Document généré le 18 juil. 2025 20:08

Sociologie et sociétés

Les préposés aux bénéficiaires au Québec : entre amour du métier et dégoût de la tâche

Comment l'analyse de l'activité permet de comprendre le paradoxe

Orderlies in Québec: torn between love of the trade and aversion of the tasks

How an analysis of this activity helps understand the paradox

François Aubry

Volume 48, numéro 1, printemps 2016

Le travail au prisme de l'activité
Work through the lens of activity

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1036888ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1036888ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (imprimé)
1492-1375 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Aubry, F. (2016). Les préposés aux bénéficiaires au Québec : entre amour du métier et dégoût de la tâche : comment l'analyse de l'activité permet de comprendre le paradoxe. *Sociologie et sociétés*, *48*(1), 169–189. https://doi.org/10.7202/1036888ar

Résumé de l'article

L'objectif de notre article est de montrer comment l'analyse de l'activité des préposés aux bénéficiaires travaillant en centre d'hébergement au Québec permet de comprendre le processus produisant le décalage entre leur amour du métier et leur dégoût de la tâche. L'apport théorique de la psychologie de la sociologie du travail est fécond pour comprendre l'écart entre leur idéal professionnel (le prendre soin) et le travail prescrit conditionné largement par la lourde charge de travail. Nous démontrons que les préposés tentent de développer et appliquer collectivement, en situation de travail, des stratégies pour réduire cet écart, signe de leur capacité d'autonomie et d'inventivité collective. La reconnaissance de l'existence de ces stratégies et autonomie par les organisations de santé permettrait de faire éclore un débat politique sur les compétences réelles développées par ces préposés, en évitant le seul discours naturalisant ou individualisant largement répandu.

Tous droits réservés © Les Presses de l'Université de Montréal, 2016

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Les préposés aux bénéficiaires au Québec : entre amour du métier et dégoût de la tâche

Comment l'analyse de l'activité permet de comprendre le paradoxe

FRANÇOIS AUBRY
Institut universitaire de gériatrie
de Montréal (IUGM)
Université du Québec en Outaouais
Courriel : francois.aubry@uqo.ca

INTRODUCTION

L'OBJECTIF PRINCIPAL DE CET ARTICLE est de démontrer en quoi l'analyse de l'activité des préposés aux bénéficiaires[1] travaillant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec permet de comprendre le paradoxe vécu par ce personnel entre leur amour du métier et leur dégoût de la tâche. Plus précisément, l'usage conjoint de théories psychologiques et sociologiques pour analyser l'activité de travail permet de mieux identifier les causes organisationnelles de cette contradiction, et de comprendre comment les préposés perçoivent cette situation conflictuelle et trouvent collectivement des stratégies pour tenter de la résoudre. Reconnaître publiquement la complexité de l'activité des préposés et l'existence de ces stratégies serait l'occasion pour les gestionnaires administratifs et cliniques de CHSLD de prescrire une tâche plus en phase avec les compétences réelles des préposés et éviter le discours individualisant et/ou naturalisant sur les compétences soi-disant « innées » dont devrait disposer ce personnel.

1. Nous simplifierons le terme « préposé aux bénéficiaires » à « préposé » tout au long du texte.

Les études francophones en sociologie du travail n'ont porté que récemment sur la complexité de l'activité des préposés. Plus généralement, comme le mentionne Bidet (2006), les sociologues du travail se sont longtemps désintéressés de l'étude des activités pratiques, réservant leurs analyses notamment aux effets de domination et d'aliénation. Terssac (2006) mentionne que l'histoire de la sociologie du travail se fonde sur la mise à jour des formes par lesquelles les travailleurs tentent de se soustraire à la soumission et la simple exécution des prescriptions : historiquement, les recherches en sociologie du travail ont davantage porté sur le dévoilement des formes d'autonomie et/ou de résistance déployées par des individus ou des groupes professionnels que sur l'analyse spécifique des activités de travail. Cet intérêt s'est développé récemment, par l'intermédiaire de sociologues compétents dans l'usage de l'observation directe, notamment participante[2], ou encore grâce à l'apport de théories et de méthodes issues d'autres disciplines, telles que la psychologie du travail, partageant des intérêts connexes à ceux de la sociologie du travail. C'est aussi dans les dernières années, grâce notamment aux travaux sociologiques d'Osty (2003), que le « travail de métier » a été reconsidéré : celui-ci n'est plus considéré comme l'exécution simple d'une prescription, mais comme une activité inventive et ingénieuse pour pallier les aléas des situations de travail. Dans le même ordre d'idées, Clot (2008) mentionne aussi que le métier se définit par ce qui dépasse la prescription et qui permet le développement du pouvoir d'agir. Dans les deux traditions disciplinaires, on met de l'avant la capacité des acteurs, individuels et/ou collectifs, de dépasser le stade de l'exécution.

La tendance historique a été identique pour les recherches menées sur le travail des préposés (ou leurs corollaires, soit les aides-soignantes, en France). Les rares recherches menées sur le sujet ont longtemps porté sur l'histoire du métier, les rapports de domination hiérarchique dans l'institution médicale, ou encore la position sociale défavorisée de ces travailleurs. Arborio (2001), dans son ouvrage précurseur, a ouvert une brèche en démontrant comment les aides-soignantes en France font preuve de savoirs profanes, c'est-à-dire non reconnus par l'organisation, lorsqu'elles travaillent auprès des patients ou résidents : ces compétences ont trait par exemple au « savoir-lire » les besoins des résidents, ou encore « savoir anticiper » la charge de travail, c'est-à-dire des compétences d'adaptation relatives au prendre soin ou au care. Aux États-Unis, les travaux d'Anderson *et al.* (2005) ont prouvé également l'importance des savoirs intimes et personnels des préposés dans la gestion des problèmes cognitifs ou médicaux des résidents.

Puis, dans les dernières années, de nombreuses études réalisées en contextes hospitaliers et gériatriques et prônant une méthodologie basée sur l'observation directe ont permis d'affiner les analyses portant sur ce métier, en découvrant précisément

2. Les recherches classiques de Roy (2006) menées dans des usines par le biais d'observation participante, portant sur l'inventivité et la résistance des travailleurs relativement à la charge de travail, sont pionnières dans ce domaine. Dodier (1995) a aussi réalisé une étude sociologique d'activité ouvrière, démontrant comment des instructions organisationnelles sont interprétées, et comment les incertitudes organisationnelles ouvrent des espaces importants d'invention dans ce cadre.

toute la complexité de l'activité. En sociologie, par exemple, Dubois (2014), à travers des expériences d'observation directe et participante menées en Belgique, donne une interprétation novatrice des sentiments vécus par ce personnel relativement au sale travail, au dégoût ou à la mort. Elle précise l'usage de stratégies que les préposés tentent de déployer pour travailler malgré les fortes émotions issues de la relation de proximité avec le résident. En France, Lechevalier Hurard (2013), utilisant une méthodologie d'observation ethnographique, démontre que l'usage de la contrainte relativement aux comportements perturbants est une part non négligeable du travail des aides-soignantes, identifiant par là même la capacité, certes fragile, mais indispensable, du groupe de travail à élaborer des normes d'usage de la contrainte. En psychologie du travail, Litim et Kostulski (2006), dans le cadre d'une intervention en psychologie du travail menée en France par l'usage d'observations et d'autoconfrontations croisées, font part de leurs inquiétudes relativement à l'individualisation du travail des aides-soignantes. Le processus d'émiettement du collectif de travail empêcherait la construction d'un genre[3] professionnel (Clot et Faïta, 2000), c'est-à-dire la réorganisation collective du travail, et pas seulement individuelle.

Ainsi, de plus en plus de données sociologiques et psychologiques s'additionnent pour démontrer empiriquement la complexité de l'activité de travail des préposés, mais aussi parfois la relative et fragile capacité d'autonomie de ces acteurs. Nous nous sommes justement intéressé depuis quelques années à la manière dont ces travailleurs tentent de concilier un amour manifeste pour leur travail défini principalement par l'idéal du prendre-soin (Aubry, 2012a) et un dégoût prononcé pour la tâche qu'ils ont à réaliser, principalement à cause de leur lourde charge de travail. Précisément, comme le montre Licoppe (2008), l'observation des enjeux de temporalités est une voie royale de l'analyse de l'activité. Nous montrons dans cet article comment le collectif de travail de préposés traduit la prescription initiale issue de l'organisation pour parvenir temporellement à atteindre les objectifs quantitatifs prescrits par l'organisation tout en s'accordant sur une norme acceptable concernant la qualité du travail relationnel. Pour cela, nous nous appuyons sur un cadre théorique composé de concepts utilisés autant en sociologie du travail (tels que celui d'« idéal au travail », par Dujarier, 2006) qu'en clinique de l'activité (principalement celui de genre, par Clot, 2010). Nos analyses de l'activité des préposés nous ont permis de révéler la force heuristique de la combinaison des concepts théoriques de ces deux disciplines.

