

# Territoires du travail et enjeu identitaire chez les auxiliaires familiaux des Centres locaux de services communautaires (CLSC)

Marguerite Cagnet

Volume 1, Number 1, Fall 2000

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/009413ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/009413ar>

[See table of contents](#)

## Publisher(s)

Groupe de recherche ethnicité et société  
CEETUM

## ISSN

1499-0431 (print)

1499-044X (digital)

[Explore this journal](#)

## Cite this article

Cagnet, M. (2000). Territoires du travail et enjeu identitaire chez les auxiliaires familiaux des Centres locaux de services communautaires (CLSC). *Les Cahiers du Gres*, 1(1), 2–13. <https://doi.org/10.7202/009413ar>

## **Marguerite COGNET**

Membre associé  
Groupe de recherche ethnicité et société  
Centre de recherche et de formation du CLSC  
Côte-des-Neiges  
Chercheur boursier  
Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS)

TERRITOIRES DU TRAVAIL ET ENJEU  
IDENTITAIRE CHEZ LES AUXILIAIRES  
FAMILIAUX DES CENTRES LOCAUX DE  
SERVICES COMMUNAUTAIRES (CLSC)

Les objectifs à la fois économiques (réduction des coûts relatifs aux hospitalisations) et sociaux (restitution aux individus d'une partie du processus de gestion des soins) de la politique de santé publique engagée au Québec depuis 1991<sup>1</sup> ont propulsé les Centres Locaux de Services Communautaires en première ligne. Dans le cadre des interventions qui leur incombent, la part de celles effectuées à domicile n'a cessé de croître<sup>2</sup> déplaçant ainsi une part importante des services du territoire public et institutionnel à celui du privé de la clientèle. Cette réorganisation structurelle entraîne avec elle une réorganisation des groupes professionnels en les conduisant à une redéfinition des domaines de compétences et projetant sur l'avant scène de nouveaux groupes. Ainsi, le travail des auxiliaires familiaux et sociaux<sup>3</sup> est devenu une des composantes fondamentales des programmes de maintien à domicile. Si leur part de travail gagne en importance relativement au nombre d'interventions en lien avec l'extension du champ de l'activité, elle s'accroît aussi considérablement en termes de responsabilités et de tâches<sup>4</sup>. Même si les auxiliaires ne sont pas les seuls intervenants auprès des clients, ils sont ceux qui y passent le plus de temps, le type de tâches effectuées liées aux activités de la vie quotidienne et domestique leur permet d'accéder à un très haut degré d'intimité sur les plans physique et psychologique avec les patients qu'ils prennent en charge. Paradoxalement, au

moment où les soins et services à domicile sont devenus la pierre angulaire du système de santé, ils reposent de plus en plus fortement sur leur travail, leurs aptitudes présumées à répondre aux besoins alors même qu'ils sont au plus bas de l'échelle hiérarchique, reçoivent le moins de formation et que leur degré d'insatisfaction les conduit à un fort turnover (Gilbert, 1991).

### **Le projet d'étude**

Le travail des auxiliaires est relativement peu connu des chercheurs, à la différence d'autres professionnels dans le domaine de la santé tels que les médecins et les infirmiers (Aronson et Neysmith, déc 1996; Aiach et Fassin, 1994). Aux États-Unis, les soins à domicile ne sont officiellement reconnus qu'en 1965 (programmes Medicare et Medicaid). Jusqu'alors, ils étaient traités comme résiduels et périphériques par rapport à l'ensemble du système de soins. Le débat sur leurs fonctions est toujours en cours (Benjamin, 1993). Au niveau international, les soins et les services à domicile constituent un secteur dans une division de travail globalisée qui est organisée selon des critères tels que le sexe, l'origine ethnique et nationale (Sassen, 1996; Nash et Fernandez-Kelly, 1983) et où les femmes et les immigrantes, et plus particulièrement les immigrantes de couleur, sont surreprésentées (Neysmith, 1996). Plusieurs écrits mettent l'accent sur le poids des facteurs genre, ethnicité, classe sociale et âge dans les relations entre les auxiliaires et leurs clients. Ces facteurs servent de toile de fond comme autant d'éléments de catégorisation sur lesquels viennent s'appuyer les relations et plus globalement les pratiques de travail. Le formel et l'informel s'entrecroisent dans les pratiques de travail des auxiliaires familiaux (ou "Home care workers") et les amènent à accomplir des tâches non prévues (soit que la prise en charge estimée ne les inclue pas, soit que celles-ci ne relèvent pas de leurs compétences) sur le temps de travail ou/et en dehors (Aronson et Neysmith,

dec 1996; Eustis et Fisher, 1991).

Le travail des auxiliaires, qui s'exécute au domicile des patients et sur de longues périodes, apparaît fortement personnalisé (Aronson et Neysmith, dec 1996; Kaye, 1986; Neysmith et Aronson, 1996). Cette personnalisation assure tantôt le bon déroulement du travail "officiel" (Neysmith et Aronson, 1996), tantôt elle occasionne des tensions telles que l'intensification de la charge émotionnelle (Aronson et Neysmith, 1996; Bartoldus et al., 1989), la soumission à l'arbitraire (Eustis et Fisher, 1991; Foner, 1994) et le déplacement de la relation (Neysmith, 1996). Elle laisse aussi la place à des risques sur l'évaluation des besoins des patients et la qualité des soins (Aronson et Neysmith, dec 1996; Eustis et Fisher, 1991; Schmid et Hasenfeld, 1993).

