desquelles, un peu comme dans le premier, le harcèlement ethnique (dit comme tel dans ce CLSC ; dit "racial" dans l'autre) est identifié au côté du harcèlement sexuel (dans le premier c'est une rubrique encore plus vaste qui inclut entre autres la question de la violence dont nous avons pu voir qu'elle était très clairement repérée comme risque pour le personnel). Dans le CLSC 1, le harcèlement ethnique est également clairement défini comme « conduite qui se manifeste, entre autres, par des paroles, des actes ou des gestes généralement répétés à caractère vexatoire ou méprisant, à l'égard d'une personne ou d'un groupe de personnes en raison de l'ethnicité, la couleur, l'origine ethnique ou nationale, la religion ou la langue ». Notons que dans un troisième (CLSC 6), les responsables rencontrés déclarent que cette question est en cours de réflexion. Elle pourrait apparaître dans le code d'éthique de l'établissement ou dans une politique sur le harcèlement. Dans les autres CLSC, une telle politique ne semble pas être perçue comme nécessaire. L'existence de codes d'éthiques reprenant les dispositions de la Charte des droits apparaît une garantie suffisante d'un engagement au « respect mutuel ».

« On a un code d'éthique au niveau de l'établissement, qui parle, sans faire mention de la multiethnicité, du respect mutuel que les gens se doivent, autant les travailleurs que les clients; donc on n'accepte pas que des gens haussent la voix, qu'ils soient vulgaires. Je pense que ce code d'éthique indique clairement tout ce qu'on n'accepte pas comme violence, de quelque forme que ce soit. » (CLSC 5)

« Je pense que le message donné à la clientèle, c'est qu'on ne favorise pas ça. De là à écrire une politique ? » (CLSC 4)

De l'ethnicité de l'utilisateur

Nous remarquons que les CLSC qui ont à la fois mis en place des programmes de formation et inclus (ou prévoient de le faire) l'irrecevabilité d'expressions de discrimination et de racisme de la part des usagers dans leurs documents, sont les CLSC implantés sur des territoires où d'une part, la proportion des immigrants est très élevée (Cf. chapitre 4, Tableau synoptique des CLSC) et où d'autre part, la diversité ethnique à la fois caractérise la population depuis plusieurs années et s'est particulièrement accrue du fait de l'installation massive de nouveaux arrivants. Il est possible que la multiplication et la complexité des difficultés rencontrées au fil des années par ces CLSC soit un facteur

déterminant dans le fait de se doter d'outils alors que les autres n'éprouvent pas encore le besoin d'en développer. Par exemple, les CLSC qui n'ont pas envisagé de programmes de formation touchant la dimension ethnique ou plus simplement culturelle dans les interventions, tendent à classer les difficultés rencontrées dans l'intervention afférentes à cette dimension comme un problème strictement linguistique. Ces difficultés leur apparaissent du coup aisément résolubles en faisant appel à des collègues qui peuvent servir d'interprète quand la rencontre avec l'utilisateur a lieu au CLSC ou à des interprètes externes (le plus souvent des membres de la famille ou des proches) dans le cadre de visites à domicile. Dans les cas où la difficulté est reliée à des aspects culturels ou religieux, on suppose que l'infirmière se retournera encore de préférence vers des collègues qui pourront l'éclairer.

« On a plusieurs Haïtiens, des Arabes, des Vietnamiens, différentes origines, de différents milieux, de différents âges aussi. Alors ils peuvent nous donner le pouls par rapport à ces questions. Ils parlent la langue aussi, alors... » (CLSC 5)

Le processus aisé de consultation entre collègues semble modérer, selon les propos de ces cadres, le caractère potentiellement problématique de difficultés qui peuvent surgir autour de l'intervention clinique du fait de certains aspects culturels ou religieux, ou de la façon dont ces aspects confrontent les valeurs de l'infirmière. En cas de tensions, dans le respect de l'éthique professionnelle, l'infirmière consultera des collègues, l'adjoint clinique ou son responsable de programme sur les moyens de gérer au mieux la situation.

Par ailleurs, les cadres de ce CLSC, à l'exemple de plusieurs répondants, ne croient pas que le racisme du personnel envers les usagers puisse être une question qui se pose dans des proportions importantes.

« Ça n'est jamais arrivé qu'une de nos infirmières refuse de soigner un client à cause de son origine ethnique » (CLSC 5)

La question est probablement trop délicate pour pouvoir recueillir des données exactes. Dans un contexte sociopolitique où les messages condamnant le racisme et la discrimination sont nombreux, un contexte aussi où tous les CLSC et tous les corps professionnels rappellent dans leurs codes d'éthique et codes sur les droits des usagers les principes fondamentaux des chartes des droits humains, on peut s'attendre à ce que le message soit correctement véhiculé jusqu'au plus petit des paliers de la société. Par

ailleurs, l'imposition d'une certaine norme (interdiction formelle de discriminer les usagers, reprise aux paliers macro, méso et micro sociétaux) et de certaines valeurs laisse aisément croire que si un intervenant éprouvait de la réticence à dispenser des services à un usager en raison de son origine ou de sa religion, il hésiterait probablement à en parler ouvertement. De fait, comme en témoignent plusieurs répondants, le racisme est présent parmi les infirmières comme dans l'ensemble de la société. Ils semblent croire (ou peut-être espèrent) cependant qu'une "sélection naturelle" se produit préalablement, au moment de l'embauche. Ainsi, plusieurs des responsables rencontrés au cours de l'enquête sont d'avis que le caractère multiethnique du quartier est un facteur qui peut retenir des infirmières à venir travailler dans leur CLSC, tout en mentionnant que cette caractéristique de leur CLSC joue à double tranchant. Si c'est une dimension qui en attire certaines, ce peut être un facteur répulsif pour d'autres.

« De toute façon, celles qui n'aiment pas travailler avec des gens de toutes sortes d'origines ne viendront pas ici. Celles qui viennent, c'est parce qu'elles aiment ça. »
(CLSC 6)

De l'ethnicité du personnel

Bien que le professionnalisme de l'infirmière ne soit cette fois-ci pas en cause, parler d'expressions de racisme envers les infirmières de la part des usagers apparaît comme un terrain très embarrassant. Nous notons en général beaucoup d'hésitations avant que la personne interviewée finisse par dire, après réflexion: *« Oui, j'ai déjà entendu que ça s'était produit »*.

En ce qui concerne l'absence de politiques explicites anti-racistes envers le personnel, nous pouvons nous demander si la conception même du racisme n'est pas en cause. Une conception où l'ethnique étant toujours l'*Autre*, et où l'*Autre* par rapport à l'établissement étant l'usager alors que le personnel fait partie du "*Nous*", on ne perçoit de ce fait comme élément potentiellement "perturbateur" que l'ethnicité des usagers, l'expression de discrimination ou de racisme ne pouvant être en ce cas que comprise comme une possible faute commise par intervenant à l'égard de l'usager. Lors de nos entrevues avec les responsables, au moment où le thème sur le racisme était abordé par l'intervieweur, nos interlocuteurs mettaient au mieux en scène spontanément le cas de racisme de professionnels vis-à-vis des usagers, ou de racisme entre employés. Ils envisageaient alors une possibilité de réponse assez ferme condamnant l'acte avec de

possibles sanctions pouvant aller jusqu'au licenciement. Le racisme, en particulier envers la clientèle, est perçu comme un manquement grave à l'éthique (encore que cela n'est pas sans nous poser la question de ce qui est reconnu comme acte raciste et ce qui ne l'est pas au nom par exemple de la "différence culturelle"). En revanche, lorsque nous amenions l'idée que le racisme pouvait également être le fait d'un usager à l'endroit d'un soignant, leurs réactions étaient beaucoup moins tranchées, montrant assez nettement que : a) le cas n'est pas vraiment envisagé, ou qu'on a oublié sa possibilité y compris dans les CSLC où existe pourtant une mention à cet effet dans le code d'éthique, et b) dans tous les cas aucune réflexion approfondie n'avait encore réellement été menée sur ce point du côté des directions.

« Si une infirmière subit un problème de racisme de la part d'un client, il n'y a rien de prévu...à part d'aller voir son chef de programme; c'est entre elle et le chef de programme. Je ne sais pas... mais ...je sais que syndicalement...quand c'est entre employées il y a des recours syndicaux et là ça peut aller jusqu'au congédiement mais avec un client...je pense que si ça se rencontre, on retire l'employée du service mais l'autre personne va peut être avoir le même problème...je pense que ça pourrait aller jusqu'à ne pas donner le service... oui...sûrement...mais c'est trop sérieux. Entre employés c'est clair, c'est le congédiement, c'est automatique...mais avec un client... »
(CLSC 3)

« Les questions du racisme et du harcèlement sexuel ne sont pas facilement appréhendables. Pour le harcèlement sexuel, ici l'administration ne tolère pas le harcèlement, il y a aussi des discussions par rapport à ça. Mais pour le racisme des clients, c'est peut être moins discuté. On a quand même peu d'employées de couleur donc, comment elles le vivent, il faudrait leur demander. J'ai eu connaissance que c'est déjà arrivé. Le message qui a été donné c'est qu'avec la clientèle, on fait au cas par cas. Au premier abord, la solution pour nous n'est pas de retirer l'infirmière. Il est certain qu'aux services courants, ce n'est pas pensable. Il faudrait voir cas par cas. Faire plus d'encadrement envers le client. Dire ce qu'on tolère ou ne tolère plus avant de retirer le service. Mais je ne suis pas sûre que nous irions jusqu'à « faire une charge » (déposer une plainte) contre le client. On a plus une philosophie d'accompagnement que l'inverse. » (CLSC 4)

De façon générale d'ailleurs, les personnes interviewées diront avoir entendu parler d'un cas mais c'était « avant », il y a « longtemps » ou on « croyait l'avoir réglé ». Cette

représentation, fondée ou non, pourrait expliquer, en partie du moins, cette absence de dispositifs et de politiques relatifs au racisme envers les employés.

Façons de faire

Tel que mentionné précédemment, le code d'éthique des CLSC rappelle les principes de la charte des droits humains, à l'effet qu'aucune forme de harcèlement, de violence ou de discrimination n'est tolérée à l'encontre des usagers et entre les membres du personnel. À cet égard, plusieurs CLSC à l'étude ont prévu des dispositifs (mécanismes de plaintes et procédures de sanction) pour prévenir et sanctionner les contrevenants et de fait cela pourrait d'une part aller jusqu'au congédiement de l'employé, d'autre part faire l'objet d'une procédure en plus haut lieu.

En revanche, toute cette question est beaucoup moins claire quant à la discrimination et au racisme à l'égard du personnel. Il est net que les politiques et procédures dans les établissements sont à peu près absentes à ce sujet et il est tout aussi certain que les principes généraux de la Charte des droits humains sont loin de suffire pour guider les personnes concernées. Dans l'ensemble, tous les CLSC sont pris avec ce qui leur apparaît être un dilemme moral, entre un devoir A et un devoir B tout aussi contraignants :

- A. Soutenir leurs infirmières ou tout autre membre de leur personnel qui serait victime de harcèlement ou de discrimination à caractère raciste, parce que c'est leur devoir d'employeur,
- B. Continuer de dispenser les services auprès des usagers "malades" quelles que soient leurs incartades, leurs exigences et leurs manquements à la loi, parce qu'ils craignent alors de contrevenir à leur mandat primordial qui est de dispenser des soins.

