

Les femmes, les services et le don

Marguerite Cognet

Number 37, 2002

Femmes et engagement

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1002318ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1002318ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Département de sociologie - Université du Québec à Montréal

ISSN

0831-1048 (print)

1923-5771 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Cognet, M. (2002). Les femmes, les services et le don. *Cahiers de recherche sociologique*, (37), 51–77. <https://doi.org/10.7202/1002318ar>

Article abstract

Our research on the practice of nurses and home care workers indicates the involvement of women in healthcare activities that are little valued. Results from the study on home care workers in Montreal, both in the public sector via CLSC and the private sector via private agencies, will be presented. The homecare profession is associated with heavy physical constants and emotional burdens, as well as an invisibility of a large part of the skills deployed by workers. Concerning the latter, the socioprofessional position occupied by these workers and their level of salary formally shapes their skills in the form of a list of tasks, which are easily quantifiable but hold little value. Furthermore, workers receive hardly any social recognition when they exercise these skills. These professionals, who often contribute more than what is asked of them, declare a love of their work and possess a strong sense of self accomplishment. These results can only be understood, if they are considered from the point of view of commitment and self fulfilment.

LES FEMMES, LES SERVICES ET LE DON

Marguerite COGNET

Les femmes, dit-on, sont directement concernées par la réforme du système de santé. Elles en payent le tribut à divers titres, d'abord parce que ce sont surtout elles qui assument le fameux rôle «d'aidant naturel», ensuite parce qu'elles sont largement majoritaires dans les groupes professionnels qui sont directement impliqués dans la réorganisation des services de santé¹. Mais en fait, les femmes, professionnelles et autres, n'ont-elles pas toujours été responsables de l'exécution des soins et des services inhérents à ceux-ci? Certes, elles n'en ont pas toujours la gloire, la reconnaissance d'un savoir, la visibilité ni même la marge pour négocier la valeur de leurs compétences, mais de la sphère privée à la sphère publique, de la maisonnée à l'univers hospitalier, ce sont bien à leurs soins que l'on confie l'enfant, le vieillard et l'infirmes². Plusieurs recherches récentes sur les prestations de soins

-
1. D. Côté, É. Gagnon, C. Gilbert, N. Guberman, F. Saillant, N. Thivierge, M. Tremblay, *Qui donnera les soins? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec*, Recherche en matière de politiques, Condition féminine, Canada, 1998; G. Desrosiers, «Les professions de santé sous examen», dans H. Morais et M. Venne (dir.) *Santé: pour une thérapie de choc*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2001, p. 87-92; J. Bernier et M. Dallaire, *Le prix de la réforme du système de santé pour les femmes. La situation au Québec*, Centre d'excellence pour la santé des femmes, Consortium Université de Montréal, 2000; N. Guberman, P. Maheu, C. Maillé, *Et si l'amour ne suffisait pas... Femmes, familles et adultes dépendants*, Montréal, Les Éditions du remue-ménage, 1993; C. Montgomery, M. Cagnet, L. Tremblay, S. Xenocostas, «Les faces cachées du système de santé», dans H. Morais et M. Venne (dir.), *op. cit.*; C. Fuller, *Reformed or Rerouted? Women and change in Health Care System*, British Columbia Center of Excellence for Women's Health, 1999.
 2. Le terme même d'*infirmière* vient du latin *infirmus* qui signifie *faible*, celui qu'il faut fortifier (le terme anglais *nurse* vient lui-même de *nursing* qui signifie *nourrir*). Le rôle de l'infirmière est étymologiquement lié à celui de fortifier le corps, de lui donner ou lui restituer sa force, de prendre soin des faibles ou des infirmes.

et des services — publics, privés, associatifs — mettent en évidence un entrecroisement subtil entre la position des femmes, les conditions de travail, la nature de l'exercice, la valeur des compétences et le sens de l'engagement, l'implication ou encore du don de soi — que ces dimensions soient au cœur des objets à l'étude ou rencontrées de façon transversale³. Dans le contexte de la réforme du système de santé, alors même que les conditions de travail semblent se détériorer, que la précarité augmente et que le marché influence négativement la reconnaissance de la valeur de certains actes de soins et de services offerts et des compétences de celles qui en sont les exécutantes, le discours des intervenantes reste dominé par le sentiment d'être d'abord engagées auprès de leur clientèle et par celui de trouver auprès de celle-ci un exécutoire ou du moins une large compensation aux maux qui traversent le système de santé et les groupes professionnels.

En nous appuyant sur une recherche concernant les auxiliaires familiales et les préposées aux bénéficiaires dans le secteur des soins et services à domicile, nous montrerons dans cet article qu'en dépit des contraintes physiques et de la charge émotionnelle du métier, de sa faible considération sociale et professionnelle, des conditions souvent difficiles de l'exercice, de la faiblesse des revenus et d'un maintien dans l'invisible d'une grande part des compétences déployées — la nomenclature de tâches qui réduit les savoirs faire et les savoirs être à

F. Saillant, «Les soins en péril: entre la nécessité et l'exclusion», *Recherches féministes*, vol. 4, n° 1, 1991, p. 11-29; F. Saillant, «La part des femmes dans les soins de santé», *Revue internationale d'action communautaire*, 1992, p. 28, 66, 95-106; F. Saillant, «Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique», vol. 23, n° 2, 1999, p. 15-39; M. Cognet, «La compétition aux compétences: le jeu des cultures», Communication présentée au Colloque «Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé», CERS et CR 13 de l'AISLF «Sociologie de la santé», Toulouse, 29-30 novembre 2001; M. Cognet, L. Raigneau, «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, vol. 3 n° 1, 2002, p. 25-38.

3. E. Gagnon, F. Saillant, C. Montgomery, S. Paquet, R. Sévigny, *De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux*, Paris et Québec, L'Harmattan et Les Presses de l'Université Laval, coll. «Sociétés, cultures et santé», 2000; M. Cognet, «Les auxiliaires familiaux et sociaux: domestiques ou soignants?», Communication présentée au XVI^e congrès de l'AISLF, Université Laval, 2000; J.-C. Kaufmann (dir.), *Faire ou faire-faire?: famille et services*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, coll. «Des sociétés, Le sens social», 1996; P. Armstrong, «Caring and Women's Work», *Health and Canadian Society*, vol. 2, n° 1, 1994, p. 109-118; J. Aronson et S. Neysmith, «You're not Just in

l'exécution de simples gestes techniques, voire de gestes «simples» décontextualisés des conditions sociales et environnementales dans lesquels ils s'exécutent, préside à une mise en forme formelle de compétences aisément quantifiables mais peu valorisées et peu valorisantes —, les indices de satisfaction au travail sont élevés et les dépassements spontanés des services formellement prévus, fréquents. En donnant la parole à ces femmes, nous verrons que ces résultats, loin de constituer un paradoxe, sont tout à fait compréhensibles si on les considère comme les indicateurs du don de soi au moyen duquel elles confirment leur engagement auprès des plus faibles et leur engagement dans la responsabilité du maintien des liens sociaux. En cela, ces valeurs sont à même de transcender le métier, y compris les contraintes et les difficultés qui en accompagnent l'exercice.

1. Le travail des auxiliaires familiales et préposées aux bénéficiaires dans les services à domicile: le contexte de la recherche

Notre étude⁴ a pris pour objet les pratiques et relations de travail des auxiliaires familiales et sociales⁵ et préposées aux bénéficiaires intervenants à Montréal dans le cadre des programmes de maintien à

There to Do the Work, Depersonalizing Policies and the Exploitation of Home Care Workers' Labor», *Gender and Society*, vol. 10, n° 1, 1996, p. 59-77; S. Neysmith, «Les soins à domicile et le travail des femmes: la force de l'habitude», *Lien Social et Politiques — RIAC*, vol. 36, 1996, p. 72-80; D. Meintel, M. Cognet et A. Lenoir-Achdjian, *Pratiques professionnelles et relations interethniques dans le travail des auxiliaires familiaux*, Rapport de recherche, Les publications du Centre de Recherche et Formation-CLSC Côte-des-Neiges, vol. 4, 1999; G. Cresson, «Formations et compétences dans les métiers du contact direct avec les petits enfants: quelques enjeux, conflits et paradoxes», *Lien social et Politiques — RIAC*, vol. 40, 1998, p. 25-37; G. Cresson, «Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes», dans P. Aïach, D. Cèbe, G. Cresson, C. Philippe (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, ENSP, Recherche, Santé, Social, 2001, p. 303-328.