Dans une première partie, après avoir présenté le métier de préposés au Québec, nous démontrerons en quoi ces travailleurs partagent un idéal professionnel, le prendre-soin, mais que selon eux, le travail prescrit par l'organisation ne leur permet pas d'atteindre adéquatement cet idéal, du fait de la lourde charge de travail. Dans une deuxième partie, nous illustrerons en quoi l'analyse de l'activité des préposés permet de mieux comprendre sa complexité, soit, d'une part, les enjeux de temporalités dans

3. Nous utiliserons deux définitions du terme « genre » dans cet article. La première a trait au concept développé par Clot. La seconde, à la division sexuée du travail relationnel. Pour cette seconde définition, nous mentionnerons « genre féminin » à chaque occurrence pour clarifier le propos.

leur pratique, l'existence de conflits de buts et de stratégies de régulation des temporalités (rendu possible par l'analyse clinique théorisée par Clot) et, d'autre part, le rôle du collectif de pairs dans la constitution de compromis temporels et la production d'autonomie collective relativement aux conflits de valeur (processus envisagé grâce aux apports de la théorie sociologique de l'idéal au travail de Dujarier). Enfin, dans une troisième partie, nous verrons que l'analyse de l'activité peut avoir une portée politique, déjà présente dans l'analyse de l'activité ou la théorie de la régulation : dans le débat en cours au Québec portant sur la qualification nécessaire pour devenir préposé, nous démontrons qu'il serait pertinent de prendre en considération ces stratégies informelles et ces prises d'autonomie rendues visibles grâce à l'analyse multidisciplinaire de l'activité pour mettre davantage en valeur les compétences réelles. Ceci permettrait de mettre définitivement à l'écart la conception naturalisante ou individualisée des compétences dans les métiers de la relation d'aide, encore très présente dans le sens commun (Cognet, 2002 ; Dussuet, 2005).

Méthodologie

Notre article se présente comme une analyse secondaire des résultats finaux (Étude 1) et partiels (Étude 2) de deux études[4] portant sur les problématiques en santé et sécurité du travail vécues par les préposés en centre d'hébergement au Québec. Dans le cadre de ces deux études, nous avons réalisé une analyse de l'activité grâce aux théories sociologiques et psychologiques sur ce thème pour comprendre les problématiques vécues par ce personnel. Cet article ne traitera pas directement des problématiques de santé et sécurité du travail, que nous avons présentées ailleurs (Aubry, 2014). Notre rôle n'était pas d'intervenir dans une situation problématique ni de diagnostiquer une situation spécifique. Notre analyse de l'activité n'était pas une clinique de l'activité au sens de Clot (2008), qui vise une transformation des situations. Nous souhaitions plutôt identifier sociologiquement les contradictions vécues par ce personnel en termes de conflits de buts et de conflits de valeurs, grâce à l'appui d'outils théoriques issus de la clinique de l'activité et de la sociologie du travail, en s'interrogeant sur l'intérêt de l'analyse multidisciplinaire de l'activité des préposés et des retombées politiques de cette analyse.

La première étude a eu lieu en 2012-2013, et portait sur la détermination des stratégies protectrices développées et utilisées par les préposés nouvellement recrutés travaillant en centres d'hébergement, et la transmission de ces stratégies entre préposés expérimentés et nouvellement recrutés. Il s'agissait d'une étude qualitative, composée de phases d'observation des nouvelles recrues et d'entrevues auprès de nouvelles recrues et préposés expérimentées. La seconde étude est en cours actuellement. Elle porte sur l'appropriation d'une formation spécifique par les préposés nouvellement recrutés pour la prévention des blessures, soit les principes de déplacement sécuritaire du bénéficiaire (PDSB), formation développée par l'Association paritaire pour la santé

4. Financées par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST).

et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). Elle se compose également de phases d'observation et d'entrevues. Toutes les observations se sont déroulées dans des unités gériatriques, hors d'unités spécifiques (prothétiques ou soins palliatifs). Dans le cadre de ces deux études, les nouvelles recrues sont des préposés intégrés dans l'organisation depuis moins de six mois, tandis que les préposés expérimentés ont été choisis dans l'étude selon deux facteurs, soit le fait de compter plus de 10 ans d'expérience et leur responsabilité en termes d'intégration des nouvelles recrues.

Le tableau suivant résume le processus de recherche pour les deux études. Mentionnons que l'étude 2 est en cours d'analyse, et que nous nous appuyons sur les résultats préliminaires de cette étude dans le cadre de notre analyse secondaire.

Tableau 1 : Méthodologie des deux projets de recherche

	Observations	Entrevues Préposés recrus	Entrevues Préposés expérimentés
Étude 1 : CHSLD 1	/	7	2
Étude 1 : CHSLD 2	35 heures	11	4
Étude 2 : CHSLD 1	60 heures	3	2
Étude 2 : CHSLD 2	60 heures	3	2

Nous rapportons quelques extraits d'entrevues anonymisés dans le cadre de l'article pour illustrer nos propos.

L'IDÉAL RELATIONNEL AU RISQUE DE LA CHARGE DE TRAVAIL ET DES NORMES DE QUALITÉ

Dans le contexte actuel du vieillissement de la population au Québec, les recherches portant sur les préposés et la complexité de leur activité de travail relèvent d'une forte pertinence sociale. Travaillant dans les institutions telles que l'hôpital ou les CHSLD, les préposés occupent actuellement une fonction capitale dans l'assistance aux patients et résidents âgés, notamment en perte d'autonomie.

La fonction essentielle mais peu reconnue des préposés travaillant dans les CHSLD

Nous nous intéressons ici spécifiquement aux préposés travaillant en CHSLD publics. Ces centres ont pour objectif de donner des services aux personnes en perte d'autonomie, et plus particulièrement « d'offrir un milieu de vie substitut à des adultes en perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, et ce, en dépit, du soutien de leurs proches » (Lemieux, Bergeron, Bégin et Bélanger, 2003 : 105). Les préposés assurent ainsi une fonction essentielle dans la part formelle des soins et services offerts aux personnes vieillissantes. D'un côté, ils se placent en complémentarité aux aides familiales offertes dans le contexte institutionnel (Kempeneers, Battaglini et Van Pevenage, 2015). De l'autre, ils forment le volume de main-d'œuvre le plus important au sein des effectifs en centres d'hébergement. En 2012, on en comptabilisait 61 000 au Québec, selon l'information sur le marché du

travail (IMT Emploi Québec). Une étude menée en 2007 (Grenier, 2008) mentionnait qu'environ 36 000 préposés travaillaient dans le réseau de la santé et des services sociaux, les autres, dans les milieux communautaires ou privés. Selon la même auteure, les préposés sont majoritairement des femmes, à plus de 80 %.

Les préposés sont les membres d'une hiérarchie organisationnelle stricte. Ils font partie d'une équipe de travail composée d'infirmières cliniciennes et auxiliaires. Ces dernières ont la responsabilité directe de la qualité des tâches des préposés, placés au bas de cette hiérarchie. Enfin, les chefs d'unité sont les gestionnaires administratifs responsables d'un ou plusieurs services (ou unités) dans lesquels travaillent ces équipes. Du fait de cette hiérarchie, les préposés se définissent par leur statut « paramédical » dans un milieu médical. Selon la définition classique de Freidson (1984 : 85), « les métiers paramédicaux relèvent d'une division du travail où l'autorité est organiquement hiérarchisée, qui est établie et renforcée par la loi, et qui est suspendue tout entière à la responsabilité et à l'autorité unique de la profession médicale ». Précisément, les infirmières cliniciennes et infirmières auxiliaires assurent des responsabilités médicales qui ne concernent pas légalement les préposés. Cognet et Fortin (2003) ont démontré le lien clair entre le genre et la hiérarchie professionnelle dans les organisations de santé, et mentionnent l'importance d'analyser les organisations gériatriques comme des lieux de délégation genrée des tâches, où le travail de faible technicité et relationnel, tel que celui des préposés, revient d'abord et avant tout aux femmes.