Des politiques d'établissements clairement définies, affirmant une position non ambiguë et une démarche tout aussi claire et cohérente, complétées par l'édiction de procédures permettant de déposer une plainte et de la faire traiter sans risque d'arbitraire, seraient sans doute utiles au personnel qui semble essayer de s'orienter dans un espace incertain. Quand des politiques et des mécanismes existent, faudrait-il aussi qu'ils soient publicisés, afin que le personnel et les cadres puissent s'y référer. Nous pensons ici à un des CLSC qui, au moment de l'enquête, avait rédigé une telle politique dont certains chefs de programme ignoraient l'existence. Est-ce une conséquence directe de ce défaut d'information ? Les données recueillies dans ce CLSC nous montrent que les

responsables qui y travaillent adoptent des positions personnelles, parfois opposées, quant à la façon de faire en cas de racisme de la part des usagers. De fait, trois types de situations émergent à travers les CLSC quant aux façons de gérer les cas de discrimination raciale envers le personnel.

L'une d'elles est une situation en tension, comme celle que nous venons d'évoquer, et qui apparaît dans deux CLSC (CLSC 1 et 3). Dans l'un et l'autre, la position de la direction peut être partagée par certains cadres mais non par tous. Le mode de gestion du cas reposera alors beaucoup sur la façon de voir du cadre qui recevrait une plainte et sa capacité à convaincre la direction des solutions qu'il propose. Pour ces deux CLSC, on remarque que les cadres rencontrés tendent majoritairement vers une position "tolérance zéro" à l'égard de toute forme de racisme ou de discrimination, excepté dans les cas où l'utilisateur souffrirait de problèmes de santé mentale ou de problèmes cognitifs (personnes souffrant d'Alzheimer par exemple). La démarche qu'ils préconisent est de discuter dans un premier temps avec l'utilisateur pour l'amener à un comportement acceptable envers la personne visée et, si l'utilisateur ne se plie pas à ces conditions, on devrait pouvoir aller jusqu'au retrait du service. A priori, cette position converge avec celle de la direction puisque, dans les deux cas, nous sommes dans des CLSC qui ont inclus une opposition aux manifestations de racisme envers leur personnel dans leur code d'éthique. Mais il semble que la traduction dans les faits de cet énoncé de principe ne va pas de soi, en grande partie parce que l'interprétation laisse assez de marge. Ainsi le fait qu'un usager demande à ne pas avoir de soins par une infirmière noire est clairement identifié par certains responsables comme relevant de la discrimination, alors que d'autres seraient tentés de voir là une manifestation de la culture et donc reçoivent cette demande comme un droit de l'utilisateur à choisir. D'autres enfin expriment des doutes sur la conduite à tenir; pensent qu'il faudrait en savoir plus : est-ce seulement la couleur de la peau qui est en cause ou autre chose, au delà ?

Dans le CLSC 3, on nous dit que ce serait sans doute l'employé qui serait retiré et non le service au client. Mais les responsables se disent déterminés à poursuivre son travail de sensibilisation pour infléchir cette tendance. Dans le CLSC 1, la procédure privilégiée par la direction est de plutôt « *chercher les explications pour trouver un accommodement raisonnable* ». La conciliation des façons de voir et de faire dans ces deux CLSC semble en partie inhibée par les tendances de style de gestion (configuration mécaniste ou centralisée) où la direction conserve un fort contrôle sur les décisions.

Le deuxième type de situation apparaît dans les CLSC 2 et 5. La position des responsables apparaît mitigée et semble affectée par le flou ou plutôt l'absence de positions formellement identifiées de la part de la direction. Le règlement au cas par cas, dans une perspective d'accommodement raisonnable en respect du droit du client à recevoir des soins, devient alors le point de référence. La recherche d'explications au comportement de l'utilisateur, la prise en compte de sa pathologie, est la voie privilégiée pour tenter de pallier l'inconfort. Le retrait de service apparaît ici comme une "solution" ultime à laquelle tant la direction que les supérieurs hiérarchiques des infirmières préféreraient ne pas avoir à recourir.

« Les plaintes ne sont jamais faites directement en rapport avec la couleur; les clients vont dire que l'infirmière a été rudoyante plutôt que de dire : elle est noire. C'est un autre prétexte qui est amené et en questionnant, on se rend compte que la personne a déjà eu une mauvaise expérience avec une noire et qu'elle a transféré sur la nouvelle ou qu'il y a une hantise, une haine pour différentes raisons... mais jamais directement: c'est une noire, j'en veux pas. Si ça arrivait, on essaierait d'entendre le client et d'en arriver à un compromis. Si, à cause de ça, il refuse le service? Il faudrait voir quel impact ça a sur le client avec lui, la famille... Il faudrait vérifier s'il y a eu un événement déclencheur, si c'est arrivé à la première visite...» (CLSC 2)

La recherche d'un accommodement raisonnable passe par des tentatives, à travers des négociations parfois multiples et par l'intermédiaire d'autres intervenants auprès de l'utilisateur, pour amener celui-ci à apprécier l'infirmière au plan personnel comme au plan professionnel.

« Ce qu'on a essayé de faire souvent, c'est d'essayer d'enlever un peu cette idée à la personne en question en lui expliquant comment l'intervenante vivait ça. On essayait toujours, à toutes les fois, d'appeler la dame, discuter... et souvent on a réussi. Souvent la dame est allée, ils n'ont pas accepté, elle est revenue, elle ne voulait plus retourner : moi je ne veux plus y aller. Et souvent on a demandé à l'auxiliaire, pour qui peut-être c'est difficile aussi, de lui dire, écoute, essaie-toi une autre fois, peut-être que ton visage, ça va faire la deuxième fois, peut-être qu'elle va être capable de l'accepter... Et souvent on a réussi. La dame s'apercevait que finalement, elle était bien gentille et finalement c'était correct. Mais aussi, les auxiliaires disaient : moi je ne veux plus y aller, je ne veux pas avoir à recevoir ces insultes quand j'arrive...» (CLSC 5)

Comme nous le montre cet extrait, le processus de recherche d'accommodement raisonnable, qui peut s'avérer fructueux, est cependant éprouvant pour l'intervenante qui peut en venir à se décourager et demander à être retirée plutôt que d'être contrainte à retourner chez un usager qui continue de l'insulter, dans l'espoir qu'il finira par changer d'attitude. Dans cette hypothèse, on aboutit à une situation où la personne raciste, en définitive, a gain de cause. La perspective de l'accommodement raisonnable, sous-tendue par le principe du droit de l'usager à recevoir les soins requis, est toujours présentée dans le cadre du dilemme que nous mentionnons plus haut et dans ces cas, la pathologie de l'usager, ses capacités cognitives ou son grand âge sont toujours évoqués comme une manière d'excuse du retrait de l'infirmière et une façon de donner à la décision des allures de solution éthiquement correcte.

« Au MAD, je sais qu'on a une certaine clientèle qui dit refuser toute personne de race une telle, ou après ça refuser toute personne qui ne parle pas l'anglais... Je ne peux pas dire que l'établissement s'est positionné à dire : « écoutez on ne donne plus de services à cette personne là si elle refuse ». On est allé vraiment par accommodement. Parce qu'au maintien à domicile entre autres, on a souvent évoqué le fait que les gens sont très âgés. Et les Québécois très âgés ne sont pas des gens qui ont été habitués à voir des gens de couleur, ou des gens asiatiques... donc, rendu à un certain âge, rendu à 80 ans, de dire : écoutez madame, vous devez accepter ça, c'était aller loin dans leurs valeurs. Je pense que rendu à un certain âge, c'est difficile de changer les mentalités. Et là, est-ce que tu décides toi de ne pas donner de services, est-ce qu'un CLSC peut ne pas donner de service à une personne qui te dit qu'elle pourrait peut-être se laisser mourir au lieu de recevoir une personne noire dans sa maison? Alors oui, il y a des échanges qui ont été faits.» (CLSC 5)

Il est toutefois intéressant de noter que cette position n'est pas pleinement partagée par tous les cadres de ce CLSC, certains allant dans le sens d'une position ferme envers l'usager qui aurait des comportements racistes. Dans les faits, c'est justement l'absence de position claire et publicisée par les directions, qui permet à chacun de juger au travers de sa propre compréhension des choses et de ses propres valeurs ce qu'il convient de faire. Sur ce point, il apparaît que l'expérience d'un vécu migratoire et surtout celle d'être soi-même classé dans des groupes ethniques discriminés dans la société québécoise, seraient décisives. Il demeure cependant que même pour les plus fermes, la concession est faite aux tenants de la première position sur la base des difficultés à exiger de

personnes âgées de modifier leur point de vue. Ils insisteront alors plutôt sur la nécessaire éducation des plus jeunes.

« Moi, je pense que c'est important de le faire (l'éducation) avec la clientèle plus jeune. Une personne qui arriverait ici et qui dirait : Moi je ne veux pas parler avec elle parce qu'elle est asiatique, je pense que oui le CLSC pourrait dire : Écoutez madame, vous pouvez aller ailleurs. Mais si la personne a 90 ans, et qu'elle est chez elle, dans sa maison, et qu'on lui envoie une personne... c'est ... faut toujours essayer d'y aller. »
(CLSC 5)

Dans le troisième type de situation, la direction et les cadres semblent s'entendre pour refuser clairement toute forme de racisme envers leur personnel et retirer le service à l'utilisateur qui ne changerait pas d'attitude. Sur les deux CLSC (CLSC 4, 6) où s'affirme cette position, l'un n'a pas de politique formellement écrite à ce sujet, l'autre est réfléchi à rédiger une. Dans les deux cas, les cadres recevant la plainte de l'infirmière procéderaient bien sûr dans un premier temps, comme leurs collègues des autres CLSC, à une vérification de la situation, de l'état de santé mentale ou des capacités cognitives de l'utilisateur, et si ce dernier ne souffrait pas de problème particulier de cet ordre, le CLSC lui signifierait sa totale désapprobation en l'invitant à modifier son attitude, faute de quoi le service lui serait retiré.

« J'ai eu connaissance de certaines choses où on disait « non, non, pas plus cette infirmière-là qu'une autre, vous allez voir... Je ne suis pas certaine qu'on retirerait l'infirmière (pour satisfaire le client). Ce serait même difficilement "planifiable"... »
(CLSC 4)

« C'est toujours du cas par cas hein ! Mais si on voit que c'est une personne qui a toute sa tête et qui refuse des services parce que c'est une personne qui est de couleur, alors on se dit : « Bien peut-être que vous n'avez pas besoin de services tant que ça . Nous, c'est notre membre du personnel ... On vous offre ce service là, via ce membre du personnel là. Qu'elle soit de n'importe quelle couleur, bon. » Et, on est allés jusqu'à ne pas donner de service. » (CLSC 6)

En résumé, la tendance actuelle dans les CLSC à l'étude va majoritairement dans le sens de l'accommodement raisonnable qui, s'il ne parvient pas à se concrétiser, se finalise par un retrait de l'infirmière ou autre membre du personnel concerné. Ce mode de règlement

de situations impliquant du racisme apparaît même dans des CLSC dont la direction a manifesté son opposition à celui-ci à travers ses documents éthiques et ses politiques contre la violence et le harcèlement sexuel. Ce fait pour le moins surprenant, tout comme les efforts déployés pour tenter d'expliquer, voire justifier les attitudes racistes de la part des usagers, soit du fait de leur pathologie, soit du fait d'évènements traumatisants, de « mauvaises expériences antérieures » ou encore de leur âge, indique la fragilité de la reconnaissance du racisme et le malaise à le dénoncer dans le secteur public des services de santé et des services sociaux. Si nous comparons les positions prises par rapport au racisme, et celles qui sont prises par rapport à deux autres formes d'atteinte à l'intégrité et à la dignité de la personne, soit le harcèlement sexuel et la violence, nous constatons un écart très grand entre les deux. Un indice très fort de cet écart est le fait que tous les CLSC sont munis d'une politique contre le harcèlement sexuel et la violence et d'un protocole indiquant clairement la démarche à suivre, où il est tout aussi clairement stipulé que si l'utilisateur ne modifie pas son attitude, le service lui sera retiré. Ces politiques sont bien connues de tous les membres du personnel et affichées dans tous les lieux stratégiques à l'intérieur des établissements. Elles sont aussi reprises sans hésitation aucune par toutes les personnes rencontrées en entrevue, ce qui constitue en soi un autre indice de l'écart entre l'attention portée au racisme et celle portée aux autres formes d'agression.