4. Étude financée par le CQRS sous le titre «Les auxiliaires familiaux en CLSC: ethnicité, formation et insertion institutionnelle», D. Meintel, M. Cognet, L. Raigneau, R. Antonius, J. Renaud, R. Sévigny. Le projet est géré en partenariat par le GRES, Université de Montréal et le CRF du CLSC Côte-des-Neiges.
5. Dans le cadre de ces programmes d'intervention, l'une et l'autre des deux catégories ont des missions et des tâches rigoureusement identiques. La différence de titre est en fait imputable au type d'employeur. La catégorie d'emploi «auxiliaires familiaux et sociaux», à proprement parler, constitue l'émergence d'un nouveau

domicile. Ces groupes d'intervenantes⁶ qui recouvrent actuellement une catégorie très hétérogène, mais dont le plus grand nombre est salarié (employées des entreprises publiques, privées ou d'économie sociale) est, consécutivement à la réforme du système de santé, en pleine expansion⁷. De fait, la politique de santé publique engagée au Québec en 1991⁸ a mis l'accent sur les soins et services offerts à domicile sous l'égide des Centres locaux de services communautaires (CLSC)⁹. En une décennie, la demande n'a cessé de croître. Compte tenu des prévisions démographiques en termes de vieillissement de la population, il y a fort à parier que les besoins vont amplifier¹⁰ ne serait ce que parce que l'allongement de l'espérance de vie se traduit très souvent par une

segment professionnel de la catégorie «préposés aux bénéficiaires» par lequel les CLSC tentent de concilier un minimum de qualification (par le biais d'une formation d'un an et la délivrance du diplôme d'étude professionnelle) aux impératifs économiques (traduits en coûts salariaux). Mais dans la mesure où pour l'instant, aucune formation ne sanctionne l'autorisation du titre d'auxiliaire familiale et sociale même s'il existe un DEP, pas plus qu'il n'existe de règle formelle dans les préalables à l'embauche, même si les CLSC tentent de favoriser l'emploi des individus ayant suivi la formation du DEP, on observe une utilisation ou plutôt une reconnaissance par les individus en emploi de l'un ou l'autre titre qui correspond surtout à une désignation par les employeurs signifiée sur leurs contrats et leurs feuilles de paye sans qu'il y ait eu débats ni consensus éclairé.

6. Si les hommes n'étaient pas exclus de cette étude et en dépit de la règle grammaticale française, nous utiliserons ici le féminin, d'une part, parce que cela rend compte de la surreprésentation féminine dans les deux groupes et, d'autre part, parce que nous parlerons spécifiquement des femmes dans cet article.
7. Il est assez difficile de repérer de façon fiable des données sur ce groupe d'abord en raison de son hétérogénéité en matière de titre d'emploi et de formation. Ensuite parce que ce groupe est très mobile, les périodes d'activités sont pour beaucoup discontinues et les durées en emploi peuvent varier de quelques heures par semaine à plus de 50. Enfin parce que les situations d'emploi sont elles aussi assez diverses avec des contrats en CLSC comme permanents ou sur appel, des inscriptions sur liste en agences privées, en entreprise d'économie sociale sans oublier les bénévoles, quelques travailleurs autonomes et les emplois non déclarés. Précisons cependant que cette catégorie de salariés dans les CLSC compte des effectifs plus importants que les infirmières (jusqu'à deux fois plus) et que l'écart est encore plus grand dans les agences privées.
8. Gouvernement du Québec, *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (projet de loi 120 devenu le chapitre 42 des lois du Québec), Québec, Éditeur officiel du Québec, 1991.
9. Gouvernement du Québec, *La politique de la santé et du bien-être*, MSSS, 1992.
10. En 2006, sur le territoire de l'île, la population des «85 ans et plus» représentera près de 40 000 individus soit 78% de plus que ce qu'elle était en 1991; Cf. *Le vieillissement accéléré de la population de Montréal n'est pas une notion théorique mais un phénomène que l'on observe maintenant*, Document présenté par le Comité «Actions intergroupements», septembre 1998.

augmentation des incapacités et une perte partielle ou totale de l'autonomie¹¹. Sous l'inflation de la demande, pour répondre à leur mission tout en respectant les contraintes économiques, les CLSC ont déployé diverses stratégies. Dans le cadre des programmes de maintien à domicile, ils ont favorisé à titre de permanents l'embauche d'auxiliaires familiales et sociales — moins formées que des infirmières auxiliaires mais moindrement rémunérées — tout en sous-traitant une part variable mais importante des interventions¹² auprès d'agences privées qui disposent d'une réserve très flexible de préposées aux bénéficiaires. Le travail de ces auxiliaires familiales et préposées aux bénéficiaires est la pierre angulaire sur laquelle repose la réorganisation de ces soins et services. Leur taux d'activité est allé croissant non seulement par le nombre d'actes mais aussi par la nature de ceux-ci. Précisons que le mandat de ces intervenantes se distingue de celui de leurs homologues des entreprises d'économie sociale et les bénévoles. Alors que l'exercice de ces dernières est limité à l'entretien ménager de l'environnement de la personne, les intervenantes salariées des CLSC et des agences privées ont un rôle étendu aux soins de base à la personne (soins d'hygiène, soins liés aux fonctions de l'alimentation et l'élimination) et il n'est pas rare, nous avons pu l'observer, que leur soient délégués d'autres soins infirmiers¹³. Ce qui, pour faire bref, revient à dire qu'une grande part de ce qu'il est convenu d'appeler le virage ambulatoire repose sur le travail, les compétences et la participation d'une catégorie d'intervenantes peu ou pas formées, dont les pratiques professionnelles sont assez peu connues¹⁴. À quels modèles se réfèrent-elles? Quel est le poids des divers niveaux de formation sur les modèles de références et les pratiques? Quelles sont leurs motivations, leurs ressources ou encore, leurs perceptions de leurs relations avec la clientèle dont elles ont la charge au quotidien?

11. Après 85 ans, 77% de ce groupe d'âge est atteint d'incapacité dont 69% d'une incapacité sévère. Synthèse du cadre de référence; Cf. «Les CLSC, la première ligne publique au Québec», avril 1994.

12. Au temps de notre étude et pour les CLSC concernés, cette part pouvait dépasser les 60%.

13. M. Cagnet, *op. cit.*; M. Cagnet et L. Raigneau, *op. cit.*

14. Cette catégorie d'intervenants n'a encore que peu retenu l'attention des chercheurs relativement à d'autres catégories comme les infirmières, les travailleurs sociaux ou les médecins.

Quelques précisions méthodologiques

Compte tenu du manque de connaissance sur cette catégorie de salariés des organisations de santé mais aussi relativement à certaines pistes mises à jour lors d'un projet pilote¹⁵, l'équipe de recherche a privilégié une approche complémentaire des techniques qualitatives et quantitatives. L'étude a été implantée à Montréal dans six sites dont trois CLSC et trois agences privées. En premier lieu, nous avons procédé à des observations directes des intervenantes en situation de travail¹⁶. Au total, nous avons observé 32 intervenantes dans 172 situations d'interactions avec un(e) client(e), deux journées complètes dans deux centres de jour et 67 situations d'interactions entre ces intervenantes et d'autres partenaires professionnels (interactions en face à face et en groupe). En continuité, après un premier inventaire analytique des observations, nous avons élaboré un questionnaire en trois volets. Le premier visait à mieux cerner les grands profils des intervenantes en emploi dans Montréal, le deuxième explorait la nature et les conditions de leur travail auprès de la clientèle, leurs perceptions quant aux aspects intéressants ou contraignants du métier; le troisième volet mesurait leur indice de satisfaction au travail à partir d'une échelle de type Likert (1 à 4) et mesurant cinq dimensions (réalisation de soi au travail; cohésion entre auxiliaires; engagement dans le travail collectif multidisciplinaire; soutien des intervenants professionnels; soutien du supérieur). Au total, sur un échantillon visé de 280 individus, 181 ont rendu un questionnaire valide pour traitement statistique (65%)¹⁷.

15. D. Meintel, M. Cognet, A. Lenoir-Achdjian, *op. cit.*

16. Les intervenantes ont été recrutées sur une base volontaire après présentation du projet de recherche dans les six sites. Les observations réalisées au domicile des clients ont fait l'objet d'un consentement de la part de ces derniers après une première invitation faite par l'intervenante puis une rencontre avec l'enquêteur qui leur expliquait le processus d'observation avant qu'ils donnent leur consentement. Cette méthode a permis de limiter le refus des clients (moins de 2%) quant à la réalisation des observations à leur domicile.