Quoique les qualités humaines dont les auxiliaires font preuve dans les relations à leurs clients soient souvent élevées au rang des compétences, le manque de formation est souligné dans les recherches (Feldman, 1993; Gilbert, 1991) et peut être déploré par les familles (Guberman et al., 1993). Au Québec, depuis la création des CLSC, l'exigence en termes de formation pour les auxiliaires familiaux et sociaux s'est modifiée néanmoins, aucun diplôme ou formation ne sont encore officiellement requis. Un grand nombre élabore son savoir directement sur le terrain. Cette situation les rapproche des gens de métiers qui acquièrent leur savoir faire au travers d'expériences concrètes (Delbos, 1993).

Les résultats des premiers travaux sur les auxiliaires ou sur des catégories d'intervenants similaires en contact suivi avec une clientèle à domicile, incitent à penser que les auxiliaires des CLSC constituent une population très intéressante pour aborder la construction des identités au travail. L'étude dont nous rendons compte ici<sup>2</sup>, s'est donnée pour objet d'explorer : 1) les processus qui sous-tendent la construction des identités professionnelles des auxiliaires familiaux; 2) saisir la nature

de l'enjeu susceptible d'influencer cette construction; 3) la pertinence ou non pertinence de l'ethnicité et des facteurs qui lui sont associés (origine nationale, culture, connaissances linguistiques, expérience de migration...) dans cette construction.

### *Méthodologie*

L'étude a été réalisée dans l'un des plus importants CLSC de Montréal (Meintel et al., 1999). Les résultats s'appuient sur l'analyse de données recueillies à plusieurs niveaux : 1) une analyse de documents relatifs à la formation et à la mission des auxiliaires; 2) des enquêtes qualitatives : observations de 40 séquences de travail réalisées et 24 entretiens.

Les pratiques professionnelles et la dynamique des relations ont été observées dans deux contextes de travail bien précis : au sein du CLSC et aux domiciles des clients. Au total, quatre paliers d'observation ont été retenus pour les possibilités qu'ils offraient de saisir les interactions en milieux formels et informels : 1) lors des comités d'allocation et de révision de service et des réunions générales mettant en contact différentes catégories d'intervenants; 2) lors des réunions d'équipe où se côtoient des collègues exerçant le même type de travail et leur chef d'équipe; 3) dans les salles de travail des auxiliaires afin de noter les rapports spontanés, sans implication de hiérarchie; 4) lors des interventions aux domiciles des clients.

Les entrevues ont été effectuées à deux périodes de la recherche. Une première dizaine d'entrevues a été réalisée à l'automne 1997 auprès des chefs d'équipe, des auxiliaires-évaluateurs et des auxiliaires. Leur ancienneté était variable, certains étaient déjà là depuis plus de 15 ans alors que les autres étaient arrivés depuis moins de 5 ans. Les entrevues portaient sur trois thèmes généraux qui ont été repris pour l'analyse des résul-

tats : le parcours professionnel, le travail en soi, les relations développées dans le cadre du travail. La seconde série d'entrevues s'est déroulée au printemps 98. À cette étape de la recherche, un rapport préliminaire a été soumis à l'ensemble des auxiliaires et chefs de programme. L'objectif de ces entretiens était alors de solliciter des commentaires à partir du contenu de ce rapport. Le deuxième groupe d'étude composé d'une quinzaine de personnes représentait des auxiliaires, des chefs d'équipe, des évaluateurs et des chefs de programme.

### **Le travail des auxiliaires et ses territoires d'exercice**

Officiellement le travail des auxiliaires est défini par des tâches concrètes destinées à pallier les difficultés des patients dans l'exécution des activités de la vie quotidienne et domestique<sup>6</sup>. La gamme des tâches est variée allant des soins de base pour répondre aux besoins fondamentaux des individus (s'alimenter, se laver, se vêtir, etc.) pour s'étendre à son environnement (ménage, cuisine, etc.). La nomenclature de ces tâches<sup>7</sup>, si elle peut paraître claire est pourtant abstraite des situations concrètes dans lesquelles elles s'exécutent. L'auxiliaire familial<sup>8</sup> a la charge d'un "matériau humain" qui réagit et interagit avec lui. C'est en effet le propre du travail du soin que de s'exercer sur des individus propres à intervenir au fur et à mesure du processus et à en influencer le déroulement<sup>9</sup>. La négociation est indispensable à l'instauration de la relation particulière entre les acteurs qui est elle-même le préalable sine qua non de l'administration optimum du soin ou du service (Corbin et Strauss, 1988; Davies, 1995). Autrement dit le travail matériel des auxiliaires familiaux se réalise au travers et même au moyen d'un travail relationnel qui pour être invisible, n'en est pas moins capital (Armstrong, 1994; Neysmith, 1996). En l'absence de formation théorique à la relation d'aide, ces négociations relationnelles prennent appui sur un savoir pratique acquis lors des expé-

riences personnelles et professionnelles en situation de travail mais aussi très largement en dehors.

Le travail de l'auxiliaire familial comporte deux dimensions très différentes l'une de l'autre. D'une part, il doit aider concrètement le client et les tâches changent en fonction des besoins du client. D'autre part, le CLSC lui demande également de tenir à jour un dossier où sont rapportées toutes ses observations. Il y a donc un aspect très concret du travail, qui demande beaucoup d'habiletés manuelle et psychologique (bien nettoyer, faire attention aux clients) et un autre aspect plus bureaucratique qui fait appel à 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).