« Ici, l'administration ne tolère pas le harcèlement sexuel. » (CLSC 5)

« La violence, c'est tolérance zéro. » (CLSC 6)

En cela, le discours semble s'arrimer et prendre force dans les politiques développées à différents paliers, à commencer dans les instances ministérielles dont les Régies régionales sont les relais auprès des établissements et dont émanent des codes d'éthique où s'inscrivent effectivement les dispositions anti-racistes et anti-discriminatoires de la Charte des droits humains, mais aussi les droits des usagers à recevoir des services, dispensés par des personnes de leur choix. Aucune autre directive n'est donnée aux établissements relativement au racisme commis par des usagers. En revanche, la question de la violence, largement débattue sur la place publique et amplement mise en liens avec les nouvelles vagues d'immigration que le gouvernement contrôle de façon très serrée au nom de la sécurité publique, a été reprise par les syndicats et les Régies régionales pour faire l'objet de politiques et protocoles implantés dans tout le réseau, dont

les CLSC qui les ont intégrés dans leurs politiques internes et ont mis en place des dispositifs de plaintes et protocoles d'intervention d'urgence au sein de l'établissement. Cette omniprésence de la thématique de la violence à travers divers véhicules (notes de services, protocoles écrits, affiches, messages codés) n'est probablement pas sans influence sur la priorité donnée tant par le personnel que par leurs supérieurs immédiats à la violence plutôt qu'au racisme. Cette analyse tend à être confirmée par un responsable selon lequel les cas de violence ne sont probablement pas plus fréquents que les cas de harcèlement sexuel ou de racisme (qui ne seraient pas très nombreux), mais la question beaucoup plus débattue.

« Il y a peut-être une surestimation de la dangerosité... les syndicats ont embarqué là-dedans, dans la question de la protection, peut-être parce que ça va avec le quartier, mais ce n'est pas une situation que l'on voit très souvent. » (CLSC 4)

Soulignons encore que la trajectoire personnelle des individus semble avoir une incidence sur leur position par rapport au racisme. Les deux tiers des personnes rencontrées qui étaient d'origine autre que québécoise se sont clairement prononcés en faveur d'un retrait de service à l'usager en cas de racisme envers les infirmières. Les trois autres individus, d'origine québécoise, qui partagent cette position, sont de ceux qui travaillent par choix dans un milieu pluriethnique.

« Moi, je m'embêterais dans un CLSC blanc francophone! Je m'embêterais! Quand je suis venu travailler ici, ça a été comme: Wow! C'est dans ça que je veux travailler!. J'aime ça.» (CLSC 5)

Façons de voir et façons de faire dans les agences

Aux dires des responsables des agences, le volume d'infirmières d'origine autre que québécoise, parmi leur personnel, semble globalement aussi restreint que dans les CLSC. Même lorsque les responsables nous disent « J'en ai plusieurs », ils précisent ensuite que la très grande majorité sont néanmoins des Québécoises d'origine. Les mêmes points sont soulignés quant aux difficultés que peuvent rencontrer les infirmières dans leur rapport à une clientèle multiethnique. Les problèmes de langue sont toujours évoqués en premier lieu. Les difficultés sur ce plan peuvent être plus aiguës que dans les CLSC vu que les infirmières d'agence travaillant auprès d'une clientèle privée ou à domicile ne peuvent pas recourir à des collègues ou à des interprètes rémunérés. Viennent ensuite la

confrontation de valeurs et des difficultés liées à la méconnaissance des modes de vie et des rituels religieux. Une agence essaie d'encadrer ses infirmières sur ce plan, en leur donnant des informations de base dont elles ont besoin.

« Oui, je leur donne de la formation dans le domaine interculturel; de façon assez ciblée. Par exemple, une infirmière qui devait aller visiter une famille juive un samedi, journée du sabbat. Alors on lui a donné un enseignement (sur ce qu'il convenait de faire ou pas). Au niveau de la mort aussi, l'approche de la mort dans les différentes cultures... C'est des documents qu'on leur a déjà fait parvenir. Puis oui, effectivement, les gens sont obligés de s'adapter. Mais encore là, c'est une qualité de l'infirmière, de s'adapter à ce qu'on rencontre. » (Agence 16)

Tout comme les cadres des CLSC, les responsables des agences à l'étude ont dans un premier temps interprété la question du racisme dans le sens infirmière à l'endroit du client, en y apportant d'emblée le même type de réponse : les infirmières sont parfois déroutées mais elles ne refusent pas d'aller dispenser des soins à un client en raison de son origine. Le seul cas de demande de changement mentionné était relatif à des questions linguistiques. L'infirmière était francophone, l'usagère anglophone, et l'infirmière a eu le sentiment très fort que ni l'une ni l'autre ne se comprenaient et qu'elle n'avait pas pu évaluer correctement les besoins et faire l'intervention nécessaire. Dans le cadre de cette vision, les responsables d'agence n'entrevoient pas de réels risques de discrimination ou de racisme à l'endroit des usagers par les infirmières. Ils affichent une confiance totale (aveugle ou pas ? la question se pose sans doute néanmoins) dans leurs infirmières, leurs compétences et leur éthique professionnelle. Subséquemment, ils n'éprouvent pas le besoin de forcer le trait pour rappeler les droits des usagers par une politique, un code d'éthique et, encore moins des procédures et mécanismes de plaintes à ce sujet.

Quant aux manifestations de racisme de la part des clients envers les infirmières d'origine autre que québécoise, les réponses sont venues plus spontanément que dans les CLSC – *« oui, ça arrive qu'un client dise qu'il ne veut pas d'une infirmière parce qu'elle est noire »* – dans la mesure où les responsables d'agence, pris dans un rapport marchand, ne vivent pas la même contrainte morale que les responsables du réseau des services publics. La nuance a toujours été apportée sur le fait que cette situation se produisait plus rarement dans le cas des infirmières que dans le cas des auxiliaires familiales et préposés aux

bénéficiaires, les premières ayant droit dans la société à davantage de considération que les deuxièmes¹. Mais cette réalité est connue et reconnue.

« C'est fréquent avec les auxiliaires, jamais avec les infirmières : elles font des soins, elles ne sont pas considérées de la même façon. C'est arrivé seulement une fois, il y a trois ans. » (Agence 12)

La façon de gérer ces situations se résume en deux positions clairement définies. En cas de discrimination raciale envers une infirmière, c'est soit le retrait de celle-ci, soit le retrait du service. La position médiane de l'accommodement raisonnable n'apparaît pas ici comme une tendance privilégiée mais une étape intermédiaire vers la décision.

Trois agences (9, 12, 16) se rangent dans le créneau du retrait de l'employé. Ici, la préoccupation centrale est celle de la satisfaction du client auquel est conféré le privilège de choisir l'infirmière qui lui dispensera des soins puisqu'il paye pour ce service. Tout comme dans les CLSC, le responsable contactera dans un premier temps le client pour tenter de le convaincre d'accepter l'infirmière qui lui a été envoyée. À cette étape, les responsables d'agences tentent de vérifier si le client a des raisons particulières qui justifieraient sa position : traumatismes, problèmes de santé mentale. S'il s'agit bien de racisme et que le client insiste pour que l'infirmière soit remplacée, l'agence se plie alors à sa demande.

« Dans notre clientèle privée, c'est sûr que je peux appeler le client. Mais si c'est vraiment ça le problème, je ne peux pas faire autrement que de ne pas lui renvoyer l'infirmière. C'est un client qui paye! » (Agence 16)

« Dans le privé, c'est déjà arrivé. Mais, comment je pourrais dire... c'est le patient qui paye hein, donc il a le choix. Par contre, il y a des fois où en jasant avec les clients, je dis : « Écoutez. J'ai une infirmière qui a énormément d'expérience. Vous allez voir, elle est très gentille. Oui, elle est Noire. Je vous le concède, ça ne se cache pas. Mais par contre, c'est mon infirmière la plus expérimentée pour ce genre de soins là. Accepteriez-vous que j'aille avec elle, que je vous la présente ? Que je vous l'introduise et si ça ne va

¹ - Nous avons déjà eu l'occasion de souligner dans des recherches précédentes, que les hiérarchies professionnelles en santé s'accompagnent d'une plus ou moins grande valeur sociale des individus et de leur tâches et ce, en lien avec la valeur des soins dans la société (Cogné, 2001; Cogné et Fortin, 2003).

pas, là, après, on s'arrangera ? Donnez-lui une chance. Des fois, ça ne passe pas. « Non. C'est non ! », « C'est parfait. On va essayer de vous trouver quelqu'un d'autre.... » (Agence 9)

Fait intéressant, quand c'est un CLSC qui demande à l'agence de retirer son infirmière parce que son client préfère en avoir une autre (ce qui, selon les témoignages d'agences, arrive aussi), la position s'inverse et l'agence a alors tendance à défendre son infirmière.

« En jasant avec l'infirmière, parce que l'infirmière du CLSC m'a appelé, pour me dire : « Écoute. Tu sais. Le patient veut plus la voir ! » J'ai dit : « Écoute. Est-ce que c'est parce qu'elle est Noire ou c'est parce qu'elle est incompétente ? Si c'est parce qu'elle est incompétente, tu ne la reverras plus. Si c'est parce qu'elle est Noire, je ne peux pas ne pas te la retourner. Comment je pourrais dire, c'est pas un critère d'exclusion. Elle est Noire. Elle fait bien son travail. C'est une infirmière compétente. Elle est très bonne avec les clients. Elle est habile, etc. Elle fait des beaux rapports de visite. Regarde, elle a tout ce qu'il faut comme qualités. Alors, c'est une infirmière. » (Agence 9)

Le fait que le problème survienne avec un usager de CLSC peut procurer une esquivé aux agences qui ne se sentent pas à l'aise face à de telles situations dans la mesure où le règlement du problème relève alors de la responsabilité du CLSC.

« C'est arrivé au CLSC, alors ça a été géré par le CLSC. Je ne sais pas ce qu'il a fait, si elle a été retirée ou non... » (Agence 12)

On ne "sait pas", et personne n'a cherché à rejoindre l'infirmière pour savoir, ou pour lui donner du support. Parfois, l'infirmière, est invitée à "dédramatiser" le cas. Mais parfois encore elle est pointée comme la "fautive" qui, dans la situation, a manqué d'empathie envers l'usager. On peut rapprocher ce type d'argumentation à celle mise de l'avant dans les CLSC qui recherchent un accommodement raisonnable et se prononcent, en cas d'échec, en faveur du retrait de l'infirmière plutôt que du service à l'usager.