Notons par ailleurs qu'au Québec, les préposés ne sont pas reconnus dans le cadre d'un ordre ni même d'une corporation défendant leurs droits. De fait, il n'est pas légalement obligatoire de détenir une formation pour devenir préposé en CHSLD contrairement, par exemple, à la France (Arborio, 2001). Le diplôme d'études professionnelles (DEP) en assistance à la personne en établissement de santé existe ; il est proposé dans de nombreux centres professionnels du Québec. Néanmoins, les services de ressources humaines des CHSLD demandent formellement à ce que les candidats au poste de préposé qui veulent intégrer leurs services détiennent ce diplôme, ainsi que quelques formations supplémentaires de base (réanimation cardio-respiratoire, secourisme, PDSB, etc.). Ainsi, l'absence de reconnaissance de la nécessité d'une qualification professionnelle au Québec pour faire ce métier perpétue l'idée selon laquelle seules les compétences « domestiques » du prendre-soin ancrées dans le genre féminin sont nécessaires, perpétuant la logique de désignation féminine dans les métiers relationnels (Dussuet, 2005) et occultant la complexité de leur activité.

Le prendre-soin au risque de la charge de travail

Au-delà de leur importance numérique, leur fonction dans l'organisation est cruciale. Considérés comme « les yeux et les oreilles » des résidents, ils ont à fournir un aide de qualité, répondre adéquatement à leurs besoins, et faire en sorte que leurs choix de vie soient respectés et priorisés. Dans le cadre normatif actuel du « milieu de vie » au Québec (MSSS, 2003), les préposés ont la responsabilité de bonifier l'expérience des aînés et de leurs proches aidants. Ces principes organisationnels sont proches de ceux

émis et défendus par les préposés. En effet, convaincus que leur choix professionnel est associé à un idéal relationnel (Aubry, 2012a), la plupart des préposés considèrent que le bien-être du résident est la finalité fondamentale de leur travail. Bref, le prendre-soin est défendu comme leur motivation première. Les deux extraits d'entrevue suivants illustrent cette idée :

> *Si j'ai choisi de faire préposé, c'est parce que je voulais être proche des gens, proche des résidents. J'ai toujours aimé être utile pour les gens, pis assister les personnes dans leur quotidien, c'est quelque chose qui me plaisait, qui m'a toujours plu en fait. J'étais un peu faite pour ça.* (Étude 1 — CHSLD 2)

> *Je suis un gars qu'aime ça le relationnel, emmener les personnes au bain, les occuper, jaser avec […]. C'est comme une vocation pour moi, tu l'as ou tu l'as pas.* (Étude 2 — CHSLD 1)

Néanmoins, selon les préposés, cet idéal entre en contradiction avec la réalité de leur activité dans l'organisation du travail, et particulièrement avec la charge de travail importante qui leur incombe. Cette charge de travail est conditionnée par trois facteurs :

- Il s'agit, d'une part, de l'aggravation progressive de l'état de santé général cognitif, physique et social des résidents acceptés dans les CHSLD publics du Québec. Concrètement, les préposés doivent travailler auprès d'une population âgée souffrant de troubles cognitifs de type démence, Alzheimer ou autres, et par des troubles physiques de type obésité ou maladie chronique. Aussi, ces aînés sont fréquemment en situation sociale difficile, c'est-à-dire avec un entourage familial limité composé parfois seulement des enfants. (Charpentier, 2007)
- D'autre part, la limitation actuelle des dépenses publiques en santé au Québec (Contandriopoulos *et al.*, 2005) empêche le recrutement de personnel pour augmenter le ratio préposés/résidents qui permettrait de mieux pallier les problématiques des aînés citées plus haut.
- Enfin, dans un contexte de médiatisation de la maltraitance des aînés, de plus en plus de normes de qualité sont développées et imposées en CHSLD. Puisque ces normes ont trait au milieu de vie des personnes aînées, l'ensemble de l'organisation est responsable de leur mise en application. Mais du fait de leurs fonctions de proximité avec les résidents, les préposés sont prioritairement ciblés comme les principaux acteurs du milieu de vie, tout comme les principaux responsables de la mauvaise qualité des pratiques, le cas échéant. (Belzile, Pelletier et Beaulieu, 2014)

Ainsi, l'intensification de la charge de travail est l'argument sans doute le plus prégnant dans la critique des préposés de ne pouvoir atteindre leur idéal relationnel, et ce, d'autant plus que l'organisation diffuse abondamment des directives relatives à la prise en considération des besoins de chacun des résidents.

CLANDESTINITÉ ET STRATÉGIES COLLECTIVES RELATIVEMENT À L'ACTIVITÉ EMPÊCHÉE

L'intensification de la charge de travail des préposés les conduit à une contradiction : Comment parvenir à atteindre l'idéal du travail malgré cette charge de travail ?

La charge de travail à la base d'un conflit de but couplé à un conflit de valeurs

Comment parvenir à réaliser un travail relationnel (prendre le temps de discuter, parler, écouter, construire une relation dynamique avec le résident) si la charge de travail réduit considérablement le temps disponible pour chaque résident ? Les deux extraits d'entrevue illustrent cette inquiétude :

> *Moi, ce que j'aime dans mon métier, c'est le relationnel… Alors oui, on nous dit d'en faire, j'essaie d'en faire, mais on n'a pas le temps. Moi, j'ai sept personnes à m'occuper en quart de jour, donc si je m'assois avec chacun un 15 minutes, ma journée va pas avancer vite […] alors que pour moi, c'est ça le milieu de vie* (Étude 1 — CHSLD 2)

> *On nous fait travailler sur des quarts de travail qu'on ne peut pas tenir. C'est parce que oui je peux tenir ces rythmes la, mais c'est au détriment du résident. On nous en demande toujours plus. Moi, ce que je fais, c'est de la chaîne : je passe d'un résident à l'autre, et j'essaie de faire un peu de relationnel quand je peux… C'est tout.* (Étude 2 — CHSLD 2)

De fait, les préposés n'ont pas d'autre choix que de se résigner à ne pouvoir atteindre leur idéal relationnel, pourtant au fondement de leur identité professionnelle, pour parvenir à respecter le travail prescrit par l'organisation. Ils subissent alors non seulement un conflit de buts entre deux prescriptions de l'organisation (assurer la charge de travail tout en effectuant un travail de qualité) mais aussi un conflit de valeurs, puisqu'ils ne parviennent pas à respecter leur idéal relationnel tel qu'ils le souhaiteraient.

> *Je rentre parfois le soir, je sais que j'ai fait tout le travail que je pouvais mais je sais aussi que je n'ai pas fait tout le relationnel que j'aurais voulu… On est toujours pris avec le travail, et les gestionnaires, ils ne voient pas ça, toute la charge de travail. Ils nous demandent que le résident soit content, que la famille soit contente, mais nous, c'est rare qu'ils s'intéressent à ce qu'on vit en tant que préposés.* (Étude 1 — CHSLD 2)

Le conflit de buts renvoie spécifiquement à l'obligation de respecter plusieurs prescriptions non conciliables. Ce conflit renvoie à la notion d'« idéal au travail » de Dujarier (2006), qui fait référence à la tension entre le relationnel et l'efficacité comme deux contraintes organisationnelles intériorisées par les travailleurs. Traditionnellement analysé en clinique de l'activité, le concept d'« activité empêchée » utilisé par Clot (2010) paraît pertinent pour l'expliquer. Clot mentionne que l'activité empêchée est le diagnostic d'une incapacité des travailleurs à réaliser leur responsabilité, du fait que l'organisation ne donne pas toutes les ressources pourtant nécessaires pour faire un travail de qualité. Les préposés sont alors dans l'obligation de respecter le but organisationnel de performance (charge de travail) au détriment du but organisationnel de relationnel (bien-être du résident, milieu de vie, etc.).

Concernant le conflit de valeurs, Girard (2009 : 131) mentionne qu'il « survient lorsque les actions qui seraient menées afin de mettre en pratique une certaine valeur dans une situation donnée entrent en conflit avec les actions préconisées par une autre valeur qui semble également importante ». L'auteure termine en mentionnant qu'« un conflit peut exister entre deux valeurs dont je voudrais tenir compte, ou entre la valeur

que je voudrais privilégier et celle qu'une autre personne, l'organisation ou la culture organisationnelle préfère dans un tel cas ». Le deuxième cas de figure correspond à la situation des préposés : ils ne peuvent atteindre l'idéal relationnel compte tenu de la prédominance de la valeur organisationnelle de performance quantitative, et ce, alors même que le bien-être du résident reste une valeur maîtresse de l'organisation gériatrique. Comme le mentionne Dujarier (2006), l'idéal du travail érigé en normes contradictoires de quantité et de qualité rend impossible l'activité réussie, fragilise l'identité professionnelle des préposés du fait de l'incapacité d'atteindre l'idéal relationnel et oblige nécessairement à des compromis pratiques.