Cette deuxième dimension est tout aussi utile que la première, mais sa justification apparaît moins évidente aux yeux de ces gens de terrain qui conçoivent avant tout leur mission par le temps qu'ils passent auprès de leurs clients : « Ce que j'aime c'est d'être avec les gens âgés, parce que quand on est avec eux - aussi il y en a beaucoup qui sont dans le besoin on sent vraiment qu'on est utile. Souvent on a beaucoup de meetings. Des fois je pense qu'une partie de ce temps là pourrait être alloué à ces gens là. [...] Des fois je pense qu'il y en a qui sont pas tellement importants. J'aimerais mieux être auprès de la population ». Pour l'auxiliaire, le territoire de son travail se divise alors en deux espaces très distincts où il perçoit une reconnaissance de sa valeur de façon opposée et où il s'investira différemment. Autant sur le territoire du CLSC il affronte les désavantages de sa position sur l'axe de la hiérarchie. Autant sur le territoire du client, il découvre un espace d'autonomie et de reconnaissance. Ce découpage du territoire du travail se traduit par un désinvestissement maximal de l'un, qui perd toute justification et l'investissement maximal dans l'autre avec le risque d'une certaine confusion des rôles entre soignants

et soignés soit, entre l'auxiliaire et son client.

*La relation au client : l'espace de valorisation*

Sur le territoire du client, l'auxiliaire dispose d'un espace où il devient le professionnel voire le CLSC et cette fois-ci c'est lui qui détient le savoir et les compétences. Le poids de la hiérarchie disparaît. Il fonde alors l'intérêt de son travail sur l'écart qu'il met avec l'institution au point que plusieurs auxiliaires pensent que le CLSC n'a que vocation à être un dispatcher et qu'il y a tout à gagner à maximiser leur autonomie. Il réaménage son temps et son travail selon ses propres conceptions et fait l'expérience auprès du patient et de son entourage d'un espace de reconnaissance qu'il a tout intérêt à investir. Il tisse patiemment les fils de la relation qui l'unissent à chacun de ses clients et redoute l'incursion des tiers (intervenants professionnels, auxiliaires privés) qui peuvent très vite la faire basculer à son désavantage (évaluation de ses compétences; mise en compétition, etc.).

Les commentaires négatifs des clients sont redoutés par les auxiliaires. Ils sont générateurs de stress. Le territoire du client étant l'espace de leur reconnaissance et de valorisation, dès les prémisses de la prise en charge, les auxiliaires accordent une importance toute particulière à l'instauration d'une relation positive : « Souvent une relation, si on part sur la mauvaise piste au départ, c'est bien difficile de revenir. Évidemment il y a possibilité de donner un service puis tout ça, mais c'est bien difficile de s'enligner. C'est vraiment l'importance des premiers contacts ». Diverses stratégies sont mobilisées dès le début pour créer le climat de confiance et personnaliser la relation. Les échanges se font sur la base d'affinités liées à l'âge, les hobbies, le partage d'une même langue maternelle et d'une même origine ou encore d'une expérience migratoire parce que le lien, à défaut de

pouvoir se construire sur une relation médiatisée par le savoir théorique, cherche d'autres vecteurs. « Au départ c'est... comment je pourrais vous dire... On en jase avec les clients, on dit qu'on vient de tel ou tel endroit: "Oh! de quel coin tu viens ?" et, puis là on entreprend des conversations là-dessus ».

L'entrecroisement entre la vie professionnelle et la vie privée de l'auxiliaire est important (ne serait ce que par l'échange de confidences) et ce fait s'accroît encore dans les situations de crise. « Je me souviens cette femme là n'acceptait pas la mort de sa mère, n'acceptait pas sa maladie. Je me souviens qu'on philosophait ensemble, on parlait. Je parlais de moi, de mes sentiments, je venais de perdre mon père puis tout ça ». Un client est hospitalisé et l'auxiliaire va le visiter. Un autre décède et l'auxiliaire est invité à ses funérailles. Plusieurs interviewés déclarent conserver des liens avec les familles d'ex-clients. Le sur-investissement dans cette relation génère de fait une contrepartie. Il semble qu'assez souvent<sup>10</sup>, la satisfaction que les auxiliaires retirent de la relation avec leurs clients les conduisent à dépasser le cadre de travail qui leur est fixé. La plupart rendent des services qui ne sont pas prévus et pas forcément souhaités par l'équipe multidisciplinaire. « Ce n'est pas dans mes tâches, mais elle aime ça quand je lui prépare le café et un petit quelque chose avant de partir ». Ces "écarts" représentent à leurs yeux autant d'opportunités de créer ou de maintenir le rapport nécessaire entre eux et le client pour une bonne administration du service. Mais ces pratiques non formalisées sont aussi génératrices de conflits entre les auxiliaires et leurs partenaires professionnels. Pour les responsables, l'initiative est a priori laissée au bon jugement de l'auxiliaire. Celui-ci devrait être en mesure d'évaluer la pertinence de tel ou tel acte au regard des besoins et du potentiel d'autonomie du client.