« Quand ça arrive, on donne du support psychologique. On leur dit que ce n'est pas si grave, qu'il ne faut pas s'attendre à être aimé par tout le monde. Peut-être que le client a eu des mauvaises expériences, on ne sait pas ce qu'il a vécu, on ne peut pas juger... » (Agence 12)

Comme en écho des propos tenus dans les CLSC, les cadres des agences favorables au retrait des infirmières en cas de racisme vont prendre une position à l'opposé quand il s'agit de harcèlement sexuel:

« À ce moment là, oui. C'est : « Oui, tu payes pour des services. Mais moi je peux arrêter le service quand je veux par exemple. Je ne suis pas le système public. Je ne suis pas tenu de te donner des services. J'y vais parce que ça fait mon affaire aussi. » (Agence 9)

Le retrait de services en cas de harcèlement sexuel ou de violence n'est pas à remettre en cause. Mais le questionnement est posé, à savoir pourquoi l'agence ou le CLSC se sentent pleinement en droit de retirer le service à un client responsable de harcèlement sexuel ou de violence mais hésitent à le faire s'il est responsable de racisme ? La réponse renvoie probablement en partie au domaine de la subjectivité, les infirmières étant majoritairement des femmes qui ont mené des batailles contre le harcèlement sexuel et qui, parce que majoritairement Québécoises blanches, ont été moins exposées, en tant que groupe, au racisme.

Deux agences (7, 10) s'accordent cependant le droit d'interrompre l'engagement de services avec un usager. Les responsables affirment que l'infirmière pourrait compter sur leur soutien si elle allait jusqu'à déposer une plainte.

« Bien moi en tout cas, c'est clair qu'avec l'autre patron, mon vis-à-vis, je dirais : « Écoute. C'est des situations qu'on ne peut pas tolérer là. Tu sais, je pense que quelle que soit la couleur ou le sexe ou l'orientation, je pense que les gens n'ont pas à être jugés à partir de ça. Je veux dire, nous, comme personne, comme l'infirmière, elle est là pour apporter des soins et avoir une attitude qui est professionnelle. Le bénéficiaire est tenu à la réciproque au niveau de ses attitudes aussi. C'est-à-dire d'être disposé à recevoir ses soins. Parce que si on y est, c'est parce qu'il a autorisé ça. Et qu'il soit disponible aussi à répondre à nos questions, indépendamment de notre couleur ou de notre accent, ou de la couleur des yeux ... ça peut aller loin ! » Dans ce sens là, moi je dirais : « Écoute, il faudrait que tu fasses un suivi par rapport à ça. Que tu ailles au moins vérifier ça ». [...] Si il y a un processus judiciaire qui entoure ça, oui. Je serais capable d'accompagner l'autre là-dedans. » (Agence 10)

Les propos subséquents de ce cadre rappellent à nouveau que la non intervention en soutien aux personnes victimes de racisme est la porte ouverte au découragement et à la

résignation devant une situation non acceptable (ce qui redouble la violence et les dommages de l'acte). C'est aussi un encouragement envers l'agresseur à poursuivre une attitude dont il sort finalement satisfait.

« Souvent l'infirmière va dire, si ça a été trop pénible: « Bien moi je ne veux pas... Si jamais je retourne dans ce CLSC là, je ne veux plus avoir ce patient » Il s'agit alors de voir aussi avec l'autre, lui dire : « OK ! Mais est-ce qu'il peut y avoir aussi, cette possibilité là que tu puisses y retourner ? Ça peut être bienfaiteur et pour toi, et pour lui. Si jamais... »
(Agence 10)

Si cette première agence n'a pas de politiques formelles en regard de la discrimination raciale, mais une position de principe qui permet aux cadres intermédiaires d'agir dans le sens des intérêts de l'infirmière, la deuxième s'est dotée de différents documents dont un code d'éthique stipulant clairement que l'entreprise « ne tolérera aucune forme d'agression à l'endroit d'une cliente, d'un client ou d'un membre de son personnel » ce qui, replacé dans le contexte de l'ensemble des documents produits par cette agence, renvoie autant au racisme qu'à la violence ou à l'agression sexuelle. Les directives sont claires, partagées par tous les paliers décisionnels de l'entreprise et par le RSI qui peut ainsi avancer une position ferme.

« Oui, il y a déjà eu des cas de racisme, pas envers des infirmières mais envers des préposées. Ma réponse à ça c'est : elles ont une formation. Elles ont répondu à tous les critères qui sont assez élevés. Ce ne sont pas des préposées qui ont fait seulement une formation de 40 heures, ça ne vaut rien. Je choisis des préposés qui donneraient des bons soins à ma mère. Maintenant, avez-vous vraiment besoin de services ? Si vous ne voulez pas le service à cause de la couleur, c'est que vous n'en avez pas vraiment besoin. Je me sens à l'aise de dire la même chose aux CLSC parce que je connais bien mes infirmières. S'il y a vraiment du racisme, je vais toujours les soutenir.» (Agence 7)

Les deux sont des agences de grande taille dont le type de gestion converge à plusieurs égards vers une configuration divisionnalisée, très bureaucratisée dans un cas, plus souple dans l'autre, mais où les divisions jouissent dans les deux cas d'une certaine autonomie dans leurs activités et stratégies. Mais les styles de gestion pour analyser cette dimension sont moins pertinents que dans les points que nous avons traités aux chapitres précédents et ce, parce que la dimension ethnique n'est justement pas formellement et

explicitement appréhendée et traitée dans ces établissements. De ce fait, elle apparaît comme une dimension minorée que chacun traite un peu à sa guise; selon son point de vue personnel. La ligne de convergence par exemple entre les agences 7 et 10, en ce qui a trait à la façon de voir et de faire en matière de relations ethniques, nous paraît davantage reposer sur la trajectoire et l'identité même des RSI qui appartiennent tous les deux à des minorités ethniques au Québec, que sur le style de gestion organisationnelle puisque l'ethnicité est justement une dimension qui n'est pas gérée à ce niveau. Nous posons un peu plus haut la question quant à la différence radicale de l'approche qui est faite, tant dans les agences que dans les CLSC, entre le harcèlement sexuel et le harcèlement ethnique (qui couvre sous cette appellation les pratiques discriminantes et racistes). Il nous apparaît que la réponse est à rechercher au-delà de ces établissements jusqu'au plus haut lieu des sociétés québécoise et canadienne qui, certes, se réclament comme des sociétés *non racistes* mais n'en sont pas pour autant, *ipso facto*, des sociétés *anti-racistes* pour reprendre les analyses de Simmons (1998) entre autres¹. Autrement dit, le flou dans les positions restituées ici, qu'il s'agisse globalement de celles des directions ou des cadres de la ligne d'autorité, vis-à-vis du harcèlement ethnique alors qu'*contrario*, ces mêmes personnes montrent des positions rigoureusement tranchées en ce qui concerne le harcèlement sexuel, révèlent surtout des failles dans le système sociétal pour que soit relayés efficacement les projets politiques multiculturaliste du Canada et interculturaliste du Québec; soit pour faire en sorte que cette volonté affichée au plan

¹ - Simmons (1998), voit dans le multiculturalisme et la politique d'immigration qui en découle, une possible ouverture à une organisation sociale néo-raciste. Pour cet auteur, non racisme et néo-racisme coexistent en tension dans la politique canadienne de l'immigration. Il distingue plusieurs indicateurs de ce néo-racisme soutenu par une politique qui s'affiche comme non raciste sans pourtant s'affirmer par une orientation radicalement anti-raciste. Une réduction des entrées mais tout autant une sélection stricte ciblant des catégories de populations, la limitation de l'accès aux circuits d'émigration ou à la demande d'asile, le déni ou simplement l'absence de reconnaissance et donc de correction des inégalités structurelles, l'absence de politique de correction des discriminations de fait dans le marché du travail ou la cécité volontaire vis-à-vis de l'exploitation de certains groupes d'individus au profit des employeurs dans le contexte d'une économie néolibérale ou vis-à-vis de la racisation systématique pour certains par le corps de policiers et relayé par les médias alors qu'ils sont appréhendés dans le cadre d'actes de délinquance, sont autant de pratiques racistes qui ont cours à l'abri d'une politique pourtant non raciste que l'auteur dénonce (Simmons, 1998 : 91-92). Troper et Weinfeld (1999) rappellent que la proclamation d'une politique multiculturelle n'élimine pas ipso facto le racisme et la discrimination qui restent un fait de la société canadienne, dont l'expression diffère toutefois des formes les plus extrêmes et les plus hostiles du passé. Dans le même ordre d'idée, Henry et Tator (2002) comme Li (1998) parlent de racisme démocratique qu'ils définissent comme une idéologie dans laquelle deux principes, a priori conflictuels, sont mis en congruence. L'engagement dans des principes démocratiques tels que la justice, l'égalité et l'équité, coexiste avec des représentations négatives des groupes minoritaires qui soutiennent et légitiment des pratiques discriminantes à leur endroit (Henry et al., 2000; Henry et Tator, 2002; Li, 1998; Razacks, 1998; Tator et al., 1998). Pour Troper et Weinfeld (1999) le défi de la société canadienne est désormais de préserver les valeurs d'une démocratie libérale tout en respectant une communauté nationale où le pluralisme d'origines et de cultures est sans précédent.

symbolique du "vivre ensemble" se traduit par des politiques et procédures au plan des structures et ce, jusque dans les établissements.

Façons de voir et façons de faire dans les associations

Animées par des objectifs humanistes, les deux associations semblent gérer les relations interethniques de façon différente. Nous disons bien "semblent" puisqu'en fait le directeur de l'une d'entre elles (Association 15) écarte totalement la question en expliquant que le problème de la discrimination raciale ne se pose tout simplement pas dans le secteur d'activités où il œuvre. Même de mémoire, il n'a jamais entendu parler de situations de racisme ou de discrimination. Évitant d'entrer dans des cas hypothétiques, il préfère se centrer sur les raisons expliquant l'absence de ce phénomène dans le vécu du personnel de l'association. À son avis, l'explication réside dans le contexte très particulier d'intervention – l'accompagnement des gens en phase terminale – qui efface toute considération de cet ordre.

« Nous avons une clientèle multiethnique mais je ne pourrais pas dire le nombre d'ethnies que nous desservons et si des problèmes particuliers se posent avec certaines d'entre elles. Parce qu'il n'y a pas vraiment d'histoires qui ont été rapportées, de situations qui se présentent régulièrement qui permettraient de dire avec telle ethnie, telle religion, nous avons des problèmes. Ça ne s'est pas posé. Probablement le fait que nous accompagnons les gens en phase terminale (presque 40% de nos malades décèdent à l'intérieur d'un mois) fait que les liens que nous développons avec ces personnes et leurs familles sont plutôt privilégiés. Les familles reçoivent les infirmières avec tellement de gratitude, il y a ce support qui arrive, le savoir-être et le savoir-faire des infirmières les rassure, donc avec ça je crois que c'est plus facile de composer avec le reste. Je le crois même si je n'en ai pas fait une analyse pointue mais c'est ce que ça me dit quand on dessert tant de cultures et que nous n'entendons pas plus de plaintes et complaints; il y a sûrement quelque chose de plus noble, de plus important en fait qui se passe entre l'intervenant qui arrive à domicile et la famille. » (Association 15)

Avec l'idée de noblesse, des valeurs de la gratitude et du lien privilégié, nous retrouvons le style de gestion où la mission, son idéologie et ses valeurs, priment sur toute autre considération. Compte tenu de la force avec laquelle s'affirme ici le centrage prioritaire sur les personnes en besoin de services, nous pouvons faire l'hypothèse que si un cas de

racisme survenait, la direction déploierait dans un premier temps tous les efforts pour en arriver à une conciliation mais tendrait à retirer son infirmière si le client insistait, ne serait-ce qu'au nom de son bien-être.