Compromis et stratégies relativement aux conflits de buts et de valeurs

L'analyse des temporalités des préposés en situation de travail nous permet d'établir les contradictions dont ils disent souffrir. Et pour cause, en CHSLD, le temps est un objet de discussion constant. Deux problématiques temporelles sont clairement identifiables. La première a trait aux microsituations de travail avec les résidents. Afin de parvenir à effectuer un travail relationnel de qualité, les préposés mentionnent qu'ils auraient besoin de davantage de temps, notamment au moment de rentrer en contact avec le résident, ou de lui parler. Au contraire, l'intensité de la charge de travail prescrite les oblige à réduire le temps relationnel en fonction du temps disponible pour l'activité ciblée : le réveil, le lever au lit, le repas, etc.

> *Ce qui est le plus désespérant dans notre métier, je dirais que c'est le manque de temps. On va trop vite et on n'arrive pas à s'occuper des personnes comme on le voudrait. Moi je travaille de quart de jour, c'est hop j'entre dans la chambre : « Bonjour, madame, vous avez bien dormi ? », et hop le temps que je dise ça, les rideaux sont tirés, je suis déjà en train de relever la dame ou lui enlever sa couverte.* (Étude 2 — CHSLD 2)

Effectivement, lors de nos observations, nous avons pu voir de nombreuses situations d'arrangements. Plus exactement, nous pouvons observer que si les préposés parlent avec les résidents, discutent avec eux et tentent de construire un contact, c'est toujours en effectuant en même temps une tâche spécifique : ouvrir les rideaux, aider la personne au bain ou à la toilette, effectuer des transferts du lit au fauteuil, etc. La discussion est toujours en lien avec l'activité. Plus exactement, le temps de discussion dépend du temps de l'activité. Il est rare que nous ayons pu observer des situations de seule discussion, sans autres tâches matérielles connexes. Si c'est le cas, l'infirmière ou le gestionnaire clinique, voire les autres préposés, peuvent mentionner que ce préposé « ne fait rien », c'est-à-dire ne réalise pas d'activité propre à réduire la charge de travail.

> *Une fois, j'étais un peu en avance sur mon* shift*, alors j'ai décidé de m'asseoir un peu avec une résidente pour jaser, je pensais que c'était mon métier, faire du relationnel… mais la chef d'unité m'est tombée dessus en me disant que je n'avais pas à m'asseoir, qu'il fallait que j'aide mes collègues.* (Étude 2 — CHSLD 1)

La seconde dimension a trait au rythme de la journée de travail. Elle est conditionnée par le fait de parvenir à respecter la charge de travail, c'est-à-dire assister le nombre

total de résidents dont chaque préposé a la charge, selon le plan de travail initial. Ce que font les préposés, c'est un calcul de temps disponible pour chaque résident relatif au nombre total de résidents dont ils ont la responsabilité. À travers leurs connaissances intimes des problématiques des personnes, ils savent reconnaître quels résidents seront chronophages, quels autres seront « plus faciles à faire ». Pour les préposés travaillant de quart de jour, c'est-à-dire sur un horaire de travail réparti entre 7 h 00 à 15 h 00, c'est dans la tranche horaire 7 h 00 à 11 h 00 qui correspond au réveil, déjeuner, toilette, transfert sur le fauteuil et autres activités journalières que ce calcul paraît le plus stratégique. Cette tranche horaire est reconnue comme la plus difficile d'un point de vue temporel pour les préposés.

> *Moi, j'ai travaillé d'abord de soir, puis de jour. Je pense que le soir est compliqué parce qu'on est deux préposés pour tout le service de 30 résidents, mais c'est quand même le jour que je trouve le plus compliqué. On n'arrête pas. Faut que tout soit fini à 11 h à cause des activités de l'après-midi, alors entre 7 h et 11 h, c'est la course. Et il suffit que tu aies une urgence, quelqu'un qui chute ou qui vomit, et tu seras en retard.* (Étude 1 — CHSLD 1)

Pour parvenir à tenir le rythme de travail, les préposés utilisent des stratégies collectives de régulation du temps. Nous avons démontré dans un autre article (Aubry, 2012b) comment ils refusent parfois d'utiliser le souleveur (ou lève-personne) à deux, pour le changement de literie des résidents, même lorsque la norme organisationnelle l'impose pour des raisons de sécurité au travail. Dans cet exemple, le temps d'attente de l'arrivée d'un collègue peut être jugé trop long pour que le préposé l'attende pour utiliser le souveleur.

> *Parfois, j'attends une ou deux minutes qu'un autre préposé soit prêt à venir m'aider. Mais si je ne vois personne dans le corridor, que tout le monde est dans les toilettes des résidents, je vais m'en occuper seul. Je fais mon souleveur seul. Sinon, je perds des minutes à attendre, pis ça va se répercuter à la fin du quart de travail.* (Étude 1 — CHSLD 1)

Aussi, le plan de travail, normalement construit selon une logique clinique, selon l'heure de la médication par exemple, est parfois remanié clandestinement par les préposés pour faciliter leur gestion de la charge de travail (commencer ou finir les levers du lit par un résident plus compliqué, souffrant par exemple d'une problématique psychique, obèse ou capable d'un geste violent envers le personnel). De même, certains préposés préfèrent ne pas s'occuper d'une résidente lorsqu'elle a tendance à crier ou s'agiter au moment d'une activité comme le repas. Ils l'informent qu'ils repasseront plus tard, et partent assister d'autres résidents qui normalement seraient aidés plus tardivement selon le plan de travail. Ce ne sont ici que quelques exemples de stratégies collectives utilisées par les préposés pour gérer le rythme de travail et les temporalités organisationnelles.

Une réorganisation de la tâche par le collectif de travail : effet de genre et transmission des stratégies

Pour arriver à respecter les normes prescrites dans ces situations, le seul travail individuel ne suffit donc pas. La tâche doit être réorganisée, et c'est le collectif de travail de

préposé qui assure ce travail de recréation de la tâche. Pour reprendre Clot et Faïta (2000 : 9), « il existe, entre l'organisation du travail et le sujet lui-même, un travail de réorganisation de la tâche par les collectifs professionnels, une recréation de l'organisation du travail par le travail d'organisation du collectif ». Plus exactement, le collectif de travail se compose de l'ensemble des préposés d'une unité qui partagent une même perception des problématiques de temporalités, et élaborent des stratégies communes pour parvenir à mieux gérer ce rythme de travail. Ainsi, les stratégies que nous avons décrites plus haut sont partagées par l'ensemble des préposés de l'unité. Tous ne les appliquent pas nécessairement, mais ils savent qu'elles existent et qu'ils peuvent y avoir recours. On parle ici de stratégies des régulations du temps, c'est-à-dire de compétences permettant de réduire l'écart entre les tâches prescrites et les tâches effectives par une gestion spécifique des rythmes de travail, tel que nous l'avons présenté plus haut. C'est ce que Clot nomme « genre », c'est-à-dire la partie sous-entendue de l'activité, ou un « corps d'évaluations partagées qui règle l'activité personnelle de façon tacite » (Clot, 2000 : 275).

Dans le cadre des relations de service, Caroly et Weill-Fassina (2007) ont bien démontré la complexité de la régulation de situations critiques. Menée à partir d'observations, leur étude démontre comment les travailleurs construisent des compétences spécifiques selon leur âge et l'expérience pour réduire les conflits de buts dus aux exigences contradictoires de l'activité, donc développent une forme de régulation spécifique. On retrouve la même problématique chez les préposés. Et la question de l'expérience est aussi importante. Comme nous l'avons démontré ailleurs (Aubry, 2012b), les préposés expérimentés sont ceux qui connaissent le mieux les stratégies à leur disposition. Ce qui définit la notion d'expérience ici concerne le nombre d'années de travail en tant que préposés combiné avec le nombre d'années d'expérience comme préposés dans telle ou telle unité. Ce sont ces années d'expérience, très variables dans notre étude, qui leur permettent de réaliser les « orientations » des nouvelles recrues, c'est-à-dire d'assurer leur intégration en termes de connaissances des milieux, des résidents, des collègues, etc.