Cependant, dans la mesure où ces pratiques sont contenues dans l'informel, la marge de manœuvre est étroite. Ces

tâches et leur pertinence ne faisant pas l'objet d'une règle explicite, elles renvoient les individus à l'arbitraire de leur propre jugement teinté des dimensions affectives qui imprègnent la relation. L'auxiliaire qui sort les poubelles ou qui prépare le déjeuner d'un client, peut tout à fait estimer que son service "extra" est fondé : « ça facilite la relation », « le service est relié aux soins », « ça ne prend pas plus de temps », « ça ne porte pas à conséquence », « ça leur fait plaisir ». Il est certain que l'auxiliaire revendique et trouve satisfaction dans cette zone d'initiative, que sa hiérarchie est toute prête à lui accorder en autant que cela reste dans les marges de l'acceptable.

Dans nombre des cas ce système fonctionne bien. On pourrait même considérer que si les auxiliaires observaient les règles avec zèle les services perdraient de leur efficacité<sup>11</sup> : « Elle a 97 ans. Elle a une maison de deux étages. Elle dort en haut, Elle descend, mince, mince, maigre, très maigre. Elle tombe, se lève. Elle est pas bien dans sa tête non plus. Il y a tout ça, alors moi je vais de temps en temps, c'est même pas la journée où je dois y aller mais si je suis proche je passe pour voir si elle a besoin de quelque chose ou si elle va bien ». Cependant, ce système comporte des failles inductives de tensions dans les interactions. Différents problèmes sont évoqués lors des entrevues : les clients risquent de ne plus distinguer les services qui leur sont dus de ceux qui leur sont offerts gracieusement. Ils peuvent se croire alors en droit d'attendre, voire d'exiger, que tous les auxiliaires leur apportent la même prévenance. En conséquence, lorsqu'un auxiliaire remplaçant (pour cause de maladie ou de vacances) intervient dans une relation structurée sur cette base, il peut lui être difficile de gérer ou de contrôler cette situation. On risque aussi un effet "boule-de-neige" dans les services dispensés. Les clients peuvent devenir de plus en plus exigeants. La dimension affective qui colore la relation auxiliaire-client rend difficile la distance objective à la relation de

soin. En même temps, l'absence de formation théorique ne facilite pas une approche globale du patient et de sa situation. Les actions, prises de manière intuitive, peuvent l'être davantage sous l'emprise des bénéfiques secondaires (autant du client que de l'auxiliaire) que déterminées par des objectifs thérapeutiques.

Finalement, on constate qu'à l'extrême, cette zone de flou, si elle permet de l'initiative aux auxiliaires, risque également de les mettre en porte-à-faux et en butte à des conséquences préjudiciables sur les plans personnel, professionnel et/ou institutionnel. Les risques de perte de contrôle de la relation, pour les auxiliaires sont d'autant plus grands que ces derniers ont de la réticence à faire appel à leurs supérieurs ou même à venir parler de leurs difficultés au CLSC, lieu désinvesti.

#### *Les relations avec les partenaires : un espace de tension*

Depuis l'ouverture du CLSC le nombre d'auxiliaires a quadruplé. L'augmentation relativement rapide des employés, la complexité de l'organisation et la mise en place de nouveaux services en ont fait une institution bureaucratique. L'organisation du travail répond à des règles impersonnelles et des rationalités contraignantes. Les tensions interindividuelles ou interprofessionnelles sont plus vives et les risques de conflits plus nombreux. C'est sans doute dans les relations aux partenaires professionnels que les relations se sont le plus modifiées. Sur le territoire du CLSC, l'auxiliaire fait l'expérience d'une faible reconnaissance, d'abord par l'institution qui ne lui attribue qu'un espace physique limité et lui signifie par là même qu'il ne lui est accordé aucun pouvoir; ensuite par les autres professionnels qui, lors des échanges, prennent souvent le pas sur eux leur rappelant qu'ils n'ont pas l'autorité du savoir pour proposer des initiatives et les voir retenues. Nos observations confirment

que les auxiliaires sont peu écoutés lors des réunions, leurs remarques "tombent dans le vide", ne sont pas reprises, soit encore leurs propos sont chevauchés par l'opinion d'un intervenant professionnel<sup>12</sup> plus "qualifié".

Cette sensation de ne pas être écouté, de ne pouvoir prétendre à des compétences propres les conduit à des attitudes de retrait vis-à-vis de leurs partenaires professionnels : ils ne s'autorisent que rarement à parler lors des échanges formels où ils prennent place à la périphérie, prêts à s'éclipser; ils limitent le temps au CLSC au plus strict; ils ont une perception négative des actions mises en place à leur encontre. Loin d'être un professionnel reconnu, dans cet espace à la fois physique et relationnel, l'auxiliaire se sent diminué : « Tu amènes des choses, mais tu as le sentiment d'être face à un mur où il n'y a pas de communication, pas d'échanges. Tu ne te sens pas reconnu par exemple. T'as pas le sentiment d'être reconnu, apprécié ». Le sentiment d'être utile qu'il vit auprès du client n'est plus ici que la part congrue de l'ensemble du travail partagé par une équipe où il occupe la position la plus basse et où son rôle est cantonné à l'exécution de décisions prises en dehors de lui. Cette perception négative joue comme l'envers de la médaille de ce qu'il vit sur le territoire du client qui le conduit à un désinvestissement de ce territoire d'exercice à la fois dans les lieux et dans les tâches qui sont censées s'y accomplir.