Le discours de l'autre association (14) rejoint pour sa part celui des deux agences précédentes (Agences 7 et 10) et des deux CLSC (CLSC 4 et 6) en faveur du retrait de service en cas de racisme envers leur personnel. Selon les propos du directeur de l'association 14, son personnel n'est pas plus à l'abri du racisme que dans d'autres secteurs. Il est par contre fermement protégé par ses employeurs qui ont explicitement énoncé, dans un document intitulé *Droits et responsabilités* (produit par le bureau central) leur opposition à toute forme de discrimination. Advenant une telle attitude de la part d'un usager à l'égard d'un membre du personnel, l'organisme déploierait tous les efforts possibles pour en arriver à une conciliation mais si ces efforts n'aboutissaient pas, il pourrait aller jusqu'au retrait du service. En effet, malgré tout le soin et le dévouement prônés par l'association envers une clientèle particulièrement vulnérable, l'organisme n'est pas prêt à sacrifier le bien-être de son personnel ni ses droits.

« Oui, nous avons une politique écrite qui vient du bureau central. On n'accepte pas la discrimination. C'est valable dans les deux sens. On a eu des cas de discrimination. On a été obligés de rencontrer le client pour l'aviser qu'on n'accepte pas ce type de comportement envers nos travailleurs. On doit se retirer. Ce n'est pas idéal mais on ne peut pas accepter qu'une personne travaille dans un endroit qui n'est pas sain pour elle. On va prendre le temps de discuter, proposer des efforts de part et d'autre s'il y a lieu. Mais si le client ne veut pas faire d'efforts, on ne peut tout simplement pas continuer. Et si l'infirmière déposait une plainte? Oui, on la soutiendrait. » (Association 14)

Le directeur de cette association tient à préciser que les cas auxquels il réfère sont survenus dans le cadre de services à domicile autres que les soins palliatifs. Il n'en demeure pas moins que la position de cette association permet de penser que les considérations autour d'une clientèle spécifique, même si elle est particulièrement fragilisée, ne suffisent pas à expliquer les positions "de non-intervention". La direction de l'association, nous l'avons vu dans les parties précédentes, accorde autant d'importance au bien-être de ses employés que de sa clientèle. Il est possible aussi que comme dans la plupart des autres cas nommés dans les agences et les CSLC, il y ait une incidence de

l'origine du directeur (appartenance à un groupe minoritaire au Québec) sur sa vision par rapport à toute forme de discrimination et de racisme.

D'une façon générale, pour les raisons que nous avons expliquées plus haut, les trajectoires personnelles des responsables, les histoires de vie, incluant donc les possibles expériences de l'immigration mais surtout de la discrimination en tant que membres de groupes minoritaires, apparaissent déterminants dans l'appréhension de la dimension ethnique dans les soins infirmiers. À cela, il nous semble que le secteur dans lequel le responsable s'implique le plus ou auquel il réfère dans ses exemples est également un facteur important dans son approche. Ainsi, nous avons remarqué dans toutes les entrevues que les personnes impliquées en maintien à domicile, en soins palliatifs ou auprès des personnes âgées, ont pour premier réflexe d'essayer d'identifier des liens entre les caractéristiques de ces clientèles, leurs capacités et leurs besoins, qui expliqueraient, sans pour autant systématiquement l'excuser, le comportement de l'usager.

Au total, ce regard sur la façon dont la dimension ethnique est appréhendée dans les trois secteurs tend à démontrer que deux visions se juxtaposent. L'une est celle qui est réservée à sa mise en saillance dans les relations thérapeutiques à l'usager, par l'infirmière qui mobilise l'identité ethnique de son client. L'autre est celle qui est réservée à son émergence dans une situation où, cette fois, c'est l'usager qui mobilise l'identité ethnique de l'infirmière.

Dans le premier cas, cette mise en saillance peut présenter deux facettes soit une identité ethnique mobilisée de façon : a) positive, en termes, par exemple, de médiateur à la relation ou d'enrichissement. Les responsables mettent alors de l'avant la diversité culturelle comme source d'intérêt qui peut, nous ont dit certains, aller jusqu'à être un facteur d'attraction et de rétention des infirmières ; b) négative, à visée discriminatoire et soutenant des postures racistes à l'égard de certains clients. Dans ce cas, nous avons vu que ce type d'attitude chez une infirmière appellerait systématiquement des sanctions. Cette vision chez les responsables s'appuie de règles globalement assez claires qui soutiennent l'approche énoncée dans la charte des droits et des libertés de la personne, qui se trouve par ailleurs être reprise sous une forme ou sous une autre dans les orientations du système de santé, ou encore dans les règlements et lois qui régissent la profession infirmière. Nous avons vu également que cette approche était en général

reprise dans les codes d'éthique des établissements du réseau public et donc assez bien repérée, à ce titre, par les responsables.

Dans le deuxième cas, les choses en vont tout autrement. D'une part, les responsables ont très majoritairement du mal à voir cet aspect potentiel de l'ethnicité (exposant l'infirmière au racisme). Ils croient que le problème n'existe pas ou pensent que cela relève du passé, d'une question que l'on a fini de régler. Quoiqu'il en soit, nous avons vu que leur représentation quant à ce qu'ils feraient le cas échéant était d'une part très variable et d'autre part, n'avait pas vraiment à voir avec le fait d'être dans un CLSC, une agence ou une association, pas non plus vraiment avec celui d'avoir à faire à une organisation gérée sous un style ou sous un autre, mais bien plutôt avec les histoires et les parcours des individus comme tels.

Des faits saillants qui ressortent de ces analyses, il apparaît que les principaux porteurs de la lutte contre le racisme sont les personnes issues de groupes minoritaires sujets à la discrimination linguistique, ethnique, raciale ou religieuse. À leurs côtés, on compte également des individus dont les parcours de vie les ont amenés à aimer côtoyer des personnes aux origines diverses et prendre cause pour eux. Les uns comme les autres ont cependant une plus ou moins grande capacité d'agir selon le type de structure dans lesquelles ils se trouvent à travailler et les styles de gestion qui les caractérisent.

CONCLUSION

Au fur et à mesure de nos analyses, nous avons montré qu'au-delà de la répartition classique des trois secteurs organisationnels des soins infirmiers (public, privé marchand et privé à but non lucratif), d'autres logiques émergent. Parties de ces trois secteurs, nos analyses ont révélé au fur et à mesure un portrait plus complexe des contextes organisationnels où certaines entreprises paraissent moins différentes que supposées au départ alors qu'à l'inverse, certaines classées dans un même secteur offraient des profils contrastés. Ces analyses nous ont conduit à proposer au chapitre 4 un niveau de lecture transversal au classement tri-sectoriel classique, répartissant cette fois les treize entreprises de notre étude dans une typologie "mintzbergienne" (ce modèle théorique n'exclut pas bien entendu que d'autres mode de classement et cadres d'analyse des organisations aient pu être pertinents et auraient éventuellement donné lieu à d'autres recoupements). Ce reclassement montrait que le contexte organisationnel des soins infirmiers de santé primaire était finalement, sur nombre de points, plus homogène que nous aurions pu le croire mais qu'en même temps, il laissait place à de forts contrastes entre des entreprises de l'un ou l'autre des trois secteurs habituellement retenus. Les profils émergeant de ce reclassement, explorés ensuite systématiquement dans les chapitres 5, 6 et 7 portant respectivement sur la gestion du personnel et des soins infirmiers, la philosophie des soins et les mécanismes de transmission et les différentes façons de voir et de faire avec la dimension ethnique dans les soins, ont permis de confirmer que la lecture seule des trois secteurs était insuffisante pour comprendre certaines données et que le reclassement intégrant la structure de l'entreprise et le style de gestion les éclairait plus subtilement.

Ainsi, en matière de gestion du personnel et des soins, les convergences et divergences se jouent autour de la taille, des valeurs des entreprises, ainsi que de leur nature (mission renvoyant au type de secteur), selon la dimension à laquelle on réfère en matière de gestion du personnel infirmier.

La taille de l'entreprise apparaît comme le facteur essentiel qui influence le mode d'encadrement et de support du personnel infirmier. On remarque en effet une nette convergence entre les CLSC, les agences de grande taille et l'association qui compte le plus de personnel. Excepté dans le cas d'un CLSC où des questions internes ont pu

affecter la structure d'encadrement au moment où l'enquête a été faite, dans toutes ces entreprises le personnel infirmier relève d'instances distinctes au plan administratif et au plan clinique. Au plan administratif, ce sont les chefs de programme pour les CLSC, les directions pour les agences et les associations de grande taille, qui assurent la gestion des infirmières, leur supervision et encadrement clinique étant confiés à des conseillers cliniques et RSI dans le cas des CLSC, aux RSI dans le cas des agences et de l'association de grande taille. Dans les agences et l'association de petite taille, la direction cumule la gestion administrative et la supervision clinique du personnel infirmier.

En matière de contrôle de la qualité des soins et de support professionnel, la nature de l'entreprise tend à se profiler comme le facteur d'influence essentiel. Une grande convergence apparaît en effet entre les CLSC et les agences, quelle que soit leur taille, qui les différencie nettement des associations. Si, dans les trois secteurs, le suivi des infirmières est assuré par les responsables cliniques, selon des mécanismes formels, le seul secteur où s'y ajoutent des mécanismes informels mais clairement établis et favorisés par le mode d'organisation des rencontres est le secteur des associations, où le contrôle de la qualité des soins et le support s'effectuent quotidiennement à travers le groupe de pairs. La prédominance de la réalisation de la mission humaniste, et l'application de ces mêmes valeurs autant au personnel qu'aux usagers, pourrait expliquer la place importante qui est accordée au support collégial dans les associations, préoccupations qui ne sont pas absentes mais à un degré moindre dans les CLSC et les agences.

On peut aussi souligner, à ce chapitre de la qualité des soins, l'impact des disponibilités budgétaires sur la mise à jour des compétences infirmières, les CLSC étant très nettement favorisés à cet égard en tant qu'établissements du secteur public.

Sur le point des compétences infirmières requises enfin, les valeurs portées par l'entreprise apportent une nette démarcation entre elles. Si des valeurs humanistes traversent les entreprises des trois secteurs, celles-ci prennent un poids majeur dans les associations et deux agences marquées par la passion professionnelle du responsable des infirmières. Ce poids a un effet sur les critères conduisant à la sélection du personnel infirmier, les compétences professionnelles étant certes requises dans tous les cas mais avec un accent majeur sur les valeurs de l'infirmière dans le cas des associations et de ces deux agences, pour se faire beaucoup plus discrètes dans les CLSC et les autres agences.

Dans les associations, le niveau de formation (DEC ou Bacc.) sera donc moins important que les valeurs et l'expérience de l'infirmière, ce en quoi elles rejoignent les agences et certains CLSC qui convergent entre eux par l'accent sur les savoirs-faire acquis par l'expérience.

Au chapitre 6, où nous traitons de la philosophie des soins et des mécanismes de transmission aux infirmières, les résultats tendent à montrer que les convergences et divergences entre les entreprises à l'étude, relèvent en premier lieu de la mission de l'entreprise, étroitement liée au type de secteur (public, privé ou associatif). Très schématiquement, on peut caractériser la philosophie de chacun par le développement de l'autonomie dans le réseau des CLSC, la performance dans les agences et l'humanisme dans les associations. Ceci dit, il apparaît aussi des nuances importantes qui nous renvoient à la fois aux valeurs professionnelles et aux types de gestion. Ainsi, on retrouvera une convergence entre les associations et les agences dont les responsables sont porteurs de valeurs "vocationnelles" et humanistes en termes d'approche. Si l'on considère par ailleurs l'attitude du personnel par rapport à la philosophie portée par l'entreprise, on remarque alors que le type de gestion devient un agent de démarcation essentiel, les entreprises (CLSC, agences et association) à configuration professionnelle, divisionnalisée et innovatrice recevant manifestement plus facilement l'adhésion de leur personnel à leur philosophie que les entreprises à caractère centralisé ou mécaniste, excepté dans le cas où les dirigeants (notamment dans le cas des agences et associations) sont des figures charismatiques auxquelles le personnel vouera une très grande confiance, le contraire entraînant quasi "naturellement" une rupture d'emploi.