L'intégration n'est pas seulement un processus formel et mutuel d'un milieu de travail, c'est aussi et surtout un moment fondamental de transmission d'une nouvelle perception du travail et des stratégies de régulation. Par leur fonction d'intégration des nouvelles recrues, les préposés expérimentés leur transmettent une perception ajustée du rythme de travail (« *Oublie ce que tu as vu en formation, maintenant, c'est go, go, jusqu'à 11 h* » Étude 1 — CHSLD 2) et ce à quoi doit se limiter le relationnel (« *On n'a pas le temps de s'occuper des résidents, alors fais ton relationnel en faisant le reste : tu arrives dans la chambre, tu ouvres les rideaux, tu remontes la dame sur le lit, tu lui parles en même temps, voilà ton relationnel est fait* » Étude 1 — CHSLD 1). Les préposés expérimentés initient aussi les recrues à reconnaître les marges de manœuvre disponibles et les situations chronophages (« *Sois stratégique quand tu vas faire marcher une madame, le temps que tu l'amènes aux toilettes et que tu reviennes, tu peux perdre 10 minutes sur ton shift* » Étude 1 — CHSLD 2) et transmettent aussi des stratégies de

régulation du temps (« *Si tu es en retard pour ta toilette, tu fais le signe de croix, donc pas de toilette totale, juste partielle : le visage, les aisselles, les parties génitales. C'est ça le signe de croix.* » Étude 1 — CHSLD 1)

Les recrues, quant à elles, doivent d'abord, en intégrant l'organisation, démontrer, entre autres qu'elles sont capables de travailler selon les normes collectives prescrites, relatives principalement au rythme de travail. Les préposés expérimentés censés évaluer la capacité d'intégration des recrues dans les phases d'« orientation », ne regardent pas seulement leur capacité à mettre en action des compétences relationnelles ou des formes de savoir-être, mais aussi leur capacité à accepter, intégrer et mettre en application les stratégies de régulation du temps mentionnées plus haut et, plus globalement, leur capacité générale à « tenir l'allure » tout en réalisant un travail relationnel, même minimal — bref : à concilier les exigences contradictoires. En ce sens, les préposés doivent oublier ce qu'ils ont appris du métier en formation, précisément en ce qui a trait au rythme de travail, et réélaborer une manière de travailler en accord avec les temporalités collectives. La transmission des compétences se fonde sur l'intégration des nouvelles recrues dans le cadre temporel et moral du collectif de travail dans lequel ces dernières réapprennent à effectuer leur tâche selon de nouvelles exigences : travailler vite pour répondre à l'ensemble de la charge de travail, réduire le temps d'assistance aux personnes, utiliser des stratégies de régulation du temps collectivement partagé et, surtout, accepter de ne respecter qu'*a minima* l'idéal relationnel (Aubry, 2012b), ce qui peut être une source de désenchantement.

> *Je me souviens de mon intégration, c'était il y a deux ans. J'avais un préposé expérimenté à qui je dois beaucoup, parce qu'il m'a appris toutes les ficelles, surtout au niveau de l'approche aux personnes et au niveau de la gestion du temps. Parce que les deux premiers jours, je n'avançais pas. Je voulais beaucoup donner, m'occuper des personnes. Mais lui, l'orienteur, il m'a dit : « Faut oublier la formation, faut que tu fasses selon notre manière à nous, tu auras jamais 45 minutes pour un bain, c'est 15 minutes et go, au suivant.* » (Étude 2 — CHSLD 2)

Clot (2010 : 102) mentionne à juste titre que « le collectif digère la prescription sans la récuser *a priori* pour la mettre au service de l'action qui convient le mieux ». Précisément, dans le collectif, toutes les stratégies ne seront pas unilatéralement partagées par l'ensemble des préposés. Il s'agit davantage d'un espace de dialogue et de partage de perceptions et de stratégies. Car ces stratégies ne sont pas les mêmes d'une unité à l'autre, ou d'un quart de travail à l'autre. Ce qui demeure néanmoins, c'est précisément la capacité des préposés à gérer collectivement cet écart des normes qui se traduit par une complexité du rythme de travail.

Clot mentionne également que le style individuel, c'est-à-dire la capacité des individus de créer des stratégies individuelles pour répondre aux enjeux de l'écart entre le réel et le prescrit, est une nécessité pour réduire les risques psychosociaux. Pour lui, le grippage de la dynamique entre le genre et le style est à l'origine des situations pathogènes de travail. Il semble qu'en ce qui concerne le travail des préposés, le style concerne précisément la relation intersubjective avec le résident : la relation de service est fortement incertaine, dépendante de l'environnement et de la complicité du résident et de son entourage :

> *J'ai une certaine approche avec des patients agressifs, moi, c'est un peu comme ma spécialité. Je sais souvent les calmer, parce que je prends le bon temps, la bonne parole, le bon geste. Ça me prend juste le temps de connaître la personne, et normalement ça l'apaise […]. Ce n'est pas tout le monde qui a ça, ça prend des années de travail auprès des personnes.* (Étude 1 — CHSLD 1)

Pourtant, au-delà de cette compétence très spécifique relative à la relation avec le résident, nous avons pu observer que les préposés sont fortement limités dans leur capacité d'innover individuellement. Le collectif de travail permet de trouver des stratégies permettant de résoudre certaines contradictions de buts et de temporalités, mais ne donne pas la capacité aux préposés de développer un cadre relationnel plus étroit avec le résident. Plus exactement, les contraintes temporelles sont suffisamment fortes pour empêcher le développement de telles initiatives avec les résidents. Pour nous, il s'agit d'une souffrance au travail des préposés en rapport direct avec l'incapacité, qu'ils ressentent, d'atteindre leur idéal professionnel.

De fait, le collectif de travail démontre ici ses limites : il permet aux préposés de répondre aux demandes organisationnelles, de répondre *a minima* aux demandes relationnelles, mais ne leur permet pas de respecter l'idéal relationnel : la personne âgée reste un sujet, mais elle est continuellement susceptible d'être transformée en un objet auquel il faut consacrer un temps d'assistance limité. La chosification des résidents se retrouve largement dans le vocabulaire des préposés, par exemple : « Mme X n'a pas encore été « faite », je dois m'en occuper. » Les stratégies de régulation du temps sont la preuve de la difficulté qu'ont les préposés à concilier la prise en compte des personnes — ce qu'ils souhaitent et qu'ils définissent comme leur mission première — et l'obligation de considérer leur charge de travail comme une somme de personnes-choses « à faire ».

L'ANALYSE DE L'ACTIVITÉ COMME MODALITÉ DE RECONNAISSANCE DU TRAVAIL DES PRÉPOSÉS

Le travail collectif des préposés tel que nous l'avons présenté prouve toute la richesse de leur pratique, et leur capacité à travailler malgré des conflits de buts et de valeurs majeurs. L'analyse de l'activité permet de réintroduire les enjeux classiques de la sociologie du travail, tels que le collectif, le genre féminin, ou la reconnaissance, dans un objectif de mettre en valeur les compétences réelles de ces travailleurs. Elle permet également d'ouvrir une brèche politique, soit celle de la responsabilisation de l'organisation gériatrique dans les conflits de buts et de valeurs, et dans l'individualisation des compétences.

La responsabilité organisationnelle dans les conflits de buts et de valeurs

Notre étude nous permet de mentionner que, malgré leur position basse dans la hiérarchie organisationnelle, les préposés sont capables de réélaborer collectivement des stratégies de régulation du temps. Ils ne remettent pas en cause la prescription initiale en termes de charge de travail, mais effectuent un travail de reconception de la tâche

pour parvenir à atteindre les enjeux quantitatifs de l'organisation tout en respectant, au moins *a minima*, leur idéal relationnel. Clot (2013 : 319) mentionne que « si le travail réel n'est pas conforme au travail prescrit, c'est que la femme ou l'homme ne sont pas seulement des producteurs mais également des acteurs engagés dans plusieurs mondes et plusieurs temps vécus à la fois, mondes et temps qu'ils cherchent à rendre compatibles entre eux, dont ils espèrent surmonter les contradictions en les pliant à leur propre exigence d'unité, même s'il ne s'agit là que d'un idéal ».