17. Toutefois ce taux de réponse est inégal entre les deux types d'employeur pour lesquels il était souhaité une répartition à 50%. Dans les CLSC, le taux est de 77%, alors que dans les agences il n'est que de 52%. Ce moindre retour est imputable aux difficultés à rejoindre les employés, d'une part, parce qu'une large partie de cette population ne se déplace pas sur le lieu de l'agence (la passation devait se dérouler face à face enquêteur/enquêté) et, d'autre part, elle est pour l'ensemble très mobile, ce qui en dépit des informations du passage des enquêteurs et des jours d'enquête n'a pas permis d'atteindre les objectifs initiaux.

Enfin, à l'issue de cette deuxième enquête, nous avons extrait cinq profils-type relativement aux situations d'emploi; expérience professionnelle antérieure; origine ethnique; genre; âge à l'entrée dans le métier; degré de formation au métier. Des individus ($n = 40$) correspondant à chacun de ces profils ont été vus en entrevue semi-directive aux fins d'explorer en profondeur leurs représentations quant à leurs interventions, leurs relations avec la clientèle et leurs partenaires professionnels mais aussi de contextualiser les histoires professionnelles dans les continuums biographiques. Pour chacun des profils nous avons arrêté les entrevues à saturation de l'information¹⁸.

2. Auxiliaires familiales, préposées aux bénéficiaires: métier ou vocation?

La majeure partie des intervenantes rencontrées en entrevue racontent que l'entrée dans le métier n'est pas un premier choix professionnel et encore moins un projet élaboré dans l'enfance ou l'adolescence. Sur l'échantillon sondé par questionnaire, 80% des individus ont répondu avoir exercé au moins une autre activité professionnelle avant d'entrer dans le métier et 70% ont déclaré y être entrés après leur 30^e anniversaire¹⁹. En fait, il appert que ce sont diverses circonstances de la vie personnelle (*i.e.* nécessité de travailler après la perte ou la séparation d'un conjoint) ou professionnelle (*i.e.* perte d'emploi) et parfois l'une et l'autre de façon associée comme dans le cas des immigrantes, qui conduisent à l'emploi.

Vous ne pouvez pas savoir là, comment je peux me sentir bien, je me sens revivre, je me sens heureuse. J'ai passé à travers un divorce, c'est comme si là c'était rien, mais pendant le divorce, là hein! J'ai étudié, pis c'est comme si j'avais une nouvelle, de nouveaux objectifs ok... Enfin là, les enfants m'ont encouragée: «Vas-y maman t'es capable....» Ça

18. Pour cette dernière enquête, les analyses sont encore en cours. Les données qualitatives ont fait l'objet d'analyses thématiques sous le logiciel ATLAS.TI. Les données du questionnaire, mais aussi certaines données recueillies dans les enquêtes qualitatives une fois codées, ont été traitées statistiquement avec le logiciel SPSS. Au fur et à mesure de la présentation des résultats, nous préciserons les types de calculs et de tests effectués.

19. Pour $n = 172$ et $n = 166$ à chacune des deux questions respectives.

a été vraiment le plus grand saut là que j'ai fait dans ma vie, jamais j'aurais cru que j'avais autant de force en moi parce que ça a été dur.

Pour plusieurs, il s'agit d'ailleurs d'une découverte de cette sphère d'activité; elles pouvaient chercher un emploi «plus près des gens», certes de l'ordre des services à la personne sans, cependant, le projeter dans le domaine de la santé. L'entrée dans le métier est plus souvent la conséquence d'une suite de circonstances où se mêlent hasard et contingences, qu'un choix délibéré.

Qu'est-ce qui vous avait parlé du métier d'auxiliaire? Personne. C'est en lisant le journal. Je regardais... Souvent ils demandaient. J'ai dit: « Bon...Pourquoi pas? »

Après avoir perdu son emploi dans le secteur de l'alimentation (licenciement économique), Armelle se réoriente vers le travail d'auxiliaire. Elle aurait aimé être coiffeuse mais le centre d'emploi ne payait pas ces cours, alors qu'il soutenait la formation d'auxiliaire. Elle aime son travail et il lui arrive de coiffer ses clientes...

J'avais appliqué dans une banque, j'avais fini mon secondaire, j'avais appliqué dans une banque et le même matin j'ai reçu deux appels. Le même matin, je ne sais plus ça fait longtemps là, mais disons... proches l'un de l'autre les appels. Un qui me demandait d'aller passer une entrevue à la banque de commerce et l'autre qui était à l'époque «Sourire à la vie» pour ... parce qu'ils avaient besoin de quelqu'un.

Mais, mieux encore, ce qui caractérise la trajectoire de ces femmes, quelles que soient leurs origines, c'est le goût pour le métier *a posteriori*. Il est clair qu'en dépit des circonstances qui les ont conduites là, elles y découvrent et apprécient au plus haut point les valeurs humaines, l'offre de rencontre et d'aide à apporter à autrui.

J'ai vu l'offre dans le journal. J'ai dit «je vais envoyer mon CV, on va voir ce que ça va donner». Mais je ne regrette pas du tout. [...] j'aime bien ça m'occuper des gens qui ont... qui sont dans le besoin, qui ont besoin d'aide. Je ne me

serais peut-être pas vu avec les mourants, au départ. Malgré que maintenant, oui, je n'aurais plus de problème avec ça.

Quand j'ai commencé j'avais dit: « Je suis venue essayer mais je resterai pas dans ce travail-là.» C'était juste une idée, une ... un essai. J'avais dit: «Je vais essayer, si jamais ça... j'aime ça, pendant trois mois. Si jamais j'aime ça, alors je reste, mais si j'aime pas ça, ben je retourne.» C'était un travail comme un autre... pour moi. J'ai commencé comme ça, pis j'ai jamais reparti. Ça va faire quinze ans que je suis ici. Et j'ai bien aimé ça, parce que c'est vraiment... c'est un travail cool, j'ai commencé à aimer, que je..., que j'aime beaucoup les gens, les personnes âgées vraiment... à ce... travail public.

Je travaillais pas... après, après mon accouchement je ne travaillais pas, et pis je ne voulais pas retourner en manufacture. C'était, c'était un peu, plutôt difficile, j'étais trop fatiguée, et puis j'ai dit «ben je vais trouver quelque chose de... de mieux», et puis j'ai dit: «Ben! Il y a un ami qui m'a parlé de ça aussi, ça fait longtemps mais j'ai pas été», mais après j'ai dit heu... « ça serait mieux de chercher quelque chose que j'aime... et puis... que je peux travailler, que je suis plus confortable là-dedans», et puis, j'ai suivi ce cours, et puis... J'aime travailler avec des personnes âgées... Ben des personnes en général, les personnes malades par exemple. J'aime tout, aider les gens, et puis heu... j'ai choisi ça.

Beaucoup reconstruisent *a posteriori* l'histoire d'une vocation cherchant ça et là des éléments de leur biographie qui portaient déjà la trace de leur inclination à s'engager pour autrui.

J'aurais jamais pensé que... j'aurais jamais pensé que je me serais ramassée... puis que j'aurais changé de domaine comme ça. C'était pas comme... pour moi, non... Bon, il est arrivé quelque chose [chômage] puis ça a changé ma vie. Puis complètement, j'ai pu changer de direction. Ça été, c'est arrivé comme ça. Comme si ... j'étais due pour être là. C'est ça qui est arrivé. [...] Comme je m'étais beaucoup

occupée de la famille puis j'avais comme un vide en dedans de moi, mais en quelque part c'est ça qui m'a apporté beaucoup. Je veux dire les gens m'apportaient beaucoup. Moi aussi c'était un bel échange, c'est ça qui m'a amené ici.

Pis les personnes âgées, je les connaissais pas beaucoup, mes grands-parents sont morts, sont morts quand j'étais très jeune, alors j'ai pas vraiment la chance de connaître mes grands-parents, c'est peut-être ça qui m'a attirée dans ce travail-là.

Et pourtant, la nature des tâches et les conditions de travail peuvent être très éprouvantes.