À son tour, la dimension ethnique traitée au chapitre 7 mobilise des façons de voir et de faire qui peuvent varier selon les entreprises étudiées. Sur ce point, en revanche, quelle que soit la grille d'analyse que nous appliquions, les treize entreprises montraient de fortes convergences.

Nous avons ainsi souligné que tous les cadres rencontrés s'accordaient pour dire que des attitudes discriminatoires et des postures racistes à l'égard des usagers appelleraient systématiquement des sanctions. Ils étaient sur ce point en parfaite concordance avec la charte des droits et des libertés de la personne, par ailleurs reprise sous une forme ou sous une autre dans les orientations du système de santé, dans les codes d'éthique des établissements du réseau public, ainsi que dans les règlements et lois qui régissent l'exercice infirmier.

Quand il s'est agi de cas où ce sont les infirmières qui sont interpellées par des usagers sur un mode ethnique, a fortiori quand cette interpellation est à caractère discriminatoire voire raciste, nous avons vu que si les représentations quant à ce qu'il y aurait lieu de faire le cas échéant pouvait accuser une certaine variation, celle-ci était davantage à relier aux histoires et aux parcours biographiques des individus qui répondaient à nos entretiens qu'à leur appartenance organisationnelle. En dehors de ces positions particulières prises par des individus, le trait dominant qui ressort de nos analyses est une assez grande homogénéité entre les établissements publics et ceux du secteur privé en ce qui a trait aux façons de voir et de faire avec la dimension ethnique, les uns et les autres faisant preuve, sauf exceptions, d'une certaine "tolérance" à l'égard des comportements racistes des usagers et surtout d'une absence de réflexion approfondie sur le sujet. Au total, il apparaît qu'à défaut de positions fermement appuyées par des mesures effectives à tous les paliers de la société, les perspectives portées dans les discours sur le multiculturalisme, la convergence culturelle, l'intégration harmonieuse des collectivités, pourraient encore longtemps demeurer des vœux pieux.

Dans un tel contexte, la question qui se pose maintenant pour nous et notre étude est de savoir quelle vision des soins, de leur pratique ont les infirmières, comment elles appréhendent la dimension ethnique dans leur travail quotidien et comment, au besoin, elles parviennent à gérer leurs identités ethniques (assignées ou/et revendiquées) en rapport avec les autres (collègues, supérieurs hiérarchiques, usagers) et avec leur identité professionnelle. C'est l'objet des enquêtes par questionnaire et entretiens auprès d'infirmières des treize établissements (ajoutés de quelques autres dans le cas des agences) et dont nous restituerons les analyses dans les rapports des volets suivants.

BIBLIOGRAPHIE

- ACSSD, (1998). *Maintien à domicile au Québec: un portrait*, Document préparé par l'Association canadienne des soins et services à domicile avec la collaboration de l'association des CLSC et CHSLD du Québec pour les Fond de transition de Santé Canada.
- AGAMBEN, G. (1999). *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*. Paris: Seuil.
- ARMSTRONG, P., ARMSTRONG, H., (1996). *Wasting Away, The Undermining of Canadian Health Care*. Toronto, Oxford University Press.
- AUGER, C., TRUDEAU, J-B., ARCHAMBAULT, A., LAMARCHE, P., (2001). *Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*, Rapport au Ministère de la santé et des services sociaux, Conseil de la santé et du bien-être, Québec.
- BANDURA, A. (1977). *Social learning theory*. New Jersey: Prentice-Hall
- BARTH, F. (dir.). (1969). *Ethnic Groups and Boundaries. The Social Organization of Culture Difference*, Boston: Little Brown. (traduit dans Poutignat, P., & Streiff-Fénart, J. (1995). *Théories de l'ethnicité*. Paris: Presses universitaires de France.)
- BÉDARD, D., & DUQUETTE, A. (1998). Le concept de soi professionnel. *The Canadian Nurse*(juin), 43-45.
- BLAU ET SCHOENHERR, (1971). *The structure of organizations*. New York: Basic.
- COGNET, M. (1999). *Migrations, groupes d'origines et trajectoires : vers une ethnicisation des rapports socioprofessionnels ?* Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion.
- COGNET, M. (2001, 29 & 30 Novembre). *La compétition aux compétences : le jeu des cultures*. Paper presented at the Colloque annuel international du Comité de recherche 13 de l'Association des sociologues de langue française (AISLF) Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé, Centre d'études des rationalités et des savoirs (CERS), Université de Toulouse-Le Mirail.
- COGNET, M. (2002). Les femmes, les services et le don ",. *Cahiers de recherche sociologique*, 37 (Femmes et engagement), 51-77.
- COGNET, M., & RAIGNEAU, L. (2002). Le genre et l'ethnicité : les critères voilés de la délégation des actes en santé. *Cahiers du GRES, Centre d'études Ethniques des Universités Montréalaises*, 3 (1), 25-38.
- COGNET, M., & FORTIN, S. (2003). Le poids du genre et de l'ethnicité dans la division du travail en santé. *RIAC- Lien social et politiques*, 49, 155-172.
- CONTANDRIOPOULOS, J., P., DENIS, J., P., DUBOIS, C., A. et al., (2000). *La place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins*. Rapport présenté au Conseil de la santé et bien-être, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal.
- CROZIER, M. et FRIEDBERG, E. (1977). *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, Points.

- CROZIER, M., & FRIEDBERG, E. (1995). Organizations and collective action: our contribution to organizational analysis. *Research in the Sociology of Organizations*, 13, 71-92.
- DALLAIRE, C., O'NEIL, M. et LESSARD, C. (1994). "Les enjeux majeurs pour la profession infirmière" dans Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C et Bélanger, G. (ss la dir), *Le système de santé au Québec*, Sainte-Foy, Presses de l'université de Laval, 245-272.
- DAY, S., BRODSKY, G.. (1998). *Les femmes et le déficit en matière d'égalité. L'incidence de la restructuration des programmes sociaux du Canada*. Ottawa, Condition féminine Canada.
- DE RUDDER, V., POIRET, C., VOURET F., (2000). *L'inégalité raciste. L'universalité républicaine à l'épreuve*. Presses universitaires de France, Paris.
- DEJOURS C. (1993). *Travail et usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*. Paris, Bayard.
- DORAIS, M. (2002). L'immigration et l'intégration dans une perspective de cohésion sociale. *Horizons*, 5 (2), 4-5.
- ERIKSON, E. H. (1950). *Childhood and society* (1 ed.). New York: Norton.
- FASSIN, D. (1996). *L'espace politique de la santé*. Paris: PUF.
- FASSIN, D. (2000). Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et Sociétés*, 24(1), 95-116.
- FAST, J. E., KEATING, N. C., & OAKES, L. (1997). *Conceptualizing and Operationalizing the Costs of Informal Elder Care* (Report). Ottawa: National Health Research Development Program.
- FAST, J., EALES, J., & KEATING, N. (2001). *L'incidence économique des politiques en matière de santé, de sécurité du revenu et de travail sur les prestataires bénévoles de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie* (Rapport d'étude). Ottawa: Condition féminine Canada.
- FOUCAULT, M. (1976). *Histoire de la sexualité - La volonté de savoir* (1ère ed. Vol. 1). Paris: Gallimard.
- FOUCAULT, M. (1997). *Il faut défendre la société*. Paris: Gallimard - Seuil.
- FREIDSON E. (1984). *La profession médicale*. Paris: Payot.
- FRIEDBERG, E. (1993). *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée*, Paris, Le seuil.
- GAGNON, É., SAILLANT, F., MONTGOMERY, C., PAQUET, S., & SÉVIGNY, R. (2000). *De la dépendance et des de l'accompagnement, Soins à domicile et liens sociaux*, Québec-Paris: Les Presses de l'Université de Laval - l'Harmattan.
- GIDDENS, A. (1987). *La constitution de la société. Éléments de la théorie de la structuration* (A. Michel, Trans. française ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Glaser, B., & Strauss, A. L. (1967). *The discoverv of grounded theory. Strategies for qualitative research* (Vol. 1). University of California, Chicago: Aldine Publishing Company.

- GLASER, B., & STRAUSS, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research* (Vol. 1). University of California, Chicago: Aldine Publishing Company.
- GOULET, O. (1999). " La consolidation de la formation " dans Goulet, O., et Dallaire, C., (ss la dir), (1999). *Soins infirmiers et société*, Gaétan Morin éditeur Ltée. Montréal, pp. 225-256.
- GOULET, O., ET DALLAIRE, C., (ss la dir), (1999). *Soins infirmiers et société*, Gaétan Morin éditeur Ltée. Montréal.
- HEBERT, D. (1999). *Pour contrer la privatisation des services à domicile, accroître les ressources allouées aux CLSC*. Retrieved 15 décembre, 2003, from <http://www.csn.qc.ca/Pageshtml16/CLSCCollCSNdh.html>
- HELLY, D. (1999). Une injonction: appartenir, participer. Le retour de la cohésion sociale et du bon citoyen. *Lien social et Politiques, RIAC, 41*, 35-46.
- HENRY, F., & TATOR, C. (2002). *Discourses of Domination, Racial Bias in the Canadian English-Language Press*. Toronto: University of Toronto Press Inc.
- HENRY, F., TATOR, C., MATTIS, W., & REES, T. (2000). *The Colour of Democracy: racism in Canadian Society* (2nd ed.). Toronto: Harcourt Brace.
- HUBERMAN, A. M., & MILES, M. B. (1991). *Analyse de données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: De Noeck.
- JENSON, J. (1998). *Les contours de la cohésion sociale : l'état de la recherche au Canada*. Ottawa: Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques.
- KANE, R., (1989). Adres to the Home Care Workshop, 18^e Congrès annuel de l'association canadienne de gérontologie, Ottawa, cité dasn Richardson, B., G., (1990 : 12). " Aperçu des programmes provinciaux de soins à domicile ", *Forum*, 11-19.
- KETS DE VRIES, M. F. R., & MILLER, D. (1985). *L'entreprise névrosée*. Paris: McGraw-Hill.
- KEYES, C. F. (1976). Towards a New Formulation of the Concept of Ethnic Group. *Ethnicity*, 3(13), 202-213.
- KÜBLER-ROSS, E. (1975). *Les derniers Instants de la vie*. Genève: Éditions Labor et Fidès.
- LABELLE, M., & SALEE, D. (1999). La citoyenneté en question : l'État canadien face à l'immigration et à la diversité nationale et culturelle. *Sociologie et Sociétés, XXXI*(2), 125-144.
- LEVESQUE, B., & VAILLANCOURT, Y. (1998). Les services de proximité au Québec: de l'expérimentation à l'institutionnalisation. *Cahiers du CRISES, UQAM* (9812).
- MARTINIELLO, M. (1995). *L'ethnicité dans les sciences sociales contemporaines*: PUF.
- MASLOW, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.
- MEINTEL, D. (1994). Transnationalité et transethnicité chez les jeunes issus de milieux immigrés. *Revue Européenne des migrations internationales*, 9 (3), 63-79.
- MINTZBERG, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Montréal: Éditions d'organisation & Agence d'Arc,.