Car effectivement, leur idéal relationnel se trouve quotidiennement en butte aux prescriptions quantitatives de l'organisation. En effet, beaucoup de stratégies utilisées tombent dans le registre de la clandestinité. Ne pas utiliser un souleveur à deux préposés peut être perçu par certains gestionnaires comme une pratique anti-sécuritaire et répréhensible. Répondre à certaines cloches et pas à d'autres selon l'évaluation que se font les préposés du temps nécessaire aux soins est aussi une action condamnable par l'organisation, et tout autant difficilement vécue par les préposés eux-mêmes. Ceux-ci sont continuellement sur cette ligne mince entre le respect et le non-respect de leur valeur primordiale, l'idéal relationnel. De fait, l'analyse de l'activité permet justement de porter le regard au-delà de la responsabilisation individuelle des préposés. Elle permet de replacer la problématique des contradictions de buts et de valeurs au centre de la discussion concernant les compétences et la qualité du travail dans l'organisation. Dujarier (2006) a notamment expliqué en quoi une « mauvaise » organisation diffuse ses contradictions du haut de la hiérarchie vers le bas. Les gestionnaires comptent alors informellement sur le travail d'organisation des acteurs collectifs et individuels pour trouver des solutions pratiques à des contradictions, et responsabilisent individuellement certains d'entre eux s'ils se heurtent à celles-ci, soit en travaillant trop lentement et en ne respectant pas la charge de travail (norme relative à la charge de travail), soit en étant trop brusque, voire potentiellement maltraitant avec les résidents (normes de la qualité des relations).

Belzile, Pelletier et Beaulieu (2014) ont démontré clairement que les organisations de santé sont à l'origine de ces conflits, du fait même d'obliger les préposés à respecter une charge de travail conséquente et des normes de qualité, tout en leur donnant les moyens d'atteindre seulement le premier objectif et non le second. Néanmoins, ces contradictions ne sont pas reconnues par les organisations. Celles-ci tendent plutôt à individualiser la responsabilité de la qualité des tâches tout autant que les pratiques maltraitantes. Bonnemain (2011) tout comme Dujarier (2002), Gernet et Chekroun (2008) ou Bardot (2009) mentionnent que la maltraitance est plutôt la conséquence organisationnelle, mais ancrée dans une pratique individuelle, de l'impossibilité à résoudre collectivement les conflits de buts ou de valeurs issus de la pratique. En ce sens, l'individualisation de la responsabilité de la maltraitance par les organisations gériatriques est la marque de leur incapacité à prendre en considération la valeur du collectif de travail des préposés (Dujarier, 2008). Justement, la gestion de ces contraintes et la mise en œuvre de ces régulations collectives dépendent des marges de manœuvre laissées par l'organisation du travail.

L'analyse de l'activité comme contre-pouvoir au discours naturalisant et genré

L'analyse de l'activité permet de constater en quoi le travail des préposés est complexe et loin d'être uniquement dépendant d'une capacité naturelle à réaliser un travail relationnel de qualité. Nous avons vu plus haut que leur discours comporte fréquemment une dimension relative à la naturalisation des compétences. L'amour du métier est tout entier dans le prendre-soin et est ancré dans le genre féminin ; dit autrement, selon un discours social très présent, les compétences relationnelles seraient des dispositions détenues plus fréquemment par les femmes (Cognet, 2002), et celles-ci seraient plus disposées que les hommes à mettre en œuvre des compétences dites domestiques dans le cadre de l'activité professionnelle. Comme le notent Clergeau et Dussuet (2005), il demeure en effet une confusion entre des qualités personnelles facilitant les relations et une qualification acquise par la formation permettant d'effectuer le travail relationnel.

Pourtant, l'analyse de l'activité nous permet de mentionner que la capacité des travailleurs de réaliser leurs tâches ne dépend pas d'une éventuelle capacité féminine à travailler, mais bien plus d'une capacité individuelle à « tenir » les normes de travail (Aubry, 2012b) et d'une compétence collective à trouver des solutions aux problèmes vécus en situation concrète de travail. Aussi, Molinier (2006) parle des préposés comme d'un « collectif féminisé », c'est-à-dire d'un ensemble d'acteurs partageant des règles de travail non issues de la prescription et inscrivant sciemment la féminité comme un attribut de compétence. Aussi, ce collectif se définit par son caractère défensif : le rapport à la réalité du métier étant dur, vu la présence de la mort, de la maladie et de la souffrance ; les préposés se défendent en mettant en avant leurs empathie et compassion, c'est-à-dire leur compétence naturalisée et genrée à « tenir » dans des situations difficiles. Comme pour les infirmières (Bouffartigue et Bouteiller, 2006), l'idéologie selon laquelle la vocation, la compassion et le dévouement sont les marques genrées de la capacité des préposés de bien travailler occulte le processus de réélaboration des tâches mené par le collectif de travail pour la gestion des temporalités. Il freine également l'émergence d'une action collective visant la reconnaissance de ces travailleurs.

Molinier (2009) démontre aussi que le prendre-soin n'est pas une activité individuelle, mais collective. La définition et l'interprétation du prendre-soin doivent être discutées collectivement. « Une éthique du care désigne avant tout une manière de penser collectivement, ce qui constitue un travail bien fait en tenant compte du souci de l'autre » (Molinier, 2009 : 437). Le prendre-soin nécessite un espace de délibération. Dans un contexte de tension entre les normes qualitatives et quantitatives de travail et d'activité empêchée, il est nécessaire pour les préposés de se référer à un collectif de travail pour déterminer les bornes de l'acceptable et de l'inacceptable, et de clarifier les normes de ce qu'est un travail « acceptable » (Lechevalier Hurard, 2013).

L'analyse de l'activité démonstrative de la force d'autonomie du collectif de travail

L'analyse de l'activité permet de présenter le collectif de travail des préposés comme une instance élaboratrice de stratégies et parfois transgressive relativement à la pres-

cription organisationnelle. Loin de considérer seulement les préposés comme des exécuteurs au bas de la hiérarchie, nos études ont démontré leur pouvoir collectif à réélaborer des règles et des normes de travail, donc de faire preuve d'inventivité, de création et de prise d'autonomie collective.

Malheureusement, pour les gestionnaires des centres d'hébergement, la qualité du travail reste encore dépendante quasi exclusivement d'attributs individuels : le préposé compétent est celui qui détient une somme de savoir-être lui permettant de réaliser un travail relationnel de qualité. Cette définition occulte totalement la dimension collective du travail et de régulation de la tâche, pourtant centrale. C'est aussi le cas de l'évaluation des pratiques des préposés qui est également individuelle : hors de l'évaluation collective mentionnée notamment plus haut dans le cadre de l'intégration et de l'orientation des recrues, l'évaluation par l'organisation se produit dans le cadre d'une « appréciation de la qualité de l'acte » idéalement annuelle peu soucieuse de cette dimension collective du travail, comme le critique Dejours (2003).

Dans nos études, la capacité des préposés à « inventer » n'est pas entendue de la part des gestionnaires immédiats (chefs d'unité de vie) ou des gestionnaires administratifs. Au contraire, les gestionnaires immédiats censés connaître la réalité problématique de leurs subalternes critiquent fréquemment la qualité du travail réalisé. Peu enclins à la participation ou à la consultation, ils y voient plutôt le signe d'un risque de rébellion du collectif, ou de comportements indésirables. Souvent, nous avons entendu des gestionnaires parler du collectif de préposés comme d'une « mafia » et de l'existence d'une « loi de l'omerta » — sous-entendu d'un collectif de travail faisant preuve d'autonomie et parfois de transgression, ne répondant plus uniquement aux prescriptions de l'organisation. Nous avons retrouvé la même méfiance dans une étude récente portant sur l'absentéisme des préposés pour des raisons de santé psychologique (Aubry *et al.*, 2015) : s'ils reconnaissent la complexité de leurs tâches, les gestionnaires émettent des doutes sur la capacité ou la volonté des préposés de participer activement au processus de travail (participer aux équipes multidisciplinaires, à la construction du plan de soin, etc.). Cette incapacité des gestionnaires d'impliquer les employés est un signe manifeste de relations de travail difficiles, alors même que l'analyse de l'activité démontre tout le potentiel collectif des préposés dans la reconfiguration des tâches.

Le rôle politique de l'analyse de l'activité : vers un mouvement de professionnalisation des préposés ?