Les entretiens mettent cependant en évidence des sensibilités très différentes, selon les trajectoires professionnelles. Parmi les auxiliaires rencontrés, ceux qui occupent (ou ont occupé) des postes de responsabilité (chefs d'équipe ou auxiliaires évaluateurs) signalent pratiquement tous une très nette amélioration de leurs relations socioprofessionnelles. Il apparaît que l'occupation de ce type de poste, qui augmente le temps passé au CLSC, fournit l'opportunité d'améliorer les contacts. De même, l'aspect promotionnel qui entoure ces postes augmente l'estime de soi

nécessaire à l'engagement de relations plus égalitaires. Parmi ceux-ci, la position d'auxiliaire évaluateur se distingue par la haute qualité des échanges qu'ils disent avoir avec les intervenants professionnels. La collaboration étroite qu'ils partagent avec les ergothérapeutes leur permet de se projeter dans un rôle actif et de se voir reconnaître des compétences spécifiques qui les rapprochent du statut de professionnel auquel ils aspirent. Selon une logique similaire, les chefs d'équipe, chargés d'organiser les horaires et aider à l'évaluation des auxiliaires, se rapprochent des profils des gestionnaires. Ce n'est pas tant l'aspect financier qui peut accompagner une "promotion" (les auxiliaires évaluateurs ne perçoivent aucune prime) qui constitue le principal bénéfice, mais plutôt la reconnaissance symbolique qui lui est attachée.

L'analyse des trois types de trajectoires de carrière (auxiliaire, auxiliaire évaluateur, chef d'équipe) indique que l'expérience des postes de responsabilité se répercute sur l'ensemble des pratiques professionnelles (relations collégiales, relations avec les partenaires et avec la hiérarchie, interprétation de l'organisation du travail, interprétation des objectifs du CLSC, acceptation des règles et contraintes), même lorsque l'auxiliaire n'occupe plus le poste.

### **Territoires du travail et enjeu identitaire**

Ce découpage binaire du territoire du travail met très nettement en scène l'enjeu identitaire qui sous-tend les pratiques et les relations des auxiliaires en situation de travail. La possibilité d'exploiter une identité professionnelle plus ou moins positive entraîne des implications et des investissements différenciés voire opposés entre les deux territoires. Lors des entretiens les auxiliaires familiaux insistent avec force sur le fait que le statut de professionnel ne leur est pas reconnu dans les CLSC. Leur analyse ne s'arrête pas à des considérations organisationnelles et structurelles des profes-

sions et des métiers mais les renvoie à une absence de reconnaissance de compétences qui leur semble injuste et infondée vis-à-vis du travail qu'ils effectuent ainsi qu'à une absence statutaire qui les garantit mal du risque d'être assimilés à la domesticité, identité avec laquelle ils ont toujours maille à partir.

*L'enjeu identitaire : l'identité recherchée versus l'identité rejetée*

L'identité au travail des auxiliaires semble en effet osciller entre deux extrêmes : d'un côté se trouve celle de "professionnel" qui leur conférerait des compétences techniques leur permettant de s'assimiler à des soignants, c'est l'identité valorisée et donc recherchée. De l'autre se trouve celle qui les assimile au rang de la domesticité par la nature des tâches d'entretien ménager ne nécessitant aucune formation ni compétences spécifiques.

Cette définition bi-polaire de l'identité des auxiliaires familiaux se fonde d'un côté sur l'histoire et l'évolution du métier (les auxiliaires parlent du temps des "pré-CLSC" où leur travail les attachait aux fonctions domestiques) et sur celle d'une réalité de leurs tâches actuelles (la description de la convention collective « l'auxiliaire participe à l'entretien quotidien de la maison ainsi qu'à la préparation et au service des repas. Elle accomplit au besoin des tâches familiales et des travaux domestiques légers et peut occasionnellement contribuer au maintien du bien être des bénéficiaires »<sup>13</sup> renvoie davantage à la notion d'entretien des lieux qu'à celui de la personne). Alors que de l'autre côté, les besoins consécutifs au virage ambulatoire ont conduit à leur confier plus de responsabilités et plus de tâches. Les exigences en termes de compétences et de formation se sont très fortement élevées. Ainsi, il est aujourd'hui de règle de requérir la formation de 960 heures<sup>14</sup> et le candidat augmentera ses chances d'être sélectionné s'il peut se prévaloir d'une expérience et de compé-

tences linguistiques (le trilinguisme est apprécié) permettant de répondre à la variété de la clientèle.

Entre les extrêmes, la tension est à la fois permanente et vive. Elle contient l'enjeu identitaire qui préfigure à la variation des modèles de relations que les auxiliaires entretiennent dans le cadre de leur travail. Non seulement sur le territoire du CLSC, dans les échanges avec leurs partenaires professionnels, les auxiliaires décrivent le sentiment de ne pas être reconnu dans des compétences spécifiques et d'être assignés dans une identité dévalorisante (et ipso facto dévalorisée à leurs yeux) de simples exécutants. Mais sur le territoire de la clientèle le risque est grand aussi. On l'a vu, l'auxiliaire dépense beaucoup d'énergie et déploie diverses stratégies pour construire une bonne relation avec ses clients dans la mesure où justement, il perçoit très clairement la fragilité de l'équilibre sur lequel repose l'identité qu'il recherche. Il est particulièrement intéressant de suivre la logique selon laquelle se joue l'identité entre l'auxiliaire et ses clients d'autant que sur le territoire de ces derniers, à chaque nouvelle rencontre, se repose le défi.