- MINTZBERG, H. (1998). *Le management : voyage au centre des organisations* (J.-M. Behar, Trans.). Paris : Montréal: Éditions d'organisation & Agence d'Arc,.
- MORRIS, M., ROBINSON, E. J., SIMPSON, J., GALEY, S., KIRBY, S., MARTIN, L., et al. (1999). *L'évolution des soins à domicile et la fragilité financière des femmes*. Ottawa: Condition Féminine Canada, MSSS, 1989, 1990;
- MSSS, (1994). *Les services à domicile de première ligne, Cadre de référence*, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS. (2001). *Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Québec: Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- POUTIGNAT, P. ET STREIFF-FENART, J. (1995). *Les théories de l'ethnicité* , PUF Paris.
- RAZACK, S. (1998). *Looking White People in the Eye: Gender, Race, and Culture in Courtrooms and Classrooms*. Toronto: University of Toronto Press.
- RENAUD, J. (1999, 7-11 décembre). *Barrières et premier établissement en emploi : quelques exemples à partir d'enquêtes*. Paper presented at the 4ème Conférence internationale de Métropolis, Washington DC.
- RICHARDSON, B., G., (1990). « Aperçu des programmes provinciaux de soins à domicile », *Forum*, 11-19.
- ROULEAU, L., & JUNQUILHO, G. S. *Analyse Organizationnelle et Théorie de La Structuration: Le Renouveau du Projet Moderniste*, 2002, from U:\Donnees\Bibliographies-\Théories et critiques\Analyse Organizationnelle et Théorie de La Structuration Le Renouveau du Projet Moderniste.htm
- Rouleau, L. (1995), *La structuration sociale de l'activité stratégique : le cas Irving Samuel / Jean-Claude Poitras*, Thèse de doctorat, Montréal, HEC.
- ROULEAU, L. (1997). Understanding strategy and structure in daily organizational life : a structurationist view. *Jurnal Manajemen Prasetiya Mulya*, 4(8), 7-18.
- ROULEAU, L. (2002, may 9-11). *Strategising in and through micro-practices and social contexts: a structurationist perspective*. Paper presented at the European Academy of Management's Congress (EURAM), Stockholm, Suede.
- ROY, J., (1992). *De la tâche à la mission. Personnes âgées, aidants naturels, services intensifs de maintien à domicile*, Université de Laval, Centre de recherche sur les services communautaires.
- SAINSAULIEU, R. (1985). *L'identité au travail*, Presses de la FNSP, Paris.
- SEVIGNY, A., (1995). *Les raisons qui motivent les aînés à utiliser ou ne pas utiliser les ressources communautaires dans leurs stratégies de soutien à domicile*, Mémoire de maîtrise en service social, Université de Laval, Québec.
- SHAPIRO, E., (1988). " Allocution au Sous comité fédéral-provincial sur les soins prolongés ", Banff, Alberta, cité dans Richardson, B., G., (1990 : 11). " Aperçu des programmes provinciaux de soins à domicile ", *Forum*, 11-19.
- SIMMONS, A. (1998). Racism and Immigration Policy. In V. Satzewich (Ed.), *Racism & Social Inequality in Canada; Concepts, Controversies & Strategies of Resistance* (1er ed.,pp. 87-114). Toronto: Thompson Educational Publishing, Inc.

- STRAUSS, A., SCHATZMAN, L., BUCHER, B., EHRLICH, D., & SABSHIN, M. (1963). The Hospital and Its Negotiated Order. In E. Freidson (Ed.), *The Hospital in Modern Society* (pp. 147-168). New York: The Free Press.
- TATOR, C., HENRY, F., & MATTIS, W. (1998). *Challenging Racism in the Arts: Case Studies of Controversy and Conflict*. Toronto: University of Toronto Press.
- TOURIGNY, A., et al., (1996). L'allocation directe au Québec. Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la santé et des services sociaux.
- TROPER, H., & WEINFELD, M. (1999). Diversity in Canada. In H. Troper & M. Weinfeld (Eds.), *Ethnicity, Politics, and Public Policy. Case Studies in Canadian Diversity* (pp. 3-25). Toronto: University of Toronto Press.
- VAILLANCOURT, Y. (1987) Ss dir. *La Privatisation des services sociaux*. Rapport de recherche présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et services sociaux (Commission Rochon), Gouvernement du Québec.
- VAILLANCOURT, Y., & avec la collaboration de JETTE, C. (1997). *Vers un nouveau partage des responsabilités dans les services sociaux de santé : Rôles de l'État, du marché, de l'économie sociale et du secteur informel* (Cahier No. 97-05): Montréal, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS), Université du Québec à Montréal.
- VAILLANCOURT, Y., TREMBLAY, L. (ss la dir), *L'économie sociale dans le domaine de la santé et de bien-être au Canada : une perspective interprovinciale*. Montréal: LAREPPS, Université du Québec à Montréal.
- WEBER, M. (1971), *Économie et société*, Plon, Paris (1^{ère} ed 1921).

ANNEXES

ANNEXE 1

Guide d'entrevue avec les responsables du personnel infirmier CLSC/Agences/associations

1 Aspects organisationnels

Organisation des services du CLSC	Organisation des services de l'agence ou de l'association
<p>a) Les services</p> <p>b) Le personnel (volume; répartition) Personnel infirmier (proportion par rapport à l'ensemble du personnel; volume; répartition dans les services)</p> <p>c) Soins infirmiers organisation des services infirmiers; existence d'un comité infirmier, etc. types de soins volume de soins</p> <p>d) Les partenaires de travail (sous-traitance) Quels sont leurs partenaires? (re. liste des partenaires) Choix des partenaires (histoire de leurs liens) Gestion financière de la sous-traitance (payés par qui?) Types de soins Volume de soins Le personnel des sous-traitants : nombre, formation, statut d'emploi, profil sociodémographique Politique de sous-traitance; contrats Mécanismes de contrôle de la qualité des services</p>	<p>a) Historique de l'agence/de l'association; sa structure (organigramme)</p> <p>b) Les services offerts par l'agence/association Les différents types de services -Les services offerts en soins infirmiers (volume par rapport à l'ensemble des activités de l'agence/association)</p> <p>c) Le personnel l'ensemble du personnel : volume; titres de fonctions, répartition le personnel infirmier : volume; proportion par rapport à l'ensemble du personnel titres répartition selon le titre « ancienneté », heures moyennes de travail par mois, fréquence, régularité types de contrats</p> <p>d) Soins infirmiers organisation des soins infirmiers; présence d'un responsable des soins infirmiers, d'un comité infirmier? types de soins volume de soins selon le type Mécanismes de contrôle de la qualité des soins</p> <p>e) Les partenaires de travail/clients (contrats de services) en soins infirmiers</p>

	Quels sont leurs partenaires/clients? (liste disponible?) Choix des partenaires/clientèles (histoire de leurs liens, critères) Mode de gestion financière (payés par qui?) Types de soins selon les partenaires/clients Politiques contractuelles; ententes de services
--	---

2 Profil infirmier

- Profil sociodémographique (genre, origine, âge)
- Provenance (Secteur public? Autonomes? Travailleurs étrangers?)
- Autre emploi? (où? type, statut d'emploi)
- Formation

3 Modèles de soins infirmiers et formation continue

Modèles

- a) Est-ce que le CLSC, l'agence/association privilégie un modèle particulier en soins infirmiers?
- b) Si oui :
 - Quand a-t-elle été intégrée dans l'établissement
 - Formation donnée à qui?
 - Outils pratiques donnés au personnel infirmier
- c) Est-ce que les infirmières semblent privilégier un ou des modèles ?
 - Autres modèles privilégiés
 - Autres modèles utilisés

Formation

Est-ce que vous donnez une formation au personnel infirmier que vous embauchez ou encore vous les encouragez à suivre une formation?

- plans de formation internes
- programmes externes
- formations par rapport à des clientèles spécifiques (Interculturel; soins palliatifs; violence, intergénérationnel, dynamiques familiales, etc.)
- comment est assumé le coût de ces formations?

4 Recrutement

- a) Politiques de recrutement de l'établissement:
Existence d'une politique?
Critères de sélection et de recrutement
- Diplômes visés
 - Expériences visées
 - Compétences complémentaires souhaitées
 - Profil personnel attendu
- b) Protocole de recrutement :
- lettre, CV,
 - entrevues, qui s'occupe du processus (tri, convocations, entrevues)
 - déroulement d'une entrevue; outils utilisés
 - programmes de quotas (programmes de « discrimination positive » selon le genre, l'origine...)
- c) Facteurs favorisant le recrutement
- forces pour attirer le personnel
 - forces pour retenir le personnel
 - pour les infirmières qui ne restent pas, quels pourraient être les facteurs explicatifs des départs?

Que serait, pour vous une infirmière idéale?

5 Supervision – Encadrement – Soutien

- b) Organisation de la supervision, de l'encadrement
- c) Mécanismes de transmission des informations au sujet des usagers
(inf=>agence et agence=>inf)
- d) Soutien formel et informel par
- les responsables
 - entre collègues
 - gestion des cas de clients difficiles (qu'est-ce qu'un client difficile?)
 - protocoles, politiques, mécanismes de résolution du problème dans les cas de harcèlement sexuel,
 - protocoles, politiques, mécanismes de résolution du problème dans les cas de harcèlement ethnique et de racisme...

6 Impressions sur les modèles de référence des infirmières

- a) Pensez-vous que les infirmières qui travaillent pour votre agence/association
- ont d'autres modèles ou cadres de référence que ceux que vous privilégiez?
 - qu'elles utilisent chacune des modèles différents?

- b) De façon générale, pensez-vous que les modèles de référence des infirmières et infirmiers varient selon
- le genre
 - l'origine
 - les types de services ou de soins
 - le fait d'être employé de CLSC, d'agence, d'association?

7 Y aurait-il des points ou questions à inclure dans la recherche pour lesquels vous avez des préoccupations particulières?

ANNEXE 2

PRATIQUES INFIRMIÈRES EN MILIEU PLURIETHNIQUE

ENTRE MODÈLES CULTURELS ET MODÈLES PROFESSIONNELS

À tous nos collaborateurs

Veillez trouver ci-dessous la liste des documents et informations dont nous avons besoin pour nous permettre de décrire le profil global des services des établissements et organismes et celui de leur personnel infirmier. Ces documents et informations pourront nous être remis lors de l'entrevue avec la personne responsable du personnel infirmier.

Merci beaucoup pour votre précieuse collaboration

Informations générales

- Documentation/informations sur l'organisation de votre établissement/entreprise, des soins infirmiers selon les services... (rapports annuels, dépliants sur les services, pochettes de présentation aux nouveaux employés,)
- Chartes d'usagers et autres documents sur l'éthique professionnelle
- Politique d'engagement des infirmières, descriptifs de postes et exigences (formation, compétences, habiletés...)
- Politique de services, protocoles-types d'ententes de services entre associations/ CLSC/ entreprises et clientèles privées/ agences.
- Politiques et mécanismes de contrôle de la qualité des soins
- Politiques par rapport à la violence, au harcèlement sexuel, ethnique.
- Toute autre documentation pertinente afférente aux soins

Volume des activités en soins infirmiers

Volume de l'activité financière

- a) totale
- b) en soins infirmiers
- c) Pour les agences et associations préciser le volume des activités en soins infirmiers traités pour les CLSC

Données sur le personnel

- Nombre total d'infirmières et le cas échéant d'infirmières auxiliaires employées par l'entreprise (total et si pertinent, par service et par poste)
- Nombre d'infirmières et infirmières auxiliaires ayant travaillé au cours des trois dernières périodes de paye. Si disponible : nombre d'infirmières et infirmières

auxiliaires ayant travaillé au cours de la dernière année (ou moyenne annuelle; ou moyenne mensuelle).