3. La nature et les conditions du travail des intervenantes à domicile

Le travail effectué par ces intervenantes fait, le plus officiellement, référence à une liste de tâches matérielles afférentes à l'aide aux personnes en perte d'autonomie pour accomplir leurs activités de la vie quotidienne et domestique. En d'autres termes, il s'agit là de tous les soins d'hygiène de la personne et de l'entretien de son environnement. Nos observations nous ont permis de compléter et d'affiner ce descriptif. À partir des tâches exécutées qu'il nous a été donné d'observer, nous avons dressé une typologie d'actes: 1) les soins et services directs à la personne; 2) les soins et services à l'environnement de la personne; 3) les tâches administratives (incluant les activités de transmission). Chacune de ces catégories d'actes regroupe en elle-même une liste de tâches qui peuvent être subdivisées en sous-catégories. Ainsi dans les soins et services directs à la personne qui sont en fait des soins infirmiers délégués, nous comptons les soins d'hygiène (toilette, pédiluve, capiluve, etc.), les soins somatiques (aide à l'alimentation, distribution des traitements *per os* et topiques, pansements secs, administration de collyres, glucométrie, surveillance de constantes, aide à l'élimination dont lavements, curages rectaux, changements des poches à stomies, etc.)²⁰, les soins psychologiques et sociaux (relation d'aide thérapeuti-

20. En ce qui concerne les actes infirmiers délégués, il persiste un certain flou dans les divers milieux de pratique; flou qui fait d'ailleurs en ce moment même l'objet

que, accompagnement aux mourants, soutien dans les démarches). Dans les soins et services à l'environnement, nous distinguons les tâches qui relèvent de l'entretien ménager ou encore de la préparation des repas pour la personne, des soins et services donnés aux tiers (aidants naturels, conjoints ou proches parents). Dans les tâches administratives, nous comptons deux catégories: celle qui relève de la gestion de la charge de travail (organisation des suivis de la clientèle, coordination, etc.) et celle qui concerne l'observation-transmission des informations relatives à l'état du client ou de ses proches. On voit donc que les activités de ce groupe d'intervenantes à domicile sont variées et complexes. Elles requièrent à la fois beaucoup d'habiletés manuelles et psychologiques, mais aussi d'autres compétences, telles que le sens de l'observation, l'articulation sur le plan écrit et oral (rédiger des notes pour le rapport, assister aux réunions et rapporter ses observations). Nos observations surprendront sans doute plus d'un gestionnaire car apparaissent ici à la fois les tâches planifiées mais aussi celles qui découlent du contexte social dans lequel les premières s'exécutent, ce qui occasionne souvent un dépassement de tâches telles que prévues dans le cadre de la gestion rationnelle des soins et services. Ainsi, par exemple, nous constatons combien il peut-être difficile pour une intervenante de limiter l'intervention à son client quand celui-ci est nonagénaire et que sa femme, aussi âgée, est épuisée de parer à tout; ou encore celle auprès d'un polyhandicapé dont la mère vit des périodes d'anxiété. Notons que la présence d'un tiers accroît la charge de travail des intervenantes que ce soit parce que lui-même requiert un soutien ou encore parce qu'il s'interpose et gêne l'exécution des tâches. Il est clair, nous l'avons souligné dans un précédent article²¹, que le travail

d'une négociation serrée entre les parties concernées (Fédération des CLSC-CHSLD, Association des Hôpitaux, Ordres professionnels des infirmières et des médecins: Cf. le Comité Bernier, groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines dans le cadre de la mise à jour du système professionnel). Pour l'instant le flou est tel que le type d'acte délégué, comme la forme même de la délégation et du degré de contrôle sont tout à fait variables d'une entreprise à l'autre (M. Cognet et L. Raigneau, *op. cit.*). Ce que nous restituons ici rend compte de nos observations et non pas d'une règle, ni même d'un consensus éclairé entre les parties, y compris celle des intervenantes qui ont d'ailleurs peu voix au chapitre. Ici, il s'agit des intervenantes que nous avons rencontrées avec ce qu'elles comprennent, admettent, veulent faire de cette délégation et en acceptent plus ou moins explicitement les risques.

21. M. Cognet, «Territoires du travail et enjeu identitaire chez les auxiliaires familiaux des centres locaux de services communautaires (CLSC)», *Cahiers du GRES*, Université de Montréal, 2000, vol. 1, n° 1, p. 2-13.

matériel — souvent réduit dans sa définition à une énumération de tâches d'exécution — de ces intervenantes à domicile se réalise au travers et même au moyen d'un travail relationnel qui, pour être invisible, n'en est pas moins capital. Précisons encore que la clientèle dont il est question n'est pas non plus la plus valorisée dans les organisations de santé²². Il s'agit surtout de patients très invalidés (handicaps moteurs ou cérébraux, maladies chroniques dégénératives) ou très âgés²³, pour lesquels la médecine n'attend aucune amélioration au contraire et dont le taux de dépendance peut s'élever à l'extrême. Compte tenu du type de besoins de cette clientèle, les horaires de travail des intervenantes à domicile s'étalent sur l'ensemble de la journée entre 7 h (parfois un peu plus tôt) pour les toilettes et jusqu'à minuit pour les couchers. Il est fréquent qu'une intervenante voit sa journée fractionnée en fonction des services à effectuer. Les «entre-deux» clients ne lui laissent pas toujours le loisir de rentrer chez elle et certaines s'estiment encore heureuses quand elles trouvent un café à proximité pour se réchauffer aux jours les plus froids. Toutes nos observations conduisent à souligner combien le métier de ces intervenantes met en scène les corps; les corps des clients-patients certes, malades, impotents, déformés dont il faut suppléer les défaillances, mais aussi ceux des intervenantes. Des corps pliés sous le poids des transferts des lits aux fauteuils et des fauteuils aux lits, penchés/debouts/agenouillés devant des baignoires souvent inadaptées. Des corps transpirants et grelottants en passant des salles de bains surchauffées aux domiciles des clients suivants, sautant d'un bus à l'autre pour assurer quatre toilettes dans une même matinée, sans oublier la course pour celui-ci et le petit service pour celle-là...

En dépit de cette charge assez impressionnante de travail, de leurs responsabilités ou encore de leur utilité effective dans l'organisation des soins et des services à domicile, les auxiliaires familiales et les préposées aux bénéficiaires ne bénéficient que de peu de reconnaissance sociale, si nous en considérons les conditions de travail comme les principaux indicateurs. En dépit de différences notoires entre les CLSC et les agences privées sur lesquelles nous allons revenir, ces

22. M. Cognet, «La compétition...», *op. cit.*; A.-M. Arborio, «Quand le “sale boulot” fait le métier: les aides soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital», *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n° 3, 1993, p. 11-25.

23. Pour l'ensemble des clients que nous avons rencontrés durant nos observations, 57% étaient âgés de plus de 80 ans.

intervenantes sont au plus bas de la hiérarchie des métiers de la santé. Les salaires qui sont aux environs de 15\$ de l'heure en CLSC tombent au-dessous de 7\$ dans certaines agences²⁴ où les femmes y sont encore plus mal payées que les hommes (plus difficiles à recruter). Tant lors de nos observations qu'au cours des entrevues, les intervenantes vont se plaindre des conditions physiques et relationnelles dans lesquelles elles exécutent leur travail. Au nombre des difficultés et des contraintes validées dans le questionnaire²⁵ arrivent en tête les difficultés d'organisation du travail comprenant le manque d'articulation privé/public, le manque de personnel, le poids de la bureaucratie et le manque d'informations (22,2%) et les mauvaises relations professionnelles (17,4%) — absence de reconnaissance, mauvaise collaboration avec leurs partenaires professionnels (principalement infirmières et travailleurs sociaux) et manque de soutien de leur hiérarchie. Elles sont suivies des difficultés liées aux résistances et humeurs des clients ou de leurs proches — y compris les cas d'agressivité, de désordres mentaux, de harcèlement sexuel, d'exigences multiples, les humiliations, le manque de respect, l'absence de reconnaissance, etc. — (13,9%). Viennent ensuite les conditions liées aux déplacements (temps de transport en commun, stationnement des véhicules personnels) (12,5%); les conditions salariales (11,8%), qui regroupent des préoccupations relatives à la faiblesse des salaires et la précarité de l'emploi. Elles sont suivies par les difficultés à gérer le temps imparti aux tâches (10,4%); la confrontation à la maladie et à la mort (9,0%); l'exiguité des loge-

24. Sur la base de calculs effectués à partir de bilans financiers des CLSC des années 1999/2000 et 2001/2001 pour la part sous-traitée en CLSC, les intervenantes ont reçu un salaire horaire moyen de 7,10\$.