*Ethnicité : facteur de médiation ou de tension dans la relation*

Le cadre d'analyse des stratégies identitaires (Camilleri et al, 1997) permet d'appréhender l'espace de tension autour de l'identité des auxiliaires familiaux et de saisir dans quelle mesure l'ethnicité est susceptible d'interférer dans le cours de l'enjeu. Les auteurs s'entendent pour définir l'identité comme « une structure polymorphe dynamique, dont les éléments constitutifs sont les aspects psychologiques et sociaux en rapport à la situation relationnelle à un moment donné « d'un agent social » agissant comme acteur (Kastersztejn, 1997:28). Les stratégies identitaires sont à appréhender comme la capacité d'agir sur la définition



de soi et d'élaborer individuellement et collectivement cette définition, au jour le jour, en fonction des situations, des enjeux qu'elles suscitent et des ressources disponibles (Taboada-Leonetti, 1997). Les observations effectuées au domicile des clients soulignent à quel point la reconnaissance du client est importante pour l'auxiliaire. Une "bonne relation" avec le client sous-entend certes, que l'auxiliaire va mettre toute son "humanité" au service de celui-ci et que pour ce faire, il pourra même dépasser les services prévus mais elle entend aussi que le client réponde positivement aux attentes de l'auxiliaire. « C'est facile d'être gentil avec vous » répond un auxiliaire au client qui vient de le louer pour son amabilité, sa disponibilité, ses compétences professionnelles et qui en outre en précisant son état de dépendance vis-à-vis de celui-ci « J'ai plus besoin de vous que vous avez besoin de moi » accomplit une sorte d'allégeance.

Au cours des interactions, toute allusion à un autre rapport qui renverrait à la domesticité est immédiatement corrigé : « On leur explique notre travail; ce que c'est un auxiliaire; et que ce n'est pas parce qu'on leur fait la cuisine ou qu'on leur lave le linge que nous sommes des bonnes ». La relation auxiliaire/client s'inscrit dans un rapport social qui peut aisément dépasser le cadre de l'intervention<sup>15</sup> et s'étirer sur un continuum de subordination où, aux extrêmes, les rôles s'inversent entre une relation intervenant/malade et celle de domestique/employeur. La première est bien évidemment en faveur de l'auxiliaire, elle lui confère l'identité qu'il recherche, celle qui le reconnaît et le valorise dans des compétences qui le rapprochent des soignants et donc des professionnels. La seconde est redoutée par les auxiliaires et les clients qui forcent le trait de ce côté acquièrent systématiquement mauvaise réputation.

Les actions - réponses des auxiliaires sont conjoncturelles, mais elles doivent aussi s'entendre comme autant d'actions

finalisées dont l'anticipation des effets détermine la structure. Les travaux sur l'identité mettent en avant l'importance de la reconnaissance et de la valorisation comme finalités identitaires. Cet aspect a également été souligné dans les études sur l'identité au travail (Sainsaulieu, 1985). La recherche d'un espace de reconnaissance dans une identité positive aux yeux des autres et donc à ceux de l'auxiliaire qui lui assure de se réaliser au sens défini par Maslow (1954) est la nature de l'enjeu à l'œuvre dans les relations que les auxiliaires familiaux entretiennent tant avec leurs partenaires professionnels qu'avec leurs clients.

Assez souvent l'organisation du travail incite à des appariements ethniques auxiliaire/client pour des raisons linguistiques sans qu'il soit a priori présumé des conséquences. Le plus souvent il est avantageux pour un auxiliaire de travailler chez un client parlant la même langue. Le contact peut-être plus aisé à s'établir; l'instauration d'un climat de confiance s'en trouver facilitée. Outre la langue commune, le développement de l'affinité peut s'appuyer sur l'expérience partagée de la migration ou du statut d'étranger au Québec. « Dans ce sens-là, il y a une facilité d'établir des liens. Il y a un bagage qui est commun et qui fait qu'on peut aller plus loin dans la relation. Je me rendrai pas compte d'être plus longtemps chez le client, parce que on a plus de choses à se dire. Vous voyez, ce sont ces détails là. Je vais être plus longtemps, je ne verrai pas le temps passer. Ça va me paraître moins lourd. Je vais être moins épuisé à la fin ». Mais selon les auxiliaires, cette proximité ethnique, conduit aussi à des effets inverses. Le travail peut devenir plus difficile, parce que le client aura des attentes plus élevées. Il peut être plus difficile de s'en tenir aux services prévus. La tension peut alors devenir assez vive et la relation conflictuelle : « Quand tu as la même nationalité ou que tu parles la même langue, ils pensent qu'ils vont pouvoir te demander plus. C'est plus difficile à négocier car les attentes sont grandes et ils se fâchent ».

La mise en saillance de l'ethnicité comme d'ailleurs celle d'autres facteurs comme le genre, l'âge ou le statut social, peut se lire comme un des éléments de catégorisation complémentaires qui définissent les rapports sociaux et se trouvent ici être concomitants. Elle peut venir confirmer et renforcer le rapport de domination qui s'inscrit entre celui qui se perçoit comme le client et l'autre qu'il définit comme son ou sa domestique. « Par exemple un monsieur hongrois, lui il pensait que j'étais son esclave. Ok, il y avait sa maladie mais c'était pas sa maladie qui le mettait comme ça ! C'est la culture qu'il avait ». Les origines ethniques ne sont certes pas déterminantes des relations que les auxiliaires entretiennent avec leur clientèle et leurs partenaires professionnels. Cependant, l'équilibre précaire de l'identité au travail permet de jouer sur le rapport social qui se définit dans les interactions entre l'auxiliaire et l'Autre et l'ethnicité entre dans l'enjeu parce qu'elle peut cristalliser et matérialiser la tension voire renforcer la subordination des uns aux autres.