- Statut d'emploi (temps plein, partiel, etc.) et nombre sous chaque statut; Moyenne d'heures travaillées par infirmière/infirmière auxiliaire par semaine et/ou par mois.
- Ancienneté par poste et statut d'emploi
- Profil sociodémographique :
 - Genre
 - Ethnie
 - Formation
 - Langues parlées

Pour les CLSC :

Sous-traitance

- Liste des agences et associations avec lesquelles votre CLSC fait affaire pour les soins infirmiers
- Types de soins confiés en sous-traitance (varie selon l'agence? CLSC garde certains soins?..)
- Volume de la sous-traitance (souvent repérable seulement à travers la comptabilité, à moins que le CLSC tienne des statistiques spécifiques sur cet aspect)
- Gestion financière de la sous-traitance : soins payés par le CLSC, l'agence, le client? (repérable à travers la comptabilité)
- Mécanismes de contrôle de la qualité des soins confiés en sous-traitance

Pour les agences et associations :

Ententes de services

- Établissements, organismes, entreprises avec lesquels vous avez des ententes de services. Autres ententes de services (entreprises, clientèles privées?)
- Types de soins dispensés selon les ententes de services (selon les établissements, organismes, entreprises, clientèles privées)
- Répartition du volume de services selon les « catégories » d'ententes de services (volume des services demandés par les CLSC, les autres établissements de santé, les entreprises, la clientèle privée).
- Gestion financière des services dispensés par entente avec des établissements, entreprises: soins payés par l'établissement, l'entreprise, le client?

Et, bien sûr, toutes autres données statistiques, informations documentaires, etc. que vous penseriez utile.

Merci.

ANNEXE 3

Récapitulatif des modèles de configurations organisationnels selon Mintzberg

	<u>L'organisation entrepreneuriale (configuration centralisée)</u>	<u>La configuration mécaniste</u>	<u>La configuration divisionnalisée</u>	<u>La configuration professionnelle</u>	<u>La configuration innovatrice</u>	<u>La configuration missionnaire</u>	<u>La configuration politisée</u>
Mécanismes de coordination principal et Partie clef de l'organisation	Le sommet stratégique exerce une force en faveur de la direction, par laquelle il conserve le contrôle sur la prise de décision et il réalise la coordination par la supervision directe.	La technostructure exerce une force en faveur de la rationalisation qui est recherchée de façon idéale à travers la standardisation des procédés de travail, elle ne favorise qu'une décentralisation horizontale limitée (puisque c'est la paramètre de conception qui renforce son pouvoir).	Dans leur recherche d'autonomie, les managers de la ligne hiérarchique exercent une force en faveur de la balkanisation de la structure pour concentrer le pouvoir dans leurs propres unités et cela, seulement à travers une décentralisation verticale limitée.	Les membres du centre opérationnel exercent une poussée vers le professionnalisme, afin de diminuer l'influence que les autres (collègues, hiérarchie, administrateur) ont sur leur travail.	Les spécialistes des fonctions de support logistique exercent pour leur part une force en faveur de la collaboration afin de s'impliquer eux-mêmes dans l'activité centrale de l'organisation.	L'idéologie existe d'abord comme une force dans les organisations des autres types, encourageant leurs membres à tirer tous ensemble. Mais il peut se faire qu'elle puisse également dominer lorsque la standardisation des normes devient le mécanisme de coordination majeur.	La politique existe aussi dans les organisations des autres types, c'est la force des conflits qui résultent de ce que chacun tire de son côté. Mais, ici aussi, elle arrive qu'elle peut dominer, en particulier lorsqu'il n'y a aucune partie de l'organisation ou aucun mécanisme de coordination dominant.
Paramètres de conception et fonctionnement	Simple, informelle, flexible. Fonctions de support logistique et ligne hiérarchique peu développés. Activités réalisées autour du chef d'entreprise, qui exerce le contrôle personnellement à travers la supervision directe.	Bureaucratie centralisée. La technostructure est la clef, elle est chargée de standardiser les procédés de travail mais clairement séparée de la ligne hiérarchique, cette dernière étant elle-même hautement développée. Procédures formalisées, travail spécialisé, division du travail poussée à l'extrême, regroupements en unités faits généralement par fonction, hiérarchie importante. Fonctions de support logistique très importantes pour réduire l'incertitude.	Divisions fondées sur le marché, couplées de façon très souple sous le contrôle du centre administratif du siège. Les divisions sont autonomes dans la conduite de leurs activités (ce qui implique une décentralisation limitée en faveur des directeurs de division) mais soumises au système de contrôle des performances qui entraîne la standardisation des résultats. Tendance à créer des structures de type configuration économiste dans les divisions, comme instruments de siège	Bureaucratie bien que décentralisée, dépendante de la formation de standards de qualification de bon nombre de ses opérateurs professionnels. Clef de fonctionnement création de systèmes de classement à l'intérieur desquels les professionnels peuvent travailler de façon autonome, en étant sujets au contrôle de la profession. Technostructure et ligne hiérarchique d'un niveau moyen minimum, ce qui signifie un champ de	"Adhocratie" fluide, organique, à décentralisation limitée. Experts fonctionnels répartis en des équipes pluridisciplinaires de spécialistes de fonctions de support logistique, d'opérateurs et de managers pour réaliser des projets innovateurs. Coordination par ajustement mutuel par personnel de liaison, des managers " intégrateurs " et une structure matricielle.		

			(mais tendance de l'ensemble au système clos).	contrôle particulièrement large sur le travail professionnel, support logistique important, plus semblable à la configuration mécaniste, pour apporter un soutien aux professionnels.			
Facteurs de contingence (taille, âge, environnement, pouvoir)	Environnement simple et dynamique. Leadership très fort, parfois de type charismatique et autocritique. Création, crise, retournement de tendance. Petites organisations, "producteurs locaux".	Environnement simple et stable. Contrôle externe, forme de l'instrument. Contrôle interne peut donner la forme du système clos. Travail rationalisé, rationalisation du système technique (mais non automatisation). Structure commune dans la production de biens et services de masse, administration, les entreprises de contrôle et de sécurité. En général, organisation de grande taille et âgée.	Marchés diversifiés, particulièrement en ce qui concerne les produits et les services (par opposition aux clients et aux régions) ; les sous-produits et les produits liés encouragent des formes intermédiaires, la diversification du conglomérat étant la forme la plus pure de cette configuration. Structure typique des organisations de grande taille, non des plus anciennes, très courantes dans le monde des affaires mais en développement dans d'autres sphères comme les administrations et autres services.	Environnement complexe et cependant stable. Système technique simple. Bien souvent mais pas nécessairement, secteur de services.	Environnement complexe et dynamique, comprenant les technologies de pointe, les changements fréquents de produits (dus à une concurrence sévère), les projets "mastodontes" temporaires. Typiquement jeune du fait des pressions bureaucratiques qui apparaissent avec l'âge. Fréquente dans les industries jeunes. Deux types de base : l'adhocratie opérationnelle pour travaux sur contrats de projets ; l'adhocratie administrative pour travaux sur ses propres projets ; cette dernière se rencontre souvent avec un centre opérationnel tronqué et automatisé.		

<p>Stratégie</p>	<p>Processus souvent de type visionnaire, en grande partie délibérée mais émergente et flexible pour les détails. Organisation malléable aux positions du leader dans des créneaux protégés.</p>	<p>Ostensiblement = le processus de planification, en fait programmation stratégique. Résistance aux changements stratégiques, nécessité de revêtir la forme d'une organisation innovatrice pour se revitaliser et celle de l'organisation entrepreneuriale en cas de besoin de redressement. En conséquence, changement quantique des modes d'action. Longues périodes de stabilité interrompues par de violentes crises de révolution stratégique.</p>	<p>Le siège définit la stratégie du groupe sous la forme de la gestion d'un portefeuille d'affaires, les divisions définissent leurs propres stratégies.</p>	<p>Plusieurs stratégies largement fragmentées mais obligation, également, d'une certaine cohésion. La plupart sont adoptées par un jugement professionnel et un choix collectif (collégialité et politique), certaines par une autorisation administrative. La stratégie d'ensemble est très stable mais, en détail, elle se révèle continuellement changeante.</p>	<p>Essentiellement émergente, elle évolue à travers une grande diversité de processus partant de la base vers le sommet, elle est mise en forme par le management plutôt qu'initée directement par ce dernier. Cycles caractéristiques de convergence ou de divergence sur des objectifs stratégiques.</p>		
<p>Avantages</p>	<p>Réponse rapide, sens de la mission</p>	<p>Efficace, sûre, précise et cohérente</p>	<p>Solutions à certains problèmes des structures fonctionnelles (mécanistes) intégrées (répartissant le risque, capital mobile, addition ou suppression des activités, etc.)</p>	<p>Démocratie et autonomie.</p>	<p>Combine plus de démocratie avec moins de bureaucratie, elle est ainsi une structure à la mode. Très efficace pour l'innovation.</p>		

<p>Inconvénients</p>	<p>Vulnérable, limitée. Danger de déséquilibre de la stratégie ou des opérations</p>	<p>L'obsession du contrôle peut mener à des problèmes : Humains dans le centre opérationnel qui mène à des problèmes; De coordination dans le centre administratif qui mène à des problèmes d'adaptation au niveau du sommet stratégique.</p>	<p>La diversification du conglomérat rend coûteuse et décourage l'innovation ; une amélioration du fonctionnement du marché des capitaux et des conseils d'administration peut faire que des entreprises indépendantes soient plus rentables que des divisions. Le système de contrôle des performances risque de conduire l'organisation à un comportement social insensible et irresponsable. Malgré sa tendance au développement dans les services publics, le danger est encore plus grand du fait notamment de l'impossibilité de mesurer beaucoup des objectifs sociaux.</p>	<p>Problèmes de coordination entre les différents classements, de mauvais emploi des disponibilités professionnelles, de répugnance à innover. Réponses publiques à ces problèmes souvent dysfonctionnelles (type organisation mécaniste). La syndicalisation exacerbe ces problèmes.</p>	<p>L'efficacité est atteinte au prix de l'inefficience. Problèmes humains provenant de l'ambiguïté et des dangers d'une transition inadéquate vers une autre configuration.</p>		
-----------------------------	--	---	--	---	---	--	--



BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (+ 2\$ frais d'envoi)	TOTAL
	Pratiques infirmières en milieu pluriethnique Volet 1 : Organisation des soins infirmiers de santé primaire en milieu pluriethnique	17 \$	

Numéro d'ISBN ou ISSN

2-922748-48-0

DESTINATAIRE

NOM

ORGANISME

ADRESSE

No

Rue

Apt.

Ville

Code postal

TELEPHONE

TÉLÉCOPIEUR

MODALITÉS DE PAIEMENT:

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre du :
CSSS Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension (Centre de recherche et de formation)

Pour information: (514) 731-8531, Centre de recherche et de formation, poste 2340

Retourner à l'adresse suivante :

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION

CSSS COTE-DES-NEIGES, METRO ET PARC-EXTENSION

5700, CHEMIN DE LA COTE-DES-NEIGES

MONTREAL (QUEBEC)

H3T 2A8



CENTRE AFFILIE
UNIVERSITAIRE
AFFILIE A
L'UNIVERSITE
McGill

**Centre de santé et de services sociaux
de Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension**



*CENTRE AFFILIÉ UNIVERSITAIRE
AFFILIÉ À L'UNIVERSITÉ MCGILL*

Ce document est disponible sur commande au
Centre de recherche du CSSS Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension
Tél. : (514) 731-8531, poste 2340