25. Il s'agit là de calculs effectués sur deux questions ouvertes: a) Selon votre point de vue, quels sont les aspects les plus intéressants de votre travail? et b) Selon votre point de vue, quels sont les aspects les plus contraignants de votre travail? Le contenu des réponses a été analysé selon un processus de codage en trois niveaux: codes ouverts (salaire, autonomie, transport, etc.); regroupement en thèmes (conditions salariales et droits, conditions liées aux déplacements, confrontation à la maladie et à la mort, etc.); regroupement en champ d'implication (conditions de travail, relations professionnelles, relations à la clientèle, etc.). Les deux questions ont ensuite été fermées comme autant de questions à réponses multiples. Les restitutions des pourcentages apparaissant ici rendent compte du niveau intermédiaire. Les taux correspondent à la fréquence d'apparition des thèmes les plus pertinents sur l'ensemble agrégé des réponses données (somme des aspects contraignants énoncés = 270 pour n = 153; somme des aspects intéressants énoncés = 277 pour n = 166).

ments, leur insalubrité ou leur inadaptation (8,3%); les conditions climatiques (7,5%); le manque de formation (6,3%); la répétition et la nature de certaines tâches telles que les tâches ménagères, la surcharge physique liée aux poids des patients ou à la multiplicité des gestes, faire la cuisine pour les hommes, laver des hommes pour les femmes, etc. (5,6%) et enfin, l'obligation de se limiter à la tâche prescrite en dépit de ce que l'on souhaiterait faire pour et avec le client (2,8%).

Si la nature des tâches confiées aux intervenantes employées des CLSC ne diffère pas de la nature de celles qui sont confiées à leurs homologues d'agences privées, en revanche leur situation sur divers points, tels que le salaire horaire, est bien plus avantageuse. Tout d'abord les conditions d'encadrement et d'insertion dans l'entreprise des unes et des autres s'opposent littéralement. Les intervenantes des CLSC sont intégrées dans des équipes dites multidisciplinaires où elles sont appelées à collaborer avec des infirmières, des travailleuses sociales mais aussi des ergothérapeutes et des diététistes. Pour chaque client dont elles assurent le suivi, elles connaissent et peuvent contacter aisément le gestionnaire de cas (en général une infirmière ou une travailleuse sociale de l'équipe). Elles ont un accès (même si celui-ci est parfois limité) au dossier du patient. Elles sont supervisées cliniquement et sont encadrées administrativement. Certes, ces conditions peuvent leur apparaître comme autant de contrôles et, de ce fait, être vécues comme des contraintes mais plusieurs y voient aussi un soutien. De leur côté, les intervenantes employées par les agences privées sont soumises à la loi du marché, leur position est précaire. Par ailleurs, leurs relations avec leur employeur se résument bien souvent à des contacts téléphoniques par lesquels on leur communique les coordonnées d'un nouveau client et la nature du service à livrer. Si elles savent que, dans la majorité des cas, leurs clients sont référés par les CLSC en sous-traitance à l'agence, elles n'ont cependant guère l'occasion d'entrer en contact avec ceux-ci. Il n'est pas prévu qu'elles aient de contact direct avec le gestionnaire de cas, qu'elles ne connaissent d'ailleurs pas. En cas de problème, l'agence est l'intermédiaire obligé. En entrevue, elles évoquent quasiment toutes des problèmes de communication et de circulation d'informations. Elles ne sont à la fois pas sûres que leurs observations sur les clients sont rapportées ni qu'elles sont considérées. Dans le sens inverse, plusieurs estiment qu'il leur manque des informations sur l'état de santé des clients. Dans les moments difficiles (décès de client, agressivité, etc.), elles déplorent le manque de soutien. Cependant, dans le même ordre d'idées que pour les intervenantes des CLSC,

ce qui apparaît cette fois-ci comme un manque d'encadrement n'est pas systématiquement vécu comme une difficulté, certaines y voient l'occasion d'une assez grande marge d'autonomie.

Mais quoiqu'il en soit, on observe assez peu d'écarts entre les deux sous-groupes²⁶ quand ils parlent des aspects contraignants ou difficiles du métier, hormis pour les conditions salariales pour lesquelles ils accusent un écart significatif ($p = .005$). Pour les intervenantes d'agences privées c'est l'aspect difficile le plus souvent mentionné. Elles sont nombreuses à trouver que l'écart avec leurs homologues des CLSC n'est pas justifiable d'autant qu'elles sont en situation de plus grande précarité. Ce qui est singulièrement frappant par ailleurs, c'est la grande homogénéité de l'ensemble pour souligner les aspects intéressants du travail et le plaisir à faire ce métier, même si la majorité ne l'a pas véritablement choisi.

4. Satisfaction au travail et dépassement des services

Le niveau de satisfaction au travail²⁷ pour l'ensemble des femmes qui ont répondu ($n = 144$) est élevé avec une moyenne égale à 3,20/4 et une distribution très proche de la loi normale (écart type = ,34, une valeur Skewness = - ,35). L'observation de chacune des dimensions de l'échelle classe en premier la réalisation de soi (moyenne = 3,40)²⁸.

26. Aux fins des comparaisons entre les sous-groupes les variables rendant compte des aspects intéressants et contraignants (construites à partir des réponses multiples aux deux questions initiales) ont été recodées pour chacun des thèmes émergents en une nouvelle variable binaire (l'individu a énoncé au moins une fois ce thème = 1, ne l'a pas énoncé = 0).

27. Rappelons que l'échelle est de type Likert de 1 à 4 (1 = Tout à fait faux; 2 = Plutôt faux; 3 = Plutôt vrai; 4 = Tout à fait vrai). C'est une échelle de première génération incluant cinq dimensions pour lesquelles nous avons testé la cohérence interne à partir des alpha de Cronbach et moyennes des corrélations inter-items (réalisation de soi au travail de 9 items [$\alpha = .76 = .29$]; cohésion entre les pairs de 6 item [$\alpha = .59 = .21$]; implication dans le travail collectif multidisciplinaire de 10 item [$\alpha = .66 = .18$]; soutien des intervenants professionnels de 6 item [$\alpha = .75 = .35$]; soutien du supérieur de 10 item [$\alpha = .73 = .25$]). Quoique validées, certaines dimensions, en particulier la «cohésion entre les pairs» et «implication dans le travail collectif multidisciplinaire» donnent des résultats plus faibles. La faiblesse de ces résultats de validité s'explique en grande partie par le fait que sur ces deux dimensions, les items sont moins bien adaptés aux intervenantes des agences que ceux des CLSC.

28. $n = 144$. Pour chacune des dimensions, la distribution est très proche d'une loi normale.

Pour cette dimension, il semble qu'il y ait un large consensus, et ce, quelles que soient les trajectoires des individus. La comparaison entre sous-groupes, tant par type d'employeur que par ancienneté, origine ethnique ou encore par type de formation au métier, ne montre aucune variation significative et les moyennes restent élevées²⁹. De fait, et cela s'est à nouveau confirmé lors des entrevues, les intervenantes, peu importe leur employeur et les conditions objectives de leur travail, manifestent intérêt et enthousiasme pour le métier. Il appert qu'au-delà de la pénibilité physique relative à la nature des tâches et aux conditions dans lesquelles elles s'exécutent, les intervenantes à domicile trouvent toute leur dimension dans l'espace relationnel, le champ de l'émotionnel, à commencer par la relation aux clients³⁰. Toutes soulignent l'importance de développer une relation de qualité avec ces derniers. Elles œuvrent dans ce sens dès la première rencontre et elles redoutent par-dessus tout l'échec de celle-ci. La relation au client leur offre un espace de valorisation propre à leur procurer la reconnaissance, le respect, l'appréciation nécessaire à établir une image positive d'elles-mêmes. Elles y puiseront leurs forces. Mais avant de recevoir, elles le savent, il leur faut donner.

Pour moi, c'est un beau métier pour quelqu'un qui aime ça. Mais il faut aimer ça. La personne qui aime pas ça, qu'elle fasse pas ça! Parce qu'elle va être déçue, première des choses. Puis elle va être malheureuse. Puis ça va rendre les gens malheureux parce que c'est des gens que tu vois, c'est des gens malades, 90%. Ils ont besoin de toi. Et, comme je te dis, il faut faire la différence, entre... faut faire la part des choses. C'est sûr qu'on a tous besoin de travailler, puis on a tous besoin... d'une certaine sécurité mais, ... trouves-toi autre chose. Parce que tu seras pas longtemps, tu vas te détruire. Ces gens-là demandent beaucoup. Les gens demandent beaucoup. Il faut être capable d'en donner, puis tu vas en recevoir. Si t'es pas capable de donner, tu recevras

29. Ce qui n'est pas vrai pour les autres dimensions, l'ancienneté par exemple modifie fortement les attentes pour chacune des quatre autres dimensions. Pour les employées ayant plus de 10 ans d'ancienneté, les moyennes sont plus basses et les écarts avec les plus jeunes sont significatifs.