Est-il utile et souhaitable de rendre visible le caractère transgressif des activités de travail des préposés ? Breviglieri (2006) note que dans toute activité de travail, les stratégies deviennent une routine, c'est-à-dire un mélange de compétences situées, apprises et créées en situation. Il note qu'il convient de ne pas les reconnaître administrativement ou juridiquement, puisque leur efficacité dépend justement de leur caractère transgressif. Notre propos est de mentionner que l'analyse de l'activité n'a pas à être reconnue par l'administration dans une redéfinition des pratiques attendues, c'est-à-dire de la prescription du travail, mais peut servir à reconnaître sur un autre plan,

social, la nature complexe du travail des préposés. Nous émettons donc l'avis de prendre en considération cette capacité, pour sortir la définition de la compétence professionnelle des préposés de l'ornière de la naturalisation ou de la non-reconnaissance du fait du statut professionnel.

Contrairement, par exemple, au contexte français où le diplôme d'aide-soignant est légalement obligatoire, les préposés au Québec n'ont pas l'obligation de détenir un diplôme pour travailler dans un centre d'hébergement public de type CHSLD. Néanmoins, le débat est en cours actuellement au Québec sur la qualification du personnel d'assistance aux soins, du fait notamment de la nécessité de s'assurer de disposer d'une main-d'œuvre détenant des compétences essentielles et assurant un travail de qualité. Benoît, Lavoie et Dragon (2015) mentionnent par exemple l'importance de créer un statut de préposé professionnel afin de recentrer l'activité des préposés auprès des patients, et augmenter la part de prendre-soin dans leurs tâches générales. Ce projet de professionnalisation peut se baser sur les connaissances issues de l'analyse de l'activité pour reconnaître trois principes importants :

- Le travail relationnel n'est pas propre aux préposés naturellement, puisque l'analyse de l'activité permet de démontrer que les critères de ce travail doivent être discutés collectivement, surtout dans un contexte d'intensification du travail.
- Par voie de conséquence, le travail relationnel des préposés, largement imposé aux femmes, doit être reconnu comme une activité complexe, qui ne se résume pas à une valeur telle que le souci de l'autre ou la sollicitude (Le Feuvre, Benelli et Rey, 2012). La charge de travail, l'intensification du travail, la difficulté à concilier des demandes de travail contradictoires, etc., observées grâce à l'analyse de l'activité, sont des informations qui doivent permettre de démontrer la complexité de la réalisation concrète du relationnel.
- Le travail relationnel n'est pas le seul travail que doivent fournir les préposés. Ils doivent constamment inventer et réélaborer collectivement des stratégies pour parvenir à gérer les contractions de buts et de valeurs à la base de leur métier. Il faudrait ainsi reconnaître cette complexité comme une des principales difficultés du métier, ainsi que la valeur créatrice et protectrice du collectif du travail. Ceci favoriserait le développement d'un pouvoir d'agir du collectif de préposés. (Clot, 2008).

CONCLUSION

Notre article tend à démontrer toute l'importance de l'analyse de l'activité des préposés en CHSLD pour rendre visibles la pratique réelle de ce personnel et ses contradictions. L'écart entre l'amour du métier et le dégoût de la tâche est sans doute, pour les préposés, des plus éprouvants psychologiquement, précisément parce qu'il prend racine dans un double conflit de buts et de valeurs dans lesquels entrent en ligne de compte le bien-être du « patient » ou « résident », érigé par les préposés comme une valeur principale, puisqu'à la base de leur identité professionnelle, ainsi que les demandes de l'organisation. Nous avons démontré que ces conflits de valeurs se transposent, dans l'organisation, en conflits de temporalités, conséquence du manque de moyens

humains des préposés pour réaliser ces deux buts (charge de travail et travail relationnel). Les stratégies que les préposés développent collectivement pour gérer ces conflits leur permettent de répondre *a minima* à leur idéal professionnel, tout en assurant la charge de travail prescrite.

Comme le remarque Bidet, « avec la prise en compte du temps (…), le travail devient alors effectivement activité » (Bidet, 2006 : 14). En effet, l'analyse de l'activité grâce aux théories sociologiques et psychologiques a permis de démontrer la complexité du travail des préposés, qui n'est pas seulement la charge de travail, mais aussi l'écart entre leur idéal professionnel et le travail prescrit. Cette distinction est indispensable pour comprendre le sens des stratégies mises de l'avant par les préposés : collectives et souvent clandestines, elles ont pour objectif de tenter de respecter l'idéal relationnel, et de rendre possible le prendre-soin malgré la charge de travail. En ce sens, au-delà des catégories d'analyse de la sociologie du travail « classique » (genre féminin, faible reconnaissance, etc.), l'analyse de l'activité de travail des préposés a permis de présenter ce collectif comme potentiellement innovant dans sa capacité à créer des stratégies, et résistant — dans une certaine mesure — aux formes d'imposition organisationnelle.

Nous mettons de l'avant la pertinence d'utiliser politiquement le savoir accumulé grâce aux apports théoriques de la clinique de l'activité et la sociologie du travail pour viser une définition plus adéquate du « métier » de préposés, au sens de Clot. Il serait en effet important de reconnaître la part implicite d'innovation que les préposés sont capables de mettre en œuvre collectivement malgré le caractère normatif des centres d'hébergement (Aubry, 2013) et reconnaître leur métier autrement que comme la simple exécution « naturelle » du prendre soin. Au Québec, à l'heure d'un débat sur la professionnalisation du métier (Couturier, 2014), de telles connaissances pourraient faciliter la reconnaissance de ce « personnel invisible » (Arborio, 2001).

RÉSUMÉ

L'objectif de notre article est de montrer comment l'analyse de l'activité des préposés aux bénéficiaires travaillant en centre d'hébergement au Québec permet de comprendre le processus produisant le décalage entre leur amour du métier et leur dégoût de la tâche. L'apport théorique de la psychologie de la sociologie du travail est fécond pour comprendre l'écart entre leur idéal professionnel (le prendre soin) et le travail prescrit conditionné largement par la lourde charge de travail. Nous démontrons que les préposés tentent de développer et appliquer collectivement, en situation de travail, des stratégies pour réduire cet écart, signe de leur capacité d'autonomie et d'inventivité collective. La reconnaissance de l'existence de ces stratégies et autonomie par les organisations de santé permettrait de faire éclore un débat politique sur les compétences réelles développées par ces préposés, en évitant le seul discours naturalisant ou individualisant largement répandu.

Mots clés : préposés aux bénéficiaires ; collectif de travail ; analyse de l'activité ; stratégies collectives ; prendre-soin

ABSTRACT

The aim of this article is to show how analysis of the activity of orderlies in nursing homes in Quebec allows us to understand the process producing the gap between their love of the job and their distaste for the task. The theoretical contribution of psychology and sociology of work is fruitful to understand the difference between their professional ideal (care) and the actual work largely conditioned by the heavy workload. We demonstrate that the orderlies are trying to develop and collectively apply strategies in the workplace to reduce this gap, sign of their capacity for collective autonomy and inventiveness. The recognition of the existence of such strategies and autonomy by health organizations would hatch a political debate on the real skills developed by these employees, avoiding the single speech naturalizing or individualizing widespread.

Key words : nursing aides ; work collectives ; activity analysis ; collective strategies ; care

RESUMEN

El objetivo de nuestro artículo es mostrar cómo el análisis de la actividad de los auxiliares de enfermería que trabajan en los centros de albergue de Quebec permite comprender el desfase existente entre su amor por el oficio y su desprecio por el trabajo. La contribución teórica de la psicosociología del trabajo es fecunda para comprender el desfase entre su ideal profesional (prestar cuidados) y el trabajo prescrito, condicionado ampliamente por la importante carga de trabajo. Aquí demostramos que los auxiliares intentan desarrollar y aplicar colectivamente, en situación de trabajo, estrategias para reducir este desfase, signo de su capacidad de autonomía y creatividad colectiva. El reconocimiento de la existencia de estas estrategias y autonomía por parte de las organizaciones de salud permitiría abrir un debate político acerca de las competencias reales desarrolladas por estos auxiliares de enfermería, evitando el único discurso naturalizante o individualizante ampliamente conocido.

Palabras clave : auxiliar de enfermería, colectivo de trabajo, análisis de la actividad, estrategias colectivas, prestar cuidados

BIBLIOGRAPHIE

Anderson, R.-A., Ammarell, N., Bailey, D., Coloon-Emeric, C., Corazzini, K., Lillie, M., Piven, M.-L., Utley-Smith, Q. et McDaniel, R. (2005), « Nurse assistant mental models, sensing making, care actions and consequences for nursing home residents », *Qualitative Health Research*, vol. 15, nº 8, p. 1006-1021.