### Conclusion

Au total, si le travail des auxiliaires se divise clairement en deux territoires distincts, celui du client apparaît comme celui où la négociation, pour gagner un espace de valorisation, est possible à condition d'y effectuer le "travail" en vue de cet objectif. Cette fragilité sur le plan identitaire est sans doute un poids plus important qu'il n'y paraît dans la charge psychologique de ces individus au travail. De même que lui sont certainement imputables, du moins pour une bonne partie, les dysfonctionnements dans le cours des pratiques et dans les relations.

La poursuite du développement des programmes de maintien à domicile va toutefois contribuer à affronter les questions qui se posent à ce groupe ainsi qu'à ceux qui ont à voir avec eux. Déjà nous l'avons dit, les exigences en matières de formation se modifient. Et si, comme il est

mentionné plus haut, l'expérience des différentes positions au sein du groupe génère des changements dans les perceptions du moi au travail et par voie de conséquence, influence les pratiques et les relations, il nous semble qu'un niveau de formation plus élevé permettra des investissements identitaires de meilleure qualité<sup>16</sup>. Le groupe des "auxiliaires familiaux et sociaux" actuellement en exercice présente une certaine hétérogénéité sur le plan de la formation théorique et celui des positions vis-à-vis des institutions CLSC. Nous faisons l'hypothèse que ces variables sont à même d'influencer les pratiques de travail, de pondérer le poids des autres variables comme le genre et l'ethnicité et par là même de permettre d'améliorer la dynamique d'intégration des auxiliaires familiaux et sociaux dans les équipes multidisciplinaires et, au-delà, dans le système de santé défini par la politique de santé et du bien-être. C'est en tout cas, ce que nous nous proposons de vérifier par l'étude en cours.

### Notes

- 1 Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives.
- 2 Pour le CLSC concerné, les interventions à domicile ont représenté 57% du total des interventions de 1997.
- 3 Auxiliaires familiaux et sociaux est le titre d'emploi officiel cependant pour un confort de lecture nous remplacerons cet intitulé par "auxiliaires familiaux" ou encore simplement "auxiliaires".
- 4 Il est intéressant de mettre en perspective la description du poste et de ses tâches dans la convention collective CSN-Régies Régionales-CLSC et de celle de la nomenclature et description des tâches, des rôles et compétences requises dans les fiches de recrutement élaborées dans certains CLSC. L'écart en matière de prestations, de rôles, de responsabilités et a fortiori de compétences est saisi sans. Autant la description du

- titre d'em ploi renvoie à un travail domestique sans compétences particulières, l'auxiliaire n'ayant « qu'occasionnellement à contribuer au maintien du bien-être des bénéficiaires », autant les fiches de recrutement font mention des rôles d'éducation, de suppléance, d'écoute et de support, d'observation et de participation au plan d'intervention, d'agent de liaison et de socialisation et autres fonctions de l'auxiliaire pour lesquelles on exige là des aptitudes et compétences ciblées, une formation académique et si possible une expérience.
- 5 Cette première étude a conduit à un nouveau projet de recherche actuellement en cours.
  - 6 Gouvernement du Québec, 1994. Les services à domicile de première ligne, cadre de référence, Ministère de la santé et des services sociaux.
  - 7 Cf. Description des tâches de l'auxiliaire familial et social disponible en CLSC.
  - 8 Il est entendu que, conformément à la grammaire française, le terme générique "auxiliaire familial" entend aussi bien le genre masculin que féminin sans qu'il soit susceptible d'y voir aucune discrimination.
  - 9 Anselm Strauss et Juliet Corbin ont très largement développé l'importance de cet aspect de négociation et d'articulation entre les professionnels du soin et les patients au décours des pathologies.
  - 10 Nous nous gardons de toute généralisation en regard du caractère exploratoire de notre enquête.
  - 11 À ce sujet l'étude du système asilaire faite par Goffman (1968) est assez illustrative. De même que dans nombre de mouvements sociaux les ouvriers ont utilisés les excès de zèle pour attester des effets de freinage qu'ils occasionnent dans la production.
  - 12 La catégorie "Intervenant professionnel" regroupe les infirmier(e)s, ergothérapeutes, diététistes, etc.
  - 13 Section Titres d'emploi, libellés et échelles de salaires - page 1.47.30-Convention collective FAS-CLSC du 25/12/1995.
  - 14 Cette formation dispensée par deux écoles à Montréal comprend un enseignement théorique de 700 heures et des stages pratiques d'intégration.
  - 15 D'ailleurs à ce sujet, il est d'intéressant de s'arrêter sur la signification des mots tels que clients, patients, malades, soignés, bénéficiaires et leurs corollaires intervenants, soignants, prestataires. Chacun détermine une portée spécifique qui catégorise les rapports sociaux dans le système de santé sur un axe plus ou moins égalitaire.
  - 16 Les effets positifs de la formation sur les relations dans d'autres secteurs d'activité ont été soulignés par Sainsaulieu (1985 :92-99).