30. M. Cognet, *op. cit.*

pas. Moi, je le vois comme ça. Mais c'est un beau métier, faut le... Oui. J'en suis fière, moi, j'aime ça! J'aime ben ça. Oui. C'est ça, oui.

Le dépassement des services, sous forme de tâches non prévues gracieusement accordées aux clients, constitue sur ce point un excellent indicateur. L'organisation des services à domicile, même sous l'égide d'entreprises aussi structurées et hiérarchisées que le sont les CLSC, concède une assez grande marge d'autonomie d'action aux intervenantes. Certes, les missions et tâches auprès de chaque client sont formellement définies par le responsable de son cas relativement aux besoins diagnostiqués et les intervenantes ont en charge leur exécution. Pour chaque type de tâches (bain, préparation de repas, etc.), il leur est imparti un temps déterminé. Leur planification quotidienne de travail est ainsi déclinée entre un nombre précis de clients et de tâches qui, dans l'ensemble, ne leur laissent que peu de répit. Pourtant le dépassement des services est extrêmement fréquent³¹. C'est une sortie de poubelles, une mise en pli, une vaisselle, une séance de maquillage, une course, une visite en passant, le temps d'un café, etc. La mesure des dépassements est variable. Si, dans la plupart des cas, il s'agit de menus services de quelques minutes, cela peut cependant aller jusqu'à la poursuite de visites alors que le suivi est officiellement diminué, voire interrompu. Si quelquefois l'explication de la tâche supplémentaire se fonde sur la nécessité, «il fallait le faire pour le bien-être du client», le rationnel «si je ne l'avais pas fait qui d'autre l'aurait fait» ou encore l'évidence «je n'étais quand même pas pour le laisser comme ça!», elle s'exprime aussi sur le registre de la responsabilité et du risque de culpabilité inhérent.

Je travaille encore pour une agence, je continue, le soir... parce que les gens là, on s'attache, on dit dans ce genre de métiers, il faut pas s'attacher mais tu peux pas t'empêcher, tu peux pas, comment ne pas aimer ces gens-là, tu vois, des personnes âgées, ils sont gentils, ils ont besoin d'amour, ils

31. Outre les discussions avec les intervenantes sur les services et les soins à effectuer auprès de chaque client, nous avons systématiquement comparé les tâches réalisées et celles prescrites dans les plans d'intervention. Nous avons aussi considéré les écarts entre la durée du service prévue et le temps réel passé auprès du client.

ont besoin d'affection, ils ont besoin de parler, moi là hein, c'est mon problème... je m'attache assez ouais...j'essaie de ne pas trop leur montrer que je suis trop attachée à eux, mais c'est vrai alors heu... il y en... j'ai travaillé pour l'agence je voulais lâcher... mais il y en a une mon Dieu, si je la lâchais, cette personne-là, je pense qu'ils vont faire... la famille au complet, ils vont tomber malade, et c'est pas... c'est pas mon but, alors j'ai coupé ceux qui sont le plus capables d'avoir d'autres personnes et pis j'ai gardé juste cette personne que je fais le soir...

Parce que s'il y a quelque chose qui arrive, ça arrive souvent... pis, je voulais pas me sentir comme obligée ou avoir mal comme... Ah! C'est pitié, telle personne...

Mais le plus souvent cependant elle se dissout dans la gratuité sous des «ça ne coûte rien» ou «qu'est-ce que ça me prend comme temps? Rien! Et lui ça lui fait tellement plaisir.»

Parce qu'elle peut pas se lever pour aller dans la baignoire alors je fais un bain éponge dans son lit. Pis je lui prépare un sandwich plus quelque chose de chaud, et puis faire son lit... et puis, une oreille attentive. Un peu de support, c'est ce qu'elle trouve oui, le plus important, une oreille attentive parce qu'on a besoin de parler. [...] Des fois même l'été quand il fait beau, je peux sortir à peu près dix minutes, juste pour faire un petit tour dehors avec eux parce que les personnes âgées sont gênées de sortir toutes seules. Ben, de ne pas accepter la maladie, la vieillesse. Dire c'est des choses difficiles. Et puis alors heu... ils sont contents, ils sont contents.

Elle était toute gênée et elle me demandait: «Est-ce que tu peux nettoyer le tapis pour moi?» Et j'ai dit: «Ok, pas de problème, je vais le faire.» Mais je sais qu'il y a des auxiliaires qui, non, «c'est pas ma job, je vais pas le faire». Bon. Pour moi, c'est plus que... Ça me donne du plaisir quand je vois le résultat de quelque chose que je fais pour quelqu'un.

Dans les faits, les intervenantes doivent accomplir des prouesses pour trouver le temps d'exécuter les tâches supplémentaires. Elles font d'abord preuve d'un extraordinaire sens de l'organisation pour diligenter les tâches prévues, mais on observe aussi que la complicité du client est de mise. C'est en effet avec lui que l'intervenante négocie l'organisation de son travail. La dimension affective qui connote la relation permet de gagner en souplesse pour que l'intervenante s'organise et qu'aucun client ne se sente lésé. Un extrait des observations réalisées à domicile en donne un bon exemple:

Il est 8h30, Suzanne intervient chez Mme X pour une toilette. Très exactement le service comprend un bain, l'aide à l'habillage, la préparation du plateau de déjeuner, l'installation, le nettoyage de la salle de bains; 1 heure est prévue. Alors que sa visite s'achève, Suzanne s'aperçoit que sa cliente a à peine touché son déjeuner. Elle s'inquiète de la raison. Mme X dit ne pas se sentir très bien, elle est contrariée par sa femme de ménage qui ne fait pas dit-elle ce pour quoi elle la paye. Mme X exprime un certain désarroi de ne plus pouvoir assurer elle-même ses besoins et devoir dépendre des autres. Elle se met à pleurer, Suzanne tente de la reconforter, elle fait avec elle l'inventaire de ce qui revient à la charge de la femme de ménage. Elle promet de parler à cette dernière. Elle lui réchauffe ses toasts, l'encourage à manger. Elle s'aperçoit que Mme X n'a pas pris ses médicaments, elle l'aide à les prendre. Elle s'enquiert de sa dernière visite de son médecin, de son ordonnance. A-t-elle passé sa commande à la pharmacie? Mme X dit oui mais ajoute qu'elle a oublié de commander des protections pour incontinence, elle aimerait que Suzanne téléphone pour elle. Suzanne appelle la pharmacie. Entre-temps la femme de ménage arrive. Suzanne s'entretient avec elle du moral de Mme X. Elle lui demande quand les draps ont été changés la dernière fois, dit que Mme X est inquiète. Finalement, elle revient à sa cliente et avec beaucoup de sollicitude accompagnée de gestes d'affection, elle prépare celle-ci à son départ. Il est 10h10 quand Suzanne quitte l'appartement de Mme X.

Suzanne a quarante minutes de retard sur son programme de la matinée. Ce retard, elle va le récupérer quasi dans la totalité avec sa visite suivante alors qu'il s'agit pourtant là d'un service d'une heure un quart. Comme dans le cas précédent, c'est une cliente qu'elle connaît bien et avec qui elle a une excellente relation.

En fait à son arrivée chez sa deuxième cliente cette dernière l'accueille avec soulagement ayant craint son retard annonceur d'un problème pour l'intervenante. Après quelques explications, Suzanne s'enquiert de la santé de sa cliente. Jugeant que celle-ci est plutôt bien, elle en vient au fait qu'elle va manquer de temps pour assurer le bain comme à l'accoutumée. Il va falloir se presser un peu. La cliente va la rassurer, elle est d'accord si cela peut soulager Suzanne. Cette dernière lui promet de rester plus longtemps à sa prochaine visite.

À peine 30 minutes après être entrée chez Mme Z, Suzanne en ressort, le temps qu'il lui faut rattraper encore elle va le prendre sur son heure de repas. C'est au moyen de toutes ces négociations entre elles et les clients — en général à l'insu de leurs employeurs qui d'ailleurs n'en ont cure en autant que les services et les soins sont assurés sans vague —, que les intervenantes vont pouvoir dépasser leurs services et s'assurer la qualité de la relation avec leur clientèle. Les dépassements de services sont réalisés spontanément ou en réponse à la demande du client. Ce sont bien sûr des tâches matérielles et concrètes, mais aussi une façon de faire, de parler, d'être.