Arborio, A.-M. (2001), *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos.

Aubry, F. (2012a), « La vocation, je commence à l'avoir. Paradoxes de la transmission des savoirs professionnels des aides-soignantes en gériatrie », *in* Jacques-Jouvenot, D. et Vieille-Marchiset, G. (dir.), *Socio-anthropologie de la transmission*, Paris, L'Harmattan, p. 129-143.

Aubry, F. (2012b), « Transmettre un genre professionnel, l'exemple des nouvelles recrues aides-soignantes : une comparaison France — Québec », *Formation-Emploi*, 119, p. 47-63.

Aubry, F. (2013), « L'innovation en milieu hyper-normalisé. Le cas des préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec », *Cahiers de recherche sociologique*, 53, p. 11-32.

Aubry, F. (2014), « Les enjeux en santé et sécurité du travail de l'intégration des nouveaux préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec », *in* Lerouge, L. (dir.), *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail*, Toulouse, Octarès, p. 91-100.

Aubry, F., Bergeron Vachon, F., Matte Guilmain, L., Beauregard, N. et St-Hilaire, F. (2015), *S'absenter, c'est se protéger ? Stratégies pour prévenir l'absentéisme des préposés aux bénéficiaires causé par des problématiques de santé psychologique et soutenir le retour au travail*, Rapport de recherche, Montréal, CIUSSS Nord-de-l'Île-de-Montréal — Centre InterActions.

Bardot, F. (2009), Travail et maltraitance dans une maison de retraite, *Travailler*, 22(2), 121-134.

Belzile, L., Pelletier, C. et Beaulieu, M. (2014), « Les préposés aux bénéficiaires face aux problématiques de maltraitance dans les organisations de soins de longue durée », *in* Aubry, F. et Couturier, Y. (dir.), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes. Entre domination et autonomie*, Québec, PUQ, p. 35-49.

Benoît, M., Lavoie, A.-M. et Dragon, J. (2015), « Une approche collaborative interprofessionnelle pour réduire les cas d'abus ou de négligence (maltraitance) en centre d'hébergement pour personnes âgées : l'exigence d'une formation et professionnalisation du travail des préposés aux soins », *Aporia*, vol. 7, nº 2, p. 5-13.

Breviglieri, M. (2006), « Le travail et sa sociologie au prisme de l'activité », *in* Bidet, A. (dir.). *Sociologie du travail et activité. Le travail en actes, nouveaux regards*, Toulouse, Octarès, p. 131-140.

Bidet, A. (2006), « Le travail et sa sociologie au prisme de l'activité », *in* Bidet, A. (dir.). *Sociologie du travail et activité. Le travail en actes, nouveaux regards*, Toulouse, Octarès, p. 5-21.

Bonnemain, A. (2011), *Conflit éthique et conflits de temporalités : une approche ergonomique de la maltraitance en EHPAD*, mémoire de Master 2 recherche, Paris, CNAM.

Bouffartigue, P. et Bouteiller, J. (2006), « Jongleuses en blouse blanche. La construction sociale des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières », *Temporalités* [En ligne], 4. http://temporalites.revue.org/334

Caroly, S. et Weill-Fassina, A. (2007), « En quoi différentes approches de l'activité collective des relations de service interrogent la pluralité des modèles de l'activité en ergonomie ? », *@ctivités*, vol. 4, nº 1, p. 85-98.

Charpentier, M. (2007), *Vieillir en milieu d'hébergement. Le regard des résidents*, Québec, PUQ.

Clergeau, C. et Dussuet, A. (2005), « La professionnalisation dans les services à domicile aux personnes âgées : l'enjeu du diplôme », *Formation-emploi*, 90, p. 65-78.

Clot, Y. (2000), « La fonction psychologique du collectif », *in* Benchekroun, T. et Weill-Fassina, A. (dir.), *Le travail collectif en ergonomie. Perspectives actuelles*, Toulouse, Octarès, 273-286.

Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, PUF.

Clot, Y. (2010), *Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte.

Clot, Y. (2013), « Travail et sens du travail », *in* Falzon, P. (dir.), *Ergonomie*, Paris, PUF, p. 317-331.

Clot, Y. et Faïta, D. (2000), « Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes », *Travailler*, 4, p. 7-42.

Cognet, M. (2002), « Les femmes, les services et le don », *Cahiers de recherche sociologique*, 37, p. 51-77.

Cognet, M. et Fortin, S. (2003), « Le poids du genre et de l'ethnicité dans la division du travail en santé », *Lien social et politique*, 49, p. 155-172.

Contandriopoulos, D., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L. et Valette, A. (2005), *L'hôpital en restructuration : regards croisés sur la France et le Québec*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

Couturier, Y. 2014. « Des regards sur les débats portant sur la professionnalisation des préposés aux bénéficiaires en gériatrie au Québec. Formes de la domination symbolique », *in* Aubry, F. et Couturier, Y. (dir.), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes. Entre domination et autonomie*, Québec, PUQ, p. 209-217.

Dejours, C. (2003), *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*, Paris, INRA.

Dodier, N. (1995). *Les hommes et les machines. La conscience collective dans les sociétés technicisées*, Paris, Métailié.

Dubois, F. (2014), « L'aide-soignante en gériatrie ou l'organisation sociale des dégoûts », *in* Aubry, F. et Couturier, Y. (dir.), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes. Entre domination et autonomie*, Québec, PUQ, p. 159-173.

Dujarier, M.-A. (2002), « Comprendre l'inacceptable : le cas de la maltraitance en gériatrie », *Revue internationale de psychosociologie*, vol. 19, nº 8, p. 111-124.

Dujarier, M.-A. (2006). *L'idéal au travail*, Paris, PUF.

Dujarier, M.-A. (2008), « Prendre sur soi : l'individualisation du travail d'organisation », *in* Terssac, G. de, St-Martin, C. et Thibault, C. (dir.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octarès, p. 107-118.

Dussuet, A. (2005), *Travaux de femmes. Enquêtes sur les services à domicile*, Paris, L'Harmattan.

Gernet, I. et Chekroun, F. (2008), Travail et genèse de la violence : à propos des soins aux personnes âgées, *Travailler*, 20, 41-59.

Girard, D. (2009). « Conflits de valeurs et souffrance au travail », *Éthique publique*, vol. 11, n° 2, p. 129-138.

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

Freidson, E. (1984), *La profession médicale*, Paris, Payot.

Kempeneers, M., Battaglini, A. et Van Pevenage, I. (2015), *Chiffrer les solidarités familiales*, Carnet-synthèse, Montréal, CIUSSS Nord-de-l'Île-de-Montréal — Centre InterActions.

Lechevalier Hurard, L. (2013), « Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique », *Sociologie du travail*, vol. 55, n° 3, p. 279-301.

Le Feuvre, N., Benelli, N. et Rey, S. (2012), « Relationnels, les métiers de service ? », *Nouvelles questions féministes*, vol. 31, nº 2, p. 4-12.

Lemieux, V., Bergeron, P., Begin, C. et Bélanger, G. (2003), *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*, Québec, Presses de l'Université Laval.

Licoppe, C. (2008), « Dans le "carré de l'activité" : perspectives internationales sur le travail et l'activité », *Sociologie du travail*, 50, p. 287-302.

Litim, M. et Kostulski, K. (2006), « Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1(1), 45-54.

Ministère de la Santé et des Services sociaux — MSSS (2003), *Un milieu de vie de qualité pour les personnes âgées en CHSLD. Orientations ministérielles*, Québec, Gouvernement du Québec.

Molinier, P. (2006), *Les enjeux psychiques du travail. Introduction à la psychodynamique du travail*, Paris, Payot.

Molinier, P. (2009), « Vulnérabilité et dépendance : de la maltraitance en régime de gestion hospitalière », *in* Jouan, M. et Laugier, S. (dir.), *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*, Paris, PUF, 433-458.

Osty, F. (2003), *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Roy, D. (2006), « Deux formes de freinage dans un atelier d'usinage. Respecter un quota et tirer au flanc », *in* Roy, D. (dir.), *Un sociologue à l'usine*, Paris, La Découverte, p. 37-69.

Terssac, G. de (2006), « Pour une sociologie des activités professionnelles », *in* Bidet, A., Borzeix, A., Pillon, T., Rot, G. et Vatin, F. (dir.), *Sociologie du travail et activité*, Toulouse, Octarès, p. 191-205.