### Bibliographie

- Aïach, P. et Fassin, D. (1994). Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, (ss la dir), Anthropos, Paris.
- Armstrong, P. (1994). « Caring and Women's Work », *Health and Canadian Society*, 2, 1, pp.109-118.
- Aronson, J. et Neysmith, S. (Dec 1996). « The Work of Visiting Homemakers in Context of Cutting in Long Term Care », *Canadian Journal of Public Health*, 87, 6, pp. 422-425.
- Aronson, J. et Neysmith, S., (Fev 1996). « "You're not Just in There to Do the Work". Depersonalizing Policies and the Exploitation of Home Care Workers' Labor », *Gender and Society*, 10, 1, pp. 59-77.
- Bartoldus, E., Gillery, B. et Sturges, P. (1989). « Job-Related Stress and Coping Among Home-Care Workers with Elderly People », *Health and Social Work*, 14, 3, pp. 204-210.
- Benjamin, A. E. (1993). « An Historical Perspective on Home Care Policy », *The Milbank Quarterly*, 71, 1, pp. 129-166.

- Camilleri, C., Kastarsztein, J., Lipiansky, E., M., Malewska-Peyre, H., Taboada-Léonetti, I., Vasquez, A. (1997). *Stratégies identitaires*, PUF, Paris.
- Coenen-Huther, (1983). « Médicalisation et définition de la situation : le cas d'institutions de placement à long terme pour personnes âgées », *Revue suisse de sociologie*, 9, 2, pp.313-335.
- Cognet, M. (1999). *Migrations, groupes d'origines et trajectoires : vers une ethnicisation des rapports socioprofessionnels ?*, Presses Universitaires du Septentrion, Villeneuve d'Ascq.
- Corbin, J. et Strauss, A. (1988). *Unending work and care : managing chronic illness at home*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Davies, C. (1995). « Competence versus Care ? Gender and Caring Work Revisited », *Acta Sociologica*, 38, pp. 17-31.
- Delbos, G., (1993). « "Eux ils croient ... Nous on sait ..." », *Ethnologie française*, XXIII, 3, pp. 367-383.
- Eustis, N. et Fischer, L. (1991). « Relationships Between Home Care Clients and Their Workers : Implications for Quality of Care », *The Gerontologist*, 31,4, pp. 447-456.
- Feldman P. (1993). « Work Life Improvements for Home Care Workers », *The Gerontologist*, 33, 1, pp. 47-54.
- Foner N. (1994). « Nursing Home Aides : Saints or Monsters ? », *The Gerontologist*, 34, 2, pp. 245-250.
- Kastarsztein, J. (1997). « Les stratégies identitaires des acteurs sociaux : approche dynamique des finalités » in Camilleri, C. et al, *Stratégies identitaires*, PUF, Paris, pp. 27-41.
- Gilbert, N. (1991). « Home Care Worker Resignations : A Study of the Major Contributing Factors », *Home Health Care Services Quarterly*, 12, 1, pp. 69-83.
- Guberman, N., Maheu, P. et Maillé, C. (1993). *Et si l'amour ne suffisait pas... Femmes, familles et adultes dépendants*, Les Editions du remue-ménage. Montréal (Québec).
- Goffman, E. (1968). *Asiles; études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Editions de Minuit, Le sens commun, Paris.
- Kaye, L. (1986). « Worker Views of the Intensity of Affective Expression During the Delivery of Home Care Services for the Elderly », *Home Health Care Services Quarterly*, 7, 2, pp. 41-54.
- Maslow, A. (c. 1954). *Motivation and Personality*, Second Edition, New York, Harper and Row.
- McAll, C., Tremblay, L. et Le Goff, F. (1997). *Proximité et distance. Les défis de communication entre intervenants et clientèle multiethnique en CLSC*, Saint-Martin, Collection Pluriethnicité-Santé-Problèmes sociaux, Montréal.
- Meintel, D., Cognet, M., Achdjian-Lenoir, A. (1999), *Pratiques professionnelles et relations interethniques dans le travail des auxiliaires familiaux*, Série des Publications du CRF-CLSC Côte-des-Neiges, 4, Montréal.
- Nash, J. et Fernandez-Kelly, P. (1983). *Women, Men and the International Division of Labor*, Albany, SUNY Press.
- Neysmith, S. et Aronson, J. (1995). *Working Conditions in Home Care : Negotiating Race and Class Boundaries in Gendered Work*, Paper presented at the Meetings of the Canadian Association on Gerontology. Vancouver, Canada, Octobre.
- Neysmith, S. M. (1996). « Les soins à domicile et le travail des femmes: la force de l'habitude ». *Lien Social et Politiques - RIAC*, 36, pp. 72-80.
- Neysmith S. M. et Aronson J. (1996). « Home Care Workers Discuss Their Work : The Skills Required to "Use Your Common Sense" », *Journal of Aging Studies*, 10, 1, pp.1-14.
- Sainsaulieu, R. (1985). *L'identité au travail*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences politiques, Paris.
- Sassen, S. (1996). *La ville globale : New York, Londres, Tokyo*, Traduit de l'américain par Denis-Armand Canal. Paris, Descartes & Cie.
- Schmid, H. et Hasenfeld, Y. (1993). « Organizational Dilemmas in the

Provision of Home-Care-Services », *Social Services Review*, 67, 1, pp. 40-54.

Taboada-Léonetti, I. (1997). « Stratégies identitaires et minorités: le point de vue du sociologue » in Camilleri, C. et al, *Stratégies identitaires*, PUF, Paris, pp. 43-84.