L'objectif, je dirais c'est de... Et bien je dirais qu'il est double. À la fois — pour moi en tout cas là, c'est ça, il est double. À la fois donc... d'assurer, d'assurer des services de convenance aux gens qui sont à domicile... mais aussi... accompagner ces gens-là dans, dans ce qu'ils vivent, dans là où ils sont présentement. Alors pour moi, c'est deux facettes, pis pour moi, elles sont aussi importantes l'une que l'autre. Alors quand je vais à domicile autrement dit, je fais des activités, je vais... je peux préparer la popote, je peux donner le bain, je peux faire l'entretien ménager. Mais derrière ça, j'essaie de garder toujours le souci pour: «Où est-ce qu'elle est ma personne, y as-tu... qu'est-ce c'est que je pourrais faire pour... pour être en mesure de... la rendre joyeuse, ou un peu plus heureuse aujourd'hui, un peu plus joyeuse, y a-tu quelque chose, là tu sais, que je peux faire? Ça pour moi c'est très très important.

Ils visent toujours la relation, ils sont à la fois la démonstration de sa qualité et l'engagement dans la poursuite de celle-ci. D'ailleurs, ceux-ci ne sont pas déployés pour tous les clients. Un client qui a refusé (quelle que soit la raison et même si les cas sont assez rares) un climat relationnel positif en dépit des efforts des intervenantes, peut s'attendre à «la monnaie de sa pièce»; ses demandes seront jugées inopportunes, on ne tardera pas d'ailleurs à voir en lui un client difficile, toujours à quémander et jamais content.

Le dépassement des services, nous l'aurons compris, s'inscrit dans un échange interpersonnel où certes, l'intervenante donne ou rend ce qu'elle estime avoir reçu dans sa propre histoire³², mais où en retour, elle a besoin de recevoir.

J'imagine que si j'aimais pas ça... je n'en faisais pas autant pour mon autre travail. À l'usine, j'en faisais pas. Je ne dépassais pas les lignes. Ma ligne c'était ça et je n'allais pas de l'autre bord. Mais là, j'adore ça. Parce que je me dis, je vais donner aux autres ce que j'aimerais qu'on me donne. C'est de même que je le vois. Ça paraît dans mon travail aussi. Parce que les gens où je vais sont toutes satisfaits. Quand je vais faire du lavage, avant de plier le linge, je vais regarder dans la dépense pour voir comment son linge est plié pour essayer de le plier pareil. Parce que ça c'est une manie chez moi. Donc, je fais à l'autre ce que j'aimerais qu'on me fasse à moi.

Nos différentes analyses attestent que la satisfaction au travail élevée des intervenantes, qui passe en priorité par le sentiment fort de se réaliser dans celui-ci, relativement aux conditions difficiles de l'exercice, à la nature des tâches et à la faible reconnaissance socioprofessionnelle, n'est pas un résultat aussi paradoxal que l'on pourrait juger à première vue si on éclaire l'analyse sous l'angle de l'échange de dons.

32. Beaucoup évoquent avoir été dans leur vie confrontées à la souffrance, la maladie de proches ou d'eux-mêmes présentant en quelque sorte leur engagement sur le registre de la réparation.

5. La part du don dans les services et les soins à domicile

Quand nous avons sollicité les intervenantes à expliciter quels étaient les aspects intéressants de leur métier, ce sont beaucoup moins les relations avec leurs collaborateurs et supérieurs qui apparaissaient comme primordiales que la relation d'échange avec la clientèle. Soulignée sous une forme ou une autre (plaisir à donner de la joie de vivre aux personnes âgées, intérêt à rencontrer d'autres cultures, devenir complice, soutenir, etc.), la fréquence d'apparition de thèmes concernant la relation particulière aux clients constitue plus de la moitié (57%) de l'ensemble des thèmes d'intérêts énoncés. Elle y est présentée comme une source d'épanouissement, d'enrichissement personnel qui va bien au-delà du professionnel, et ce, quel que soit le type d'employeur. Les deux thèmes majeurs de cette relation se traduisent par l'intérêt à donner et à recevoir. «Donner du réconfort», «le meilleur de soi», «se donner de façon inconditionnelle», «redonner un sens à la vie», «rendre heureux le client et ses proches», «obtenir la confiance de son client», «son respect», «se sentir appréciée par lui», s'enrichir à son contact, apprendre de lui, etc. sont autant de termes par lesquels elles expriment en quoi ces deux aspects du métier sous-tendent leur engagement et transcendent les aspects difficiles de leur exercice. Dons et contre-dons sont au cœur de la dynamique qui anime les intervenantes. Les dépassements de services sont une des formes matérialisées du don, qui peut aussi prendre la forme d'une écoute, d'un geste, d'un soutien, d'affection, etc. De l'autre côté, le contre-don s'exprime chez les clients par le respect, la reconnaissance du professionnalisme des intervenantes, de leurs compétences et de leurs qualités tant professionnelles que personnelles. Certes, les intervenantes n'explicitent pas cet échange en ces termes, du moins ne disent-elles pas attendre de retour, elles agissent «pour faire plaisir» par humanité, par altruisme, heureuses de donner et se trouvant enrichies du contact à l'autre.

C'est sûr, moi je suis là-dedans pour ça, parce que j'apprends autant sur moi que j'apprends sur les autres...

J'ai fait du bénévolat dans un centre pour personnes âgées. Puis, j'ai comme eu un flash, il me semble que j'aimerais ça faire ça. [...] C'était le côté humain qui m'avait peut-être attirée. Je ne le sais pas, le fait d'aider son prochain. Quand,

je sais pas, j'avais quoi, 16 ans, il me semble que..., tu vois que tu peux changer le monde! Il me semblait que je serais bonne pour les aider. C'était ça.

J'aime... très, j'aime, j'aime vraiment travailler avec les humains... Aider les autres, c'est... c'est une tâche vraiment noble, aider quelqu'un... quelqu'un en perte d'autonomie, et c'est vraiment une tâche noble.

Leur attitude n'est pas sans évoquer ce que Bourdieu décrit comme le «travail de dissimulation de l'échange», travail destiné à distinguer le don du prêt³³. Elle rejoint aussi l'analyse de Godbout quant à la dé-négation de l'existence du don dans l'esprit de la modernité³⁴. Mais le déni n'est pas l'élimination du don et l'auteur démontre que le don est tout aussi présent dans les sociétés modernes qu'il l'était dans les sociétés traditionnelles puisqu'il est constitutif du lien social. En fait, cet espace d'expression du don, négocié entre intervenantes et clients, qui apparaît comme un espace «dérobé» à leurs employeurs, ressemble fort à l'émergence de la quatrième sphère dont rend compte Godbout³⁵, le don aux étrangers, caractéristique des sociétés modernes.

Les théories classiques sur le don distinguent trois sphères d'action sociale — la sphère domestique, l'État et le marché —, chacune produisant un modèle exclusif de rapport social. L'échange de dons est le propre de la sphère domestique, l'État se définit par le droit et la loi, le marché par l'économie. Godbout avance l'hypothèse d'une quatrième sphère aux confins de l'État et de la sphère domestique. L'activité des groupes d'entraide, dont les membres bénévoles donnent «sans compter» aux étrangers, représenterait parfaitement le champ d'exercice de celle-ci. Les pratiques des intervenantes de notre étude, quoique rémunérées, nous semblent aussi offrir une illustration originale du don aux étrangers. Du moins, la part de leur activité qui ne relève pas des tâches prescrites paraît bien s'immiscer entre, d'un côté l'État et le marché et de l'autre le domestique, instaurant un autre espace, coexistant mais parallèle à ces derniers, avec sa logique propre et son modèle relationnel.

33. P. Bourdieu, *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil, 1994.

34. J. T. Godbout, *L'esprit du don*, Paris, Montréal, coll. La découverte, Sciences humaines et sociales», Boréal, 2000 (1992).

35. *Ibid.*

Dans les faits, la mission des intervenantes employées de l'État (par le biais des CLSC) s'insère dans le cadre des services publics où le client est pensé comme «ayant droit». Pour celles qui exercent au compte des agences privées, le client est acheteur de services³⁶ avec qui on entend entretenir un rapport marchand. Pour les unes comme pour les autres, leurs organisations respectives les engagent dans un mode de relation spécifique avec la clientèle. De façon formelle, les statuts, les rôles, comme les tâches sont prescrits. S'il appert que les modalités de leurs interventions sont pour une large part sous l'emprise de ces prescriptions, il est vrai aussi qu'une autre partie s'en abstrait. Que ce soit dans la réalisation de tâches supplémentaires ou dans la façon de réaliser celles qui sont prévues, les intervenantes s'extraient du rapport imposé par leurs organisations pour entrer dans celui du don. Là, les relations professionnelles font place aux relations personnelles. La figure du professionnel, pour reprendre la formulation des figures du lien de Gagnon, Saillant et leurs collaborateurs³⁷, est supplantée par celle de l'amie, la confidente, la sœur, la fille, etc. En contextualisant le discours des intervenantes au sein de cet espace dérobé, le paradoxe que l'on avait cru voir s'évanouit. L'analyse des conditions du travail, mesurées au moyen des indicateurs économiques ou ergonomiques supposément objectifs, n'a cependant plus ici la même pertinence, comme si, dans ce que disent ces intervenantes, ces unités de mesure n'avaient plus cours ou n'étaient pas adaptées pour rendre compte de leurs actions et de leurs intentions. Situées dans un autre paradigme, elles répondent bien davantage aux critères du don. Ainsi, les dépassements de service échappent au contrôle et au rapport marchand pour s'actualiser dans un contexte de gratuité. Et pour la même raison, ils s'effectuent en toute liberté; les intervenantes y voient d'ailleurs justement ce qu'elles considèrent être leur espace d'autonomie. Dans le

36. Ces deux types de rapports intervenantes-clients se traduisent par des attentes, des demandes et des réponses différentes. Ainsi par exemple vis-à-vis de demandes de clients «blancs» ne souhaitant pas recevoir de services par des intervenantes «noires», les responsables d'agences répondent à la demande sans autre forme de procès, même s'ils y voient une dimension raciste ou discriminante, la loi est définie par le marché, le rapport de l'offre à la demande; les responsables des CLSC de leur côté répondent par la négociation. Parce qu'ils se réfèrent au Droit et à la Loi qui condamnent les pratiques racistes et discriminantes, ils cherchent un compromis dont les accommodements raisonnables, qui consistent quelquefois à accéder à la demande, ne seraient que les *modus vivendi* provisoires accompagnant l'éducation civique du client.

37. E. Gagnon, F. Saillant *et al.*, *op. cit.*

même temps, on pourrait craindre que leur liberté soit limitée par la dynamique même du don, passant de l'autorité de l'employeur à celle de la clientèle, mais les intervenantes savent tout à fait bien instrumentaliser leur position d'employées pour réintroduire, si besoin est, une certaine limite à leur «engagement» avec le client et préserver leur marge de manœuvre. Pour autant, il n'y a là aucun calcul, leurs actions sont spontanées, leurs décisions se prennent bien plus sous l'emprise des émotions que de la réflexion. Le respect et la reconnaissance de compétences qu'elles reçoivent souvent en retour ne sont pas davantage l'objet de préméditations, ce ne sont d'ailleurs que quelques-unes des facettes du contre-don. L'enrichissement personnel, la découverte de l'Autre, la réalisation de soi et le sentiment d'utilité (en particulier quand il est poussé à son degré ultime dans les accompagnements à la mort) en sont d'autres beaucoup plus inattendues.

Au terme de cette analyse, la pratique du don prend des allures d'exutoire. Alors qu'elles se situent au plus bas de la hiérarchie des métiers de la santé et du social, les intervenantes réussissent à se soustraire aux logiques organisationnelles et aux rapports de pouvoir qui caractérisent pourtant les relations socioprofessionnelles dans lesquelles elles s'insèrent. Certes, elles, ou plutôt une part de leur activité, échappent au contrôle de leurs employeurs, de même qu'elles s'extrait des contraintes statutaires que leur confère leur titre d'emploi (qu'elles considèrent d'autant moins valorisant qu'il les protège mal du risque d'être confondues dans les emplois de la domesticité³⁸). Néanmoins, en s'échappant du registre professionnel pour un registre plus personnel, c'est cette fois-ci sous le statut du genre que s'interprètent leurs actes. Au total, nous pouvons nous demander à qui profite la pratique. Pour l'État et ses intermédiaires hiérarchiques comme pour les investisseurs du marché, le travail supplémentaire des intervenantes assure une valeur ajoutée qui leur coûte d'autant moins que son maintien hors du formel leur garantit de ne pas avoir à en négocier le prix sur la place publique. Pour la société, le travail de ces femmes et *a fortiori* celui qu'elles ajoutent au titre du don, pallient le retrait de l'État-providence. Qu'elles agissent au titre du statut professionnel ou de celui du genre, les intervenantes ne font-elles pas que répondre aux attentes collectives? La pratique du don échappe-t-elle aux rapports de pouvoir ou n'en est-elle pas une des formes euphémisées comme l'argu-

38. M. Cagnet, *op. cit.*

mente Bourdieu³⁹, pour mieux dissimuler l'exploitation des employeurs sur les employées, des hommes sur les femmes? S'il est certain que les intervenantes trouvent là le moyen de vivre positivement leur quotidien de travail, il n'en demeure pas moins que, sur cette question, le débat reste ouvert.

Marguerite COGNET

Centre de recherche et de formation

CLSC Côte-des-Neiges-Centre Affilié Université McGill

Résumé

Nos travaux sur les pratiques des infirmières et des auxiliaires familiales mettent en évidence l'engagement des femmes dans des activités de soins et services qui sont loin d'être les plus valorisées. Nous reprendrons ici les résultats de l'étude concernant les auxiliaires familiales et sociales de Montréal exerçant en maintien à domicile soit au compte du service public (par le biais des CLSC) soit à celui du secteur marchand (par le biais des agences privées).

Alors que les contraintes physiques de leur métier, la charge émotionnelle sont fortes, qu'une grande part des compétences qu'elles déploient est maintenue dans l'invisible — la position socioprofessionnelle, et la hauteur de la rémunération qui l'accompagne, président à une mise en forme formelle de compétences (liste de tâches) aisément quantifiables mais peu valorisées et peu valorisantes — et que leur exercice est toujours l'objet d'une faible considération sociale, ces intervenantes en font souvent plus qu'il ne leur est demandé, déclarent aimer leur travail, ont un sentiment fort de réalisation de soi. Ces résultats ne sont compréhensibles que si nous les considérons sous l'angle de l'engagement et du don de soi.

Abstract

Our research on the practice of nurses and home care workers indicates the involvement of women in healthcare activities that are little valued. Results from the study on home care workers in Montreal, both in the public sector via CLSC and the private sector via private agencies, will be presented. The homecare profession is associated with

39. P. Bourdieu, *op. cit.*

heavy physical constants and emotional burdens, as well as an invisibility of a large part of the skills deployed by workers. Concerning the latter, the socioprofessionnal position occupied by these workers and their level of salary formally shapes their skills in the form of a list of tasks, which are easily quantifiable but hold little value. Furthermore, workers receive hardly any social recognition when they exercise these skills. These professionals, who often contribute more than what is asked of them, declare a love of their work and possess a strong sense of self accomplishment. These results can only be understood, if they are considered from the point of view of commitment and self fulfilment.

Résumen

Nuestros trabajos sobre las prácticas de enfermeras y auxiliares familiares ponen de relieve el compromiso de las mujeres en actividades de cuidados y servicios, actividades que están lejos de ser las más valoradas. Retomaremos aquí los resultados del estudio sobre auxiliares familiares y sociales de Montreal que ejercen a domicilio, ya sea a cuenta del servicio público (a través los Centros Locales de Salud Comunitaria - CLSC) o del sector privado (a través de las agencias particulares).

A pesar de los límites físicos de estas actividades, la fuerte carga emocional, el hecho de que una gran parte de las competencias necesarias para ejercerlas son imperceptibles – la posición socioprofesional y la remuneración corresponden a una lista de tareas fácilmente cuantificable pero poco valorizada y valorizante – y que el ejercicio de dichas tareas goza de poco prestigio social, las trabajadoras hacen generalmente más de lo que se les pide, declaran amar el trabajo y tienen una fuerte sensación de realización personal. Estos resultados sólo pueden entenderse si se los considera a partir de una perspectiva de compromiso y de entrega